



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
GRADO DE ENFERMERÍA

**PROCESO DE
ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA A UNA
PERSONA MAYOR
DEPENDIENTE Y A LA
PERSONA
CUIDADORA
FAMILIAR.**

Alumno/a: Gil Torres, María Dolores
Tutor/a: Prof^a. D^a. Catalina López Martínez
Dpto: Departamento de Enfermería

Mayo, 2023



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
GRADO DE ENFERMERÍA

**PROCESO DE ATENCIÓN
DE ENFERMERÍA A UNA
PERSONA MAYOR
DEPENDIENTE Y A LA
PERSONA CUIDADORA
FAMILIAR.**

Alumno/a: Gil Torres, María Dolores

Tutor/a: Prof^a. D^a. Catalina López Martínez

Dpto: Departamento de Enfermería

Mayo, 2023

Firma

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT.	1
2. INTRODUCCIÓN.	3
3. JUSTIFICACIÓN.	9
4. OBJETIVOS	10
4.1. Objetivos Generales:	10
4.2. Objetivos Específicos:	11
5. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	11
6. DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS.	14
6.1. Valoración.	14
6.1.1. <i>Exploración física.</i>	14
6.1.2. <i>Medicación Actual.</i>	14
6.1.3 <i>Valoración de los patrones funcionales de salud según el método de Marjory Gordon.</i>	15
6.2. Diagnósticos.	28
6.3. Planificación.	31
6.4. Ejecución.	39
6.5. Evaluación de los resultados/ Seguimiento.	42
7. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.	46
8. CONCLUSIÓN.	47
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	48
10. ANEXOS	51

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1. Clasificación de las Consecuencias Positivas. Fuente: Elaboración propia basada en tesis doctorales de López Martínez, C. y Moreno Cámara, S.</i>	5
<i>Ilustración 2: Clasificación de las Consecuencias Negativas. Fuente. Elaboración propia basada en tesis doctorales de López Martínez, C., Moreno Cámara, S. y Del Pino Casado, R.</i>	6
<i>Ilustración 3. Red de razonamiento para la Persona Mayor Dependiente. Proceso de priorización de los diagnósticos. Fuente: Elaboración propia.</i>	31
<i>Ilustración 4. Red de razonamiento para la Persona Cuidadora Familiar. Proceso de priorización de los diagnósticos. Fuente: Elaboración propia.</i>	31

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Aspectos evaluables y valores obtenidos durante la exploración física. Fuente: Elaboración propia.</i>	14
--	----

Tabla 2. Medicación actual PMD. Fuente: Elaboración propia.	15
Tabla 3. Actividades Básicas de la Vida Diaria que presta la persona cuidadora al familiar dependiente. Fuente: Elaboración propia.	23
Tabla 4. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria que presta la persona cuidadora al familiar dependiente. Fuente: Elaboración propia.	23
Tabla 5. Valoración de indicadores. (NOC): [0208] Movilidad. Fuente: Elaboración propia.	32
Tabla 6. Valoración de indicadores. (NOC): [1633] Participación en el ejercicio. Fuente:Elaboración propia.	32
Tabla 7. Valoración de indicadores. (NOC): [1605] Control del dolor. Fuente:Elaboración propia.	33
Tabla 8. Valoración de indicadores. (NOC): [1004] Estado nutricional. Fuente:Elaboración propia.	34
Tabla 9. Valoración de indicadores. (NOC): [1855] Conocimiento: estilo de vida saludable. Fuente: Elaboración propia.	35
Tabla 10. Valoración de indicadores. (NOC): [0502] Continencia urinaria. Fuente:Elaboración propia.	36
Tabla 11. Valoración de indicadores. (NOC): [3012] Satisfacción del paciente/ usuario: enseñanza. Fuente:Elaboración propia.	37
Tabla 12. Valoración de indicadores. (NOC): [1806] Conocimientos: recursos sanitarios. Fuente:Elaboración propia.	37
Tabla 13. Valoración de indicadores. (NOC): [1211] Nivel de ansiedad. Fuente:Elaboración propia.	38
Tabla 14. Valoración de indicadores. (NOC): [1302] Afrontamiento de problemas. Fuente: Elaboración propia.	38
Tabla 15. Valoración de indicadores. (NOC): [1501] Desempeño del rol. Fuente:Elaboración propia.	38
Tabla 16. Valoración de indicadores. (NOC): [1212] Nivel de estrés. Fuente:Elaboración propia.	39
Tabla 17. Valoración final de indicadores. (NOC): [0208] Movilidad. Fuente:Elaboración propia.	43
Tabla 18. Valoración final de indicadores. (NOC): [1633] Participación en el ejercicio. Fuente:Elaboración propia.	43
Tabla 19. Valoración final de indicadores. (NOC): [1605] Control del dolor. Fuente:Elaboración propia.	43
Tabla 20. Valoración final de indicadores. (NOC): [1004] Estado nutricional. Fuente:Elaboración propia.	44
Tabla 21. Valoración final de indicadores. (NOC): [1855] Conocimiento: estilo de vida saludable. Fuente:Elaboración propia.	44
Tabla 22. Valoración final de indicadores. (NOC): [0502] Continencia urinaria. Fuente:Elaboración propia.	44
Tabla 23. Valoración final de indicadores. (NOC): [3012] Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza. Fuente:Elaboración propia.	45
Tabla 24. Valoración final de indicadores. (NOC): [1806] Conocimientos: recursos sanitarios. Fuente:Elaboración propia.	45
Tabla 25. Valoración final de indicadores. (NOC): [1211] Nivel de ansiedad. Fuente:Elaboración propia.	45

<i>Tabla 26. Valoración final de indicadores. (NOC): [1302] Afrontamiento de problemas.</i>	
<i>Fuente:Elaboración propia.</i>	45
<i>Tabla 27. Valoración final de indicadores. (NOC): [1501] Desempeño del rol. Fuente:Elaboración propia.</i>	46
<i>Tabla 28. Valoración final de indicadores. (NOC): [1212] Nivel de estrés. Fuente:Elaboración propia.</i>	46

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1. Escala de Norton.</i>	51
<i>Anexo 2. Cuestionario de Valoración de Incontinencia Urinaria – Mujeres.</i>	52
<i>Anexo 3. Escala de Riesgo de Caídas Múltiples.</i>	53
<i>Anexo 4. Índice de Barthel.</i>	53
<i>Anexo 5. Escala de Lawton y Brody.</i>	55
<i>Anexo 6. Escala Numérica del Dolor.</i>	56
<i>Anexo 7. Test de Pfeiffer versión española.</i>	57
<i>Anexo 8. Guía de Valoración de dudas y dificultades en el cuidado de un familiar dependiente.</i>	58
<i>Anexo 9. Escala de Golberg.</i>	60
<i>Anexo 10. Cuestionario de APGAR Familiar.</i>	63
<i>Anexo 11. Cuestionario de Zarit.</i>	63
<i>Anexo 12. Cuestionario Duke – Unc.</i>	64

1. RESUMEN/ABSTRACT.

España es uno de los países que presenta un alto nivel de esperanza de vida, rondando este sobre los 81'2 años. En estas edades, es frecuente que las personas mayores presenten enfermedades crónicas ocasionando algunas de ellas dependencia en este grupo de población. Por este motivo, las situaciones de dependencia en personas mayores han ido creciendo en los últimos años traduciéndose esto en un aumento de la demanda en estas personas de un cuidado por parte de la familia. Este tipo de cuidado es el que se conoce como cuidado informal o no profesional, este es llevado a cabo sin recibir retribución económica. En este trabajo, el objetivo es conocer, a través de un caso clínico, la situación que viven actualmente las Personas Cuidadoras Familiares (PCF) en el desempeño de su rol como cuidador principal de una Persona Mayor Dependiente (PMD). De este modo, podemos determinar el nivel de sobrecarga que puede generar el desempeño de dicho rol y cómo poder ayudarles desde el papel de la enfermería a disminuirla. Este Proceso de Atención de Enfermería ha seguido la siguiente metodología. Se comienza con una valoración inicial, tanto de la PMD como de la PCF, mediante una entrevista oral. La valoración de ambas sigue el modelo de Patrones Funcionales de Marjory Gordon pudiendo averiguar de este modo los patrones disfuncionales presentes en las pacientes. A partir de estos y siguiendo la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), se determinan una serie de diagnósticos enfermeros. Empleando el modelo AREA se priorizan los diagnósticos sobre los que se trabajarán. Una vez priorizados, se planifica el Plan de Cuidados. Para ello, para cada diagnóstico enfermero se establecen unos objetivos (NOC) y sus correspondientes indicadores, así como unas intervenciones (NIC) y sus actividades. Tras ello, ejecutamos el Plan de Cuidados. Pasado un tiempo determinado, se realiza una evaluación y se extraen resultados. Por último, se reflexiona sobre el trabajo realizado y se sacan unas conclusiones. Entre los diagnósticos más relevantes encontramos el dolor crónico y el deterioro de la movilidad física en la PMD y el cansancio del rol del cuidador y los conocimientos deficientes para la PCF. Algunos de los objetivos (NOC) son: control del dolor, ambular y afrontamiento de problemas; como intervenciones (NIC): fomento del ejercicio y apoyo al cuidador. Como resultados principales se ha obtenido una disminución de la dependencia de la PMD, así como la disminución de la carga para el cuidador principal. Por todo ello, podríamos concluir que la enfermería tiene un papel

importante pues son los profesionales que proporcionan las herramientas y recursos necesarios a las personas cuidadoras para que puedan afrontar los aspectos más complejos del rol de cuidador y mejorar la atención a las personas mayores dependientes.

Palabras clave: Dependencia; Cuidado informal; Caso clínico; Proceso de Atención de Enfermería; Plan de Cuidados.

ABSTRACT

Spain is one of the countries with a high level of life expectancy, which is around 81.2 years. At this age, it is common for the elderly to suffer from chronic illnesses, some of which cause dependency in this population group. For this reason, situations of dependency in the elderly have been increasing in recent years, resulting in an increase in the demand for care from the family. This type of care is known as informal or non-professional care, which is carried out without financial remuneration. In this work, the aim is to find out, through a clinical case, the situation currently experienced by Family Caregivers (PCF) in the performance of their role as the main caregiver of a Dependent Elderly Person (DAP). In this way, we can determine the level of overload that the performance of this role can generate and how we can help them from the nursing role to reduce it. This Nursing Care Process has followed the following methodology. It begins with an initial assessment of both the PMD and the PCF, by means of an oral interview. The assessment of both follows Marjory Gordon's Functional Patterns model, thus making it possible to determine the dysfunctional patterns present in the patients. Based on these and following the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a series of nursing diagnoses are determined. Using the AREA model, the diagnoses to be worked on are prioritised. Once prioritised, the Care Plan is planned. To do this, for each nursing diagnosis, objectives (NOC) and their corresponding indicators are established, as well as interventions (NIC) and their activities. After this, the Care Plan is implemented. After a certain period of time, an evaluation is carried out and results are extracted. Finally, we reflect on the work done and draw conclusions. Among the most relevant diagnoses are chronic pain and impaired physical mobility in PMD and caregiver role fatigue and poor knowledge for PCF. Some of the objectives (NOC) are: pain control, ambulation and coping with problems; as interventions (NIC): promotion of exercise and caregiver support. The main results have been a decrease in the dependency of the PMD, as well as a decrease in the burden for the main caregiver. Therefore, we could conclude that nursing has an important role to play, as they are the professionals who provide the

necessary tools and resources to caregivers so that they can face the most complex aspects of the caregiving role and improve the care of dependent elderly people.

Keywords: Dependency; Informal Care; Clinical Case; Nursing Care Process; Care Plan.

2. INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, a nivel mundial se está observando un rápido aumento en cuanto al envejecimiento de la población. Entre 2015 y 2050 las personas mayores de 65 años se multiplicarán casi por dos pasando de un 12% a un 22%¹. España en este proceso de envejecimiento de la población se encuentra entre los países más envejecidos, pues las personas mayores suponen el 18'8%². El incremento de este colectivo se debe principalmente a dos fenómenos: en primer lugar, al aumento de la esperanza de vida y la longevidad, y en segundo lugar, a la rápida y continuada disminución de la fecundidad³.

Una mayor edad se asocia con un empeoramiento de la salud autopercebida. Entre los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores de 65 años encontramos: hipertensión arterial (18'4%), dolor de espalda lumbar (17'3%), hipercolesterolemia (16'5%), artrosis (16'3%) y dolor cervical crónico (14'7%)². Algunos de los problemas asociados a una edad avanzada tienen como consecuencia que las personas mayores requieran de cuidados llevando estos en algunos casos a la dependencia de la persona.

“La esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para actividades ordinarias de la vida cotidiana”⁴. Cuando se presenta dificultad para el desempeño de las actividades básicas, la persona empieza a necesitar ayuda o atención que, si no es satisfecha, podría suponer un peligro para su vida⁵. Por tanto, la dependencia comienza a suponer un conflicto cuando se necesita la ayuda de otra persona de forma sistemática o permanente³. Como vemos, en gran parte el envejecimiento va ligado a la dependencia. En población total, “dos de cada tres dependientes son personas de 65 y más años”⁶. La dependencia cobra un importante lugar en la población mayor.

Finalmente, tras recoger estos datos, cabría plantearse la siguiente cuestión: ¿A qué se debe que la familia haya asumido el cuidado de la persona mayor y, además, en algunos casos, el cuidado de una persona mayor y dependiente?

En función de los aspectos sociales propios de cada país, existen distintos modelos de atención a la dependencia. En España, el modelo que se emplea es el denominado Modelo Mediterráneo. Por otro lado, no solo los aspectos sociales influyen en el modo en el que se presta la atención a las personas dependientes, también afectan los aspectos

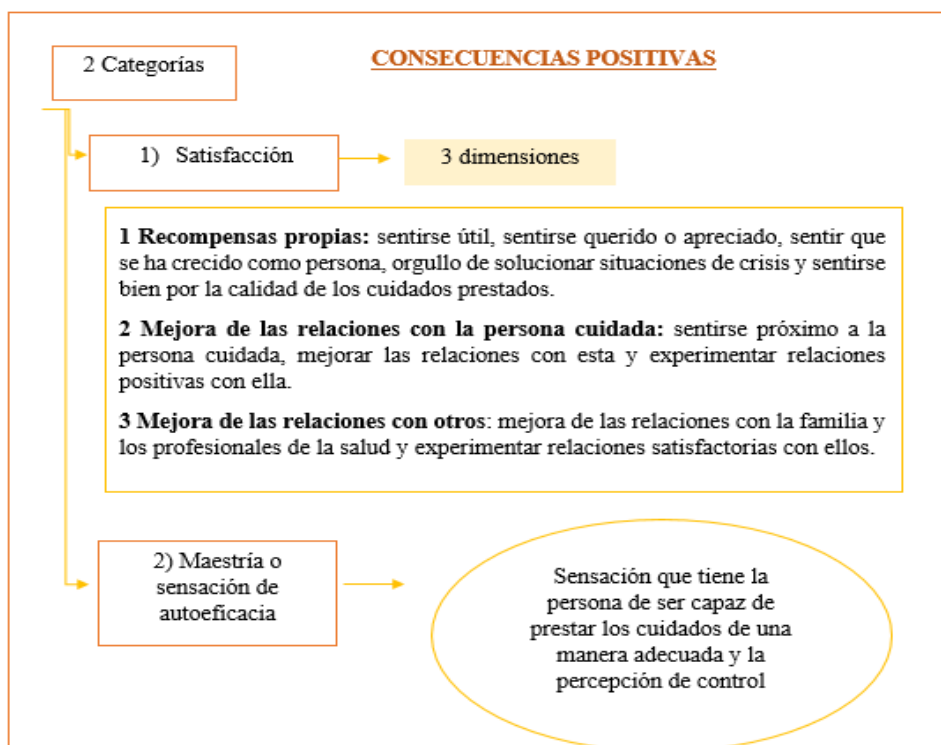
culturales. Así, entre los motivos por los que se toma el rol de persona cuidadora familiar influyen los valores, creencias y normas sociales. Comparado con otros países, en España, el nivel de necesidad de cuidados que demandan las personas mayores dependientes es elevado por lo que el cuidado familiar cobra una gran importancia⁵.

Asimismo, los cambios sociales que han tenido lugar en las últimas décadas afectan al modo en que se prestan los cuidados, pues dichos cambios han interferido en cómo se establece la estructura familiar tradicional y por ende en el modo en el que esta cubre la asistencia que requiere su familiar mayor dependiente. El cambio social que más ha afectado a este tipo de estructura familiar ha sido la incorporación de la mujer al mundo laboral. Siguiendo el sistema patriarcal, es en la figura de la mujer en quien recae el cuidado familiar⁵. Ahora bien, aunque en la actualidad encontramos cada vez más representación femenina en el ámbito laboral, esta no ha abandonado otras responsabilidades como el cuidado del resto de familiares y las tareas del hogar.

Otros cambios sociales que han transformado la estructura familiar son los siguientes: disminución del tamaño de las familias, aumento de familias unipersonales y monoparentales, aumento del número de ancianos que viven solos, desaparición de las garantías externas para la estabilidad de la institución familiar y la movilidad geográfica. Todos estos cambios deben tenerse en cuenta a la hora de prestar el cuidado ya que a medio plazo harán insostenible el sistema informal de cuidados basado en el cuidado familiar y femenino³.

El cuidado familiar a personas mayores dependientes conlleva una serie de consecuencias para la persona que desempeña el cuidado. Dichas consecuencias pueden ser positivas, como sentir satisfacción o la dignificación como persona, como negativas e interferir en distintos niveles: físico, emocional, social y económico^{5,7}.

Ilustración 1. Clasificación de las Consecuencias Positivas. Fuente: Elaboración propia basada en tesis doctorales de López Martínez, C. y Moreno Cámara, S.

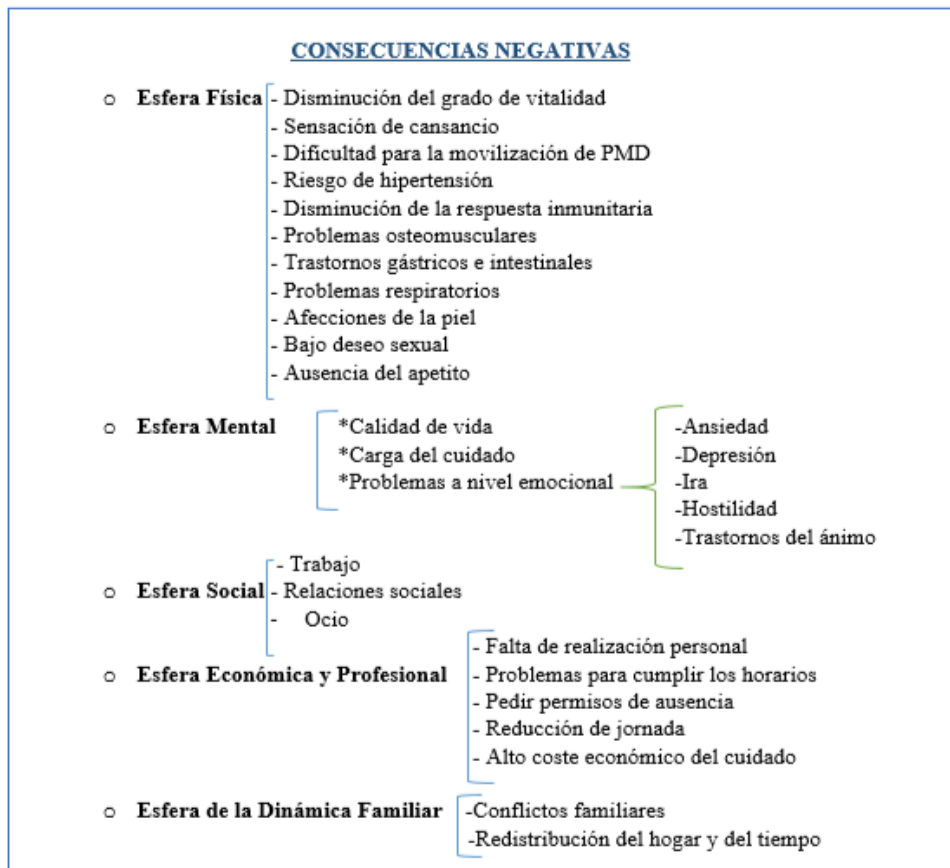


Se debe trabajar en obtener consecuencias positivas de la experiencia de prestar el cuidado familiar, pues serán las que nos garanticen desempeñar el rol por más tiempo ya que estas pueden paliar los efectos negativos del cuidado⁵.

Sin embargo, algunos autores señalan que los aspectos positivos también se pueden dar al mismo tiempo que existen aspectos negativos, es decir, que la presencia de un tipo de estos (positivo o negativo) no garantiza que no aparezca el otro. Por ejemplo, una persona cuidadora familiar, dentro de su situación de cuidado puede experimentar al mismo tiempo una consecuencia positiva y una consecuencia negativa. El aspecto positivo sería la satisfacción por prestar el cuidado, aunque este no evitaría el aspecto negativo, la sobrecarga emocional³.

Las necesidades requeridas por parte de las personas mayores pueden variar a lo largo del tiempo dificultando a las personas cuidadoras familiares que se amolden a ellas. Estas dificultades pueden generar en la persona cuidadora distintas afectaciones en todas las esferas: física, mental, social, económica y profesional y en la dinámica familiar⁸.

Ilustración 2: Clasificación de las Consecuencias Negativas. Fuente: Elaboración propia basada en tesis doctorales de López Martínez, C., Moreno Cámara, S. y Del Pino Casado, R.



La probabilidad de que el cuidado afecte a la persona cuidadora es directamente proporcional a la carga de cuidado. Destacar que son las afecciones psicológicas el tipo de afecciones que más se dan en la persona cuidadora familiar^{8,9}.

- **Esfera Física:** no solo los datos recogen que las personas cuidadoras presentan una peor salud física que las personas que no cuidan, sino que esto es corroborado por los propios cuidadores familiares ya que muchos de ellos lo refieren así⁷.

- **Esfera Mental:**

***Calidad de vida:** A nivel general las personas cuidadoras familiares presentan peor calidad de vida que las personas que no cuidan¹⁰.

***Carga del cuidado:** Cuando hablamos de carga dentro de una situación de cuidado, debemos distinguir entre carga objetiva y carga subjetiva. La carga objetiva es entendida como “conjunto de demandas y actividades a las que las personas cuidadoras tienen que atender”. En este tipo de carga, interfiere la necesidad de atención que requiere la persona mayor dependiente y la cantidad de ayuda y recursos disponibles para prestar el cuidado⁸.

En un principio, cabría pensar que conocer la carga objetiva bastaría para determinar el grado de afectación de la persona cuidadora familiar, pero esta no es suficiente para explicar su malestar. Es por ello que también es necesario conocer el concepto de carga subjetiva, es decir, “el conjunto de percepciones y sentimientos negativos ante la experiencia”^{3,7}.

Cuando la carga subjetiva es percibida como alta, podemos encontrar que los cuidadores se sienten desbordados, desconcertados, atrapados o quemados. Por ello, es de gran importancia cómo la persona cuidadora percibe la necesidad de cuidado que requiere la persona dependiente y su capacidad para satisfacerla, pues dependerá de esta percepción para que la cuidadora familiar haga frente a la situación de cuidado de manera adecuada^{7,11}.

***Problemas a nivel emocional:** Los principales problemas emocionales que se encuentran en las personas cuidadoras familiares son los siguientes: ansiedad, depresión, ira, hostilidad y trastornos del ánimo. Los dos primeros, ansiedad y depresión, son los que se dan con mayor frecuencia y es por ello que profundizaremos en estos.

Para la NANDA, la ansiedad es considerada “una respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia”¹². Entre sus factores relacionados encontramos: el género femenino de la persona cuidadora, una mayor carga e intensidad de cuidados en personas cuidadoras, la residencia común entre la persona cuidadora y la persona cuidada, el afrontamiento disfuncional o de evasión y la sobrecarga subjetiva⁵.

En cuanto a la depresión, la OMS la define como “un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”¹³.

Algunos de los factores que se relacionan con los síntomas depresivos son: una mayor carga e intensidad de cuidados en personas cuidadoras, la residencia común entre la persona cuidadora y la persona cuidada, el afrontamiento disfuncional o de evasión, la restricción en las actividades diarias no relacionadas con el cuidado y la sobrecarga subjetiva. Como factores protectores se encuentran: las estrategias de afrontamiento de tipo activo y el sentido de coherencia (SOC)⁵.

Cabe destacar que el género es un determinante crucial en la salud mental, puesto que son mayores las prevalencias de mala salud en las mujeres de todas las edades y de

todos los grupos sociales¹⁴. Es por ello que se deba prestar especial atención en los casos en los que la persona cuidadora sea mujer.

- **Esfera Social:**

En este sentido, las consecuencias del cuidado familiar de mayores dependientes, afecta al trabajo, a las relaciones sociales y al ocio⁵. También la afectación en esta esfera se ve marcada por la cuestión de género, pues es más frecuente encontrar problemas de tipo social ocasionados por el cuidado familiar en el género femenino¹⁵.

Cuando hablamos de problemas sociales nos referimos a: la disminución del tiempo de ocio o el dejar de tener tiempo para sí mismo con el consiguiente abandono personal en algunos casos. El motivo de la aparición de dichos problemas tiene que ver con que la PCF además de cuidar a la persona dependiente tiene otras responsabilidades como el cuidado de otros miembros de la familia, las tareas del hogar y el trabajo fuera de este. Para responder a esta gran carga de responsabilidades, la persona cuidadora tiende a anteponer sus obligaciones a sus propias necesidades derivándose en algunas situaciones en el mencionado abandono personal. Este abandono no solo se da en actividades fuera de lo cotidiano como puede ser irse de vacaciones, sino que también se da en actividades del día a día como salir a pasear, a tomar un café o hacer una visita o una llamada por teléfono a un amigo sin sentirse culpable de que durante ese tiempo se está abandonando al familiar dependiente⁷.

- **Esfera Económica y Profesional:**

Indudablemente el ámbito profesional de la persona cuidadora familiar se ve afectado ya sea en mayor o menor grado. A medida que pasa el tiempo, las personas mayores dependientes van demandando más ayuda provocando en algunos casos que la persona cuidadora sea incapaz de cumplir con sus horarios y se vea forzada a pedir cada vez más permisos de ausencia, reducir su jornada o incluso llegar a abandonar el trabajo por ser imposible de sobrellevarlo al mismo tiempo con el cuidado del familiar dependiente⁷.

No obstante, el trabajo fuera del hogar puede ser visto como una moneda con dos caras. Por un lado, el salir del hogar para trabajar puede beneficiar a la persona cuidadora ya que el tiempo que pasa trabajando le sirve para desconectar de su rol de cuidador y relacionarse con otros. Por otro lado, el trabajo puede sobrecargar a la persona cuidadora haciéndole sentir que siempre está ocupada trabajando todo el rato, o en casa o fuera de ella⁸.

El aspecto económico de la PCF también sufre cambios a consecuencia de la situación de cuidados, pues esta conlleva gastos en dispositivos de ayuda que la persona mayor dependiente necesita como las camas articuladas, contratar servicios de atención domiciliaria o residencias temporales. Todo esto se debe a que no siempre estas demandas están cubiertas por los Servicios Sanitarios Públicos.

○ **Esfera de la Dinámica Familiar:**

Cuando el cuidado familiar se lleva a cabo en el hogar, este puede suponer que las relaciones familiares, así como la interacción entre estos, cambien. Asimismo, puede ocasionar conflictos, siendo mayormente frecuente entre las personas con la misma consanguineidad con la persona dependiente, sobretudo en el escenario de hermanos que atienden en menor medida al familiar dependiente o incluso desentendiéndose de ello completamente. Además, cuando la persona cuidadora es hijo/a del mayor dependiente, las relaciones con su pareja e hijos de ven modificadas debido a que no solo existe una redistribución del hogar en aquellos casos en que la persona dependiente se traslada al domicilio de la cuidadora, sino también existe una redistribución del tiempo, tanto para las tareas a las que la persona cuidadora se dedicaba, como para el cuidado que invertía con el resto de su familia. Y por todo ello, no solo la persona cuidadora padece las consecuencias del cuidado familiar al mayor dependiente, sino que también las padece el seno familiar de la cuidadora pudiendo provocar conflictos entre ellos y esto a su vez agravar aún más la sobrecarga de cuidado de la persona cuidadora familiar⁷.

3. JUSTIFICACIÓN.

Los cuidados informales son aquellos en los que se le prestan unos cuidados a personas que presentan una dependencia de la familia, basados en las relaciones afectivas¹⁶. Como podemos ver, pueden ser muchas las necesidades de la persona mayor dependiente por lo que el prestar cuidados puede acarrear una serie de consecuencias. Dichas consecuencias pueden ser tanto positivas como negativas y, además, estas últimas pueden calar en todos los ámbitos de la persona cuidadora familiar: físico, psíquico, emocional, social y económico¹⁷.

El prestar cuidados supone de una cantidad importante de energía y tiempo por parte de la persona cuidadora, por lo que esta atención de los cuidados puede acarrear consecuencias negativas para la salud e incluso en las relaciones familiares, profesionales y sociales de las PCF, afectando además a su calidad de vida. El que exista una vinculación entre la persona cuidadora y la persona cuidada, da un mayor desgaste

emocional en la persona que presta el cuidado^{16,18}. Por este motivo, no es de extrañar que en la persona cuidadora familiar encontremos diagnósticos que hagan referencia a este aspecto. Uno de los más sonados en este campo es el conocido como Sobrecarga del Cuidador, para el cual el método más utilizado para su evaluación es el Cuestionario de Zarit que puede variar en función del sexo y el grado de parentesco con la persona cuidada^{17,18}.

En el perfil habitual del cuidador familiar, nos encontramos a la mujer ya que es a esta a quien se le asocia la función de cuidar en nuestra sociedad incluido el cuidado a las personas mayores dependientes¹⁷. El perfil común de la cuidadora familiar se completa, además de ser mujer, por ser de mediana edad, pariente de la persona cuidada, tener bajo nivel de estudios y no presentar un trabajo remunerado. Esta concepción de la mujer como principal cuidadora ha experimentado un cambio trascendental en los últimos años debido a la incorporación de ésta al mundo laboral. Este hecho sumado al trabajo doméstico hace que las consecuencias negativas del cuidado para la mujer sean mayores en comparación con el resto de cuidadores^{17,18}.

Explicado esto, se hace ver que la atención a pacientes dependientes requiere de una gran dedicación por parte de la persona cuidadora familiar. Así pues, la enfermería juega un papel muy importante en este punto. La enfermera puede asistir a la persona cuidadora a través de la educación sanitaria enfocando está en temas sobre cómo cuidarse a sí misma y cómo cuidar de la persona dependiente a través de la consulta por teléfono o de la atención domiciliaria¹⁸.

Además de esta ayuda por parte de los profesionales de enfermería, son numerosos los recursos que las personas cuidadoras pueden solicitar, incluida la Ley de la Dependencia (Ley 39, 2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia)^{18,19}. No obstante, aunque es amplio el abanico de recursos que están a disposición de las personas cuidadoras, la percepción de estas sobre dichos recursos es que estos son insuficientes¹⁷.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivos Generales:

- Conocer a través de un caso clínico la situación que viven actualmente las Personas Cuidadoras Familiares (PCF) en el desempeño de su rol como cuidador principal de una Persona Mayor Dependiente para determinar su nivel de sobrecarga del cuidador.

- Identificar las acciones que enfermería puede llevar a cabo para ayudar a las PCF a disminuir la sobrecarga del cuidador.

4.2. Objetivos Específicos:

- Explicar en qué consiste la sobrecarga del cuidador.
- Describir las consecuencias positivas y negativas del desempeño de cuidador familiar.
- Dotar a las Personas Cuidadoras Familiares de información, conocimientos y habilidades necesarias que le ayuden a desarrollar de forma eficaz su rol de cuidador.
- Establecer un Plan de Cuidados que mejore la situación actual de salud de las pacientes a tratar.
- Fomentar el cumplimiento del Plan de Cuidados en la PMD y PCF.
- Formar a la PCF en estrategias de afrontamiento saludables.
- Mejorar el autocuidado y percepción de la autoestima de la cuidadora familiar.
- Reducir la carga en el desempeño del rol de cuidador.
- Aumentar el nivel de autonomía de la PMD.

5. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El caso está basado en una Persona Mayor Dependiente y la Persona Cuidadora Familiar de ésta. La PMD tiene 92 años y, actualmente, reside en la casa de su hija menor, la cual es su principal cuidadora. Esta última, tiene 51 años, y además de convivir con su madre, también lo hace con su marido de 50 años y sus dos hijas de 25 y 23 años, ambas estudiantes.

En el año 2000, muere el marido de la PMD a causa de un cáncer de pulmón. A partir de entonces, la hija empieza a estar más pendiente de su madre y a ser la principal persona que la atiende en lo que necesite. La mayor dependiente era completamente autónoma, capaz de hacer cualquier cosa por ella misma, sin embargo, en los últimos años, ha ido presentando problemas de salud que han llegado a limitarla para la realización de algunas actividades de la vida diaria, como hacer la comida, limpiar la casa o salir a comprar. Entre estos problemas de salud encontramos una debilidad y falta de fuerza en manos y piernas además de pérdida de audición y visión. A pesar de la dificultad que dichos problemas le aportaban, la PMD seguía desempeñando sus tareas, no obstante, su hija comenzaba a preocuparse cada vez más por su madre ya que cocinaba con gas y, al no ver muy bien y no tener mucha estabilidad, podría tropezar con facilidad o escurrirse fácilmente cuando fregase el suelo, en definitiva, la hija se preocupaba de que pudiese

producirse cualquier accidente doméstico, sobre todo porque la persona mayor ya presentaba antecedentes de caídas, por lo que también disponía de teleasistencia.

En el año 2015, nuestra PCF, comenzó a estar mucho más pendiente de su madre, pues la dependencia de ésta, aunque aún era en menor medida, se estaba haciendo cada vez más presente. La hija en ocasiones le preparaba comidas más elaboradas ya que a la persona mayor le resultaban complejas de realizar, la acompañaba a hacer la compra en aquellas tiendas que estaban a mayor distancia de su domicilio, iba a limpiarle la casa e incluso, ya de últimas, le ayudaba con actividades tan básicas de la vida diaria como era ducharse.

Con el transcurso del tiempo las limitaciones comenzaron a ser mayores. Uno de los motivos fue el diagnóstico, en el año 2017, de una degeneración macular atrófica en ambos ojos. Este problema de salud, juntos a otros que ya presentaba la PMD (diabetes, colesterol, HTA, incontinencia urinaria) provoca una disminución en la autonomía de ésta. Es también que por ello requiera de visitas médicas con frecuencia, ir a la farmacia, controlar su alimentación y medicación... y toda la ayuda que recibe para ello es la prestada por su hija exclusivamente.

Dada esta situación, para que la PCF pudiese tener más de cerca a su madre y poder así atenderle mejor, la persona dependiente comenzó a vivir en la casa de su hija por temporadas. Al principio, solo iba por un fin de semana, luego por una semana, después un par de meses, hasta que finalmente en el año 2018 la PMD se traslada definitivamente.

En cuanto a la cuidadora, esta no presenta ningún problema de salud y, por tanto, tampoco precisa de mediación alguna. Se trata de una persona activa, tanto a nivel laboral como en lo personal, pues sale con frecuencia con amigos, hace planes con su pareja y familia, realiza actividades como rutas en moto, senderismo y teatro, además ha sido catequista y concejal. Sin embargo, nunca ha abandonado el cuidado a su madre, todo lo contrario, el atenderla siempre ha sido su prioridad, incluso teniendo que dejar de lado alguno de estos hobbies para ello.

La PCF es la menor de cuatro hermanos, con lo cual, presenta entre 6 y 10 años de diferencia. Desde pequeña, al tratarse de la única niña de la casa, ha sido inculcada como responsable, junto a su madre, del cuidado de sus hermanos, de su padre y de su abuelo materno, junto con las tareas del hogar. Esta educación patriarcal ha sido el motivo por el que la cuidadora siempre ha asumido el cuidado absoluto de su madre, además de que ninguno de sus hermanos ha prestado mucha atención a su madre y, por tanto, no llegan a conocer la realidad de la dependencia de la persona mayor, desentendiéndose todos

estos completamente de cualquier tipo de ayuda que precise su madre o su hermana para desempeñar el rol de cuidadora.

Este comportamiento por parte del resto de los hijos de la PMD, ha llegado a provocar en la PCF un estado de sobrecarga a causa del cuidado que presta a su madre. En estos últimos años, la persona mayor, ha ido perdiendo más capacidad funcional y, por consiguiente, haciéndose también más dependiente. Junto con el cuidado que la PMD requiere, esta demanda un acompañamiento continuo, no porque en realidad lo precise por seguridad, sino solo por no sentirse sola. La combinación de esa demanda de compañía sumado a todo el cuidado que precisa para las actividades de la vida diaria, ha ocasionado también en la PCF, que esta refiera que el desempeño de su rol de cuidadora afecta a su vida e incluso a su salud, generándole estrés y cansancio emocional e incluso físico.

La cuidadora se encuentra más limitada para poder salir con los amigos o la familia, realizar actividades que le gustaría, participar en asociaciones, tiempo de ocio para sí misma... e incluso falta de intimidad en su propia casa. Además, ha tenido que adaptar su hogar a su madre: una habitación para ella sola teniendo las hijas que volver a compartir habitación, disponer de un sillón adaptado para una persona mayor..., entre otros.

Asimismo, esta situación ha afectado también al resto de miembros del domicilio del hogar, pues entre todos ellos tienen que organizarse para que la PMD nunca esté sola, por ejemplo, si un fin de semana sale la hija con su marido y unos amigos de ambos, una de las nietas de la PMD debe quedarse para prepararle y cenar con ella y que no duerma sola. También deben repartirse los recados que precise la persona mayor.

En ningún momento la PCF ha decidido comentar con sus hermanos la situación de necesidad de cuidados que realmente tiene la persona mayor y que, por tanto, necesitaría que estuviesen más pendientes de su madre. La cuidadora evita este tema con los hermanos porque no quiere ocasionar ningún conflicto familiar, pues hay buena relación entre todos ellos. Sin embargo, la PMD solo recibe del resto de sus hijos visitas cortas muy de vez en cuando.

6. DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS.

6.1. Valoración.

6.1.1. Exploración física.

En este apartado se recogen aspectos evaluables (Tabla 1) de las personas a tratar, tanto de la Persona Mayor Dependiente (PMD) como de la Persona Cuidadora Familiar (PCF) y los valores obtenidos de los mismos.

El objetivo de dicha exploración física, pasa por reconocer posibles alteraciones o signos y/o síntomas que nos puedan hacer sospechar de la existencia de algún problema de salud. Por otro lado, también se recopilan otros datos de interés para la valoración.

Tabla 1. Aspectos evaluables y valores obtenidos durante la exploración física. Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Evaluables	Valor obtenido	
	PMD	PCF
Peso	65 kg	47 kg
Talla	1'52 m	1'55m
Índice de Masa Corporal (IMC)	28'13 kg/m ²	19'56 kg/m ²
Pulsos principales	Palpables	Palpables
Tensión Arterial (TA)	120/70 mmHg	110/70 mmHg
Frecuencia Cardíaca (FC)	76 lpm	78 lpm
Frecuencia Respiratoria (FR)	15 rpm	16 rpm
Saturación de Oxígeno (Sat.O ₂)	97%	100%
Temperatura (T ^a)	36'8°C	37'1°C
Glucemia capilar	138 mg/dL	108 mm/dL
Estado mental	Orientada, coherente	Orientada, coherente
Prótesis dental	Parcial removible (dentadura inferior: 4 dientes y muelas del juicio)	No usa
Higiene general	Limpia y arreglada	Limpia y arreglada
Piel	Sequedad en extremidades inferiores	Limpia e hidratada
Mucosas	Aspecto adecuado	Aspecto adecuado
Uñas manos y pies	Rectas y cortas	Rectas y cortas
Adenopatías	No presenta	No presenta
Sensibilidad	Sin alteraciones	Sin alteraciones
Edemas	No presenta	No presenta
Otros (menopausia)	Desde los 42 años	No presenta

6.1.2. Medicación Actual.

A continuación, se exponen en la siguiente tabla la medicación actual pautada por el médico de cabecera para la PMD (Tabla 2), ya que la PCF, carece de ella.

Para evaluar también la adherencia al tratamiento y el conocimiento del mismo, se le ha preguntado a la persona dependiente por su medicación, pues es ella misma la que se la prepara y administra sin dificultad. Durante la entrevista realizada para la valoración, ésta nos cuenta qué medicamentos se toma, cuándo tomarlos, en qué cantidad y para qué sirven cada uno de ellos. Observamos que presenta dificultad para recordar los nombres

más complejos de los fármacos, pero es capaz de reconocer su función (“esta para la vista, y esta otra para la tensión”) por el aspecto del comprimido.

Tabla 2. Medicación actual PMD. Fuente: Elaboración propia.

FÁRMACO	DOSIS	POSOLOGÍA	FRECUENCIA
Zomarist® (Vidagliptina/Hidrocloruro de metformina)	50mg/850mg	1 comp/24h	1-0-0
Simvastatina	20mg	1 comp/48h	1-0-0
Losartán/Hidroclorotiazida	50mg/12’5mg	1 comp/48h	1-0-0
Retilut®	1’2mg	1 comp/48h	1-0-0
Paracetamol	1g	1 sobre/12h	1-0-1

6.1.3 Valoración de los patrones funcionales de salud según el método de Marjory Gordon.

El método de valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon consta de 11 patrones, cada patrón integral una visión biopsicosocial ya que los patrones se encuentran influenciados tanto por factores biológicos como culturales, sociales y espirituales. El uso de este método de M. Gordon, resulta ventajoso en la realización de un proceso de atención de enfermería pues por medio de los patrones podemos identificar e integrar condiciones que las personas deben mantener o tender al equilibrio para recuperar o conservar la salud²⁰.

Una vez realizada la valoración, ésta nos proporcionará la información necesaria para poder establecer los diagnósticos enfermeros (NANDA), a partir de los cuales, determinaremos qué resultados se pretenden conseguir (NOC), así como las intervenciones (NIC) y actividades necesarias para alcanzarlos.

La realización de la valoración se ha llevado a cabo mediante una entrevista oral. Para ello, nos hemos reunido en el domicilio de la PCF junto con la PMD, donde residen ambas. A la hora de realizar las cuestiones a la persona dependiente, ésta era capaz de contestarnos a la mayoría de las preguntas. Se mostraba colaborativa, atenta y participativa durante todo el transcurso de la entrevista. No obstante, la cuidadora, su hija, se veía forzada en intervenir en algunas situaciones para reforzar lo que había dicho su madre y, de este modo, obtener una evaluación más completa de la misma.

Se considera oportuno llevar a cabo la valoración por el modelo de patrones funcionales de Gordon tanto en la PMD como en la PCF, pues el bienestar y salud de esta última, es directamente proporcional al cuidado y, por tanto, al bienestar y salud de la persona cuidada.

➤ VALORACIÓN DE LA PMD.

- Datos básicos.

Edad: 92 años.

Estado civil: viuda desde hace 23 años.

Género: mujer.

Ocupación: pensionista.

Nivel de instrucción: no sabe leer ni escribir.

Antecedentes: Ingresada por neumonía durante 10 días en 2001.

- Patrón 1. Percepción y control de la salud.

Su estado de salud general es estable. La paciente refiere ser una persona sana pero que padece de dolores de piernas y que eso le frustra mucho, pues ello la limita en muchas actividades. Como problemas actuales de salud, presenta diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, degeneración macular, colesterol e incontinencia urinaria. Se ha realizado acciones preventivas como la vacunación (vacunación completa de la COVID-19, gripe, neumonía, entre otras).

Toma una dieta equilibrada y lleva a cabo paseos frecuentes y cortos. No fuma, no bebe alcohol, ni consume otro tipo de sustancias. Presenta buena adherencia al tratamiento médico.

*Resultado de valoración: Patrón funcional.

- Patrón 2. Nutricional – Metabólico.

Mantiene un peso estable (65 kg), con talla de 1'52 m, obteniéndose un índice de masa corporal (IMC) de 28.13 kg/m², el cual, nos revela que se encuentra dentro del rango de sobrepeso (25-29'99 kg/m²).

No presenta mucho apetito a lo largo del día, por lo que come pequeñas cantidades de comida. Su ingesta diaria se basa en leche, galletas y magdalenas sin azúcar, legumbres 2 veces/semana, carnes y pescados blancos, verdura variada... Realiza 3 comidas al día (desayuno, almuerzo y cena). Se trata de una dieta baja en sal, azúcar, grasas y de estilo mediterráneo. En cuanto a la ingesta de líquidos, estos los toma principalmente con las comidas bebiendo sobre todo agua. También toma pequeños sorbos a lo largo del día, consumiendo aproximadamente 1'5 l al día.

No tiene problemas de deglución, de masticación ni digestivo. Usa prótesis dental que es capaz de manejar con autonomía. No presenta otros problemas bucodentales. No hay lesiones en su piel, aunque tiene antecedentes de desgarros cutáneos. Presenta sequedad en las piernas. Realizo Escala de Norton (Anexo 1) para medir el riesgo de UPP

(Úlceras Por Presión) obteniendo una puntuación de 16, lo cual me indica que el riesgo de UPP es bajo o no hay riesgo. No tiene problemas en los pies como juanetes, callos o similares.

*Resultado de valoración: Patrón disfuncional por IMC con patrón de riesgo (25-29'99) identificado como sobrepeso.

- **Patrón 3. Eliminación.**

En cuanto a la eliminación intestinal, la realiza a diario, sin dificultad. Las características son normales. No presenta molestias. No usa laxantes ni otro tipo de productos. No necesita ayuda para ir al baño.

Para la eliminación urinaria, va en repetidas ocasiones a lo largo del día, de igual modo, tampoco requiere de ayuda para ello. Las características de la orina son normales. Utiliza pañal para la noche (1 pañal/noche), pues refiere que se siente más segura por si no le diese tiempo de llegar al baño y mojar la cama, y porque así se evita muchos paseos durante la noche en la que todo está más oscuro y puede haber mayor riesgo de caída.

También nos cuenta que: “en cuanto siento que me orino tengo que ir justo en ese momento al baño, no puedo esperar ni puedo hacer el intento de aguantarme”. Por ello realizo cuestionario de valoración de incontinencia urinaria para mujeres (Anexo 2), obteniendo un valor predictivo del 77'2% (5 preguntas positivas) para la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, y un 57'6% (4 preguntas positivas), para la Incontinencia Urinaria de Urgencia.

No presenta sudoración excesiva ni problemas de olor corporal.

*Resultado de valoración: Patrón disfuncional debido a que requiere de sistemas de ayuda (absorbentes) y presenta incontinencia de esfuerzo y urgencia.

- **Patrón 4. Actividad – Ejercicio.**

Apenas tiene energía y fuerza para realizar actividades, se cansa bastante rápido. Presenta dificultad para la marcha, no puede aguantar mucho rato de pie ni realizar paseos muy largos. No obstante, practica junto a su hija, paseos cortos por la calle unas 3-4 veces/semana con una duración de 20-30 minutos aproximadamente durante los cuales tiene que realizar repetidos descansos. A pesar de ello, la mayor parte del tiempo se encuentra sentada en un sillón. Utiliza como dispositivo de ayuda un bastón, pues rechaza por completo el uso de un andador u otro dispositivo. También se ayuda agarrándose de otra persona o apoya una mano en la pared para mantener el equilibrio.

Presenta caídas previas, en las cuales no ha habido problemas más allá de un dolor local y hematoma y/o desgarró, por lo que, al existir antecedentes, llevo a cabo una

evaluación mediante la Escala de Dowton (Anexo 3) para valorar el riesgo de caídas. En dicha escala se obtiene una valoración de 7 puntos, por tanto, el riesgo de caídas es alto.

En cuanto a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), la PMD, requiere de ayuda para preparar la comida, pues presenta dificultad para ver y falta de fuerza y habilidad en las manos, por lo que también precisa de ayuda para cortar los alimentos, pero sí es capaz de utilizar los cubiertos y comer por ella misma. También lleva a cabo de forma independiente la preparación y administración de su medicación, así como el manejo de su propio dinero. Para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), no precisa de ayuda para las deposiciones ni para las micciones. Es capaz de ir sola al retrete y de realizar los traslados cama-sillón-cama. Para la higiene, el aseo (lavarse la cara y manos, peinarse, arreglarse...) lo desempeña de forma autónoma, sin embargo, debe ser ayudada por su hija para ducharse debido a la inestabilidad, falta de visión, además de que es incapaz de mantenerse mucho rato de pie en la ducha y necesita estar sentada durante el baño. Frecuencia del baño: 2 veces/semana con duración aproximada de 30 minutos por baño.

Con motivo de la necesidad de ayuda por parte de la mayor dependiente, evalúo su autonomía para las actividades de la vida diaria (AVD) mediante el Índice de Barthel (Anexo 4), y para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) por medio de la Escala de Lawton y Brody (Anexo 5). Para las AVD se obtienen 75 puntos en total, lo que indica una dependencia moderada, y para las AIVD, 3 puntos, reflejando una dependencia grave.

*Resultado de valoración: Patrón disfuncional por riesgo alto de caídas y dependencia para actividades diarias e instrumentales de la vida diaria, principalmente en el cuidado para la alimentación y el baño.

- **Patrón 5. Sueño – Descanso.**

No tiene problemas para conciliar el sueño, ni usa ni ha usado nunca fármacos u otras sustancias para dormir, refiere tener un sueño reparador. No presenta ronquidos o apneas del sueño ni otros problemas respiratorios. Duerme unas 6-7 horas por la noche además de numerosas “cabezaditas” a lo largo del día, pues tiene problemas para ver y escuchar la tele, se aburre y se duerme.

*Resultado de valoración: Patrón funcional.

- **Patrón 6. Cognitivo – Perceptivo.**

Debido a la degeneración macular tiene problemas de visión, también presenta dificultad para oír y hay que repetirle, con un alto volumen, varias veces lo que se le dice. A pesar de ello, no usa gafas (pues su problema de salud no es corregible con las gafas) ni audífonos. Tampoco suponen estas limitaciones alteraciones significativas para la persona dependiente.

No presenta dificultad para concentrarse, está atenta mientras se le habla y sigue la conversación de forma adecuada y recuerda las cosas sin dificultad. Está orientada en tiempo y espacio.

En cuanto al dolor, se queja mucho de las piernas, lo cual valoro empleando la Escala Numérica del Dolor (Anexo 6), en la cual la paciente refiere un dolor de 4-5. Palió este dolor usando Flogoprogen de 50mg/g gel, cuando siente dolor.

Para este patrón, llevo a cabo el Cuestionario de Pfeiffer (Anexo 7), con resultado de 3 puntos. El punto de corte para personas que no saben leer ni escribir, como es el caso que presenta nuestra paciente, se encuentra en 4 o más puntos, por lo tanto, la valoración cognitiva de la PMD es normal.

*Resultado del patrón: Patrón disfuncional a causa de la presencia de dolor en las piernas.

- **Patrón 7. Autopercepción – Autoconcepto.**

La paciente refiere tener buena percepción de sí misma y está conforme. Por otro lado, su estado de ánimo ha sufrido un fuerte cambio en estos dos últimos meses debido al fallecimiento de uno de sus hijos estas pasadas navidades a causa de un cáncer. Se apoya en su familia, en especial con los que convive, su hija, el marido de ésta y las dos hijas de ambos, para sobrellevar la situación y calmar su pena. Sin embargo, la pérdida no afecta a su vida diaria ni ha llegado a tener problemas de salud por ello como ansiedad o depresión.

*Resultado de la valoración: Patrón funcional.

- **Patrón 8. Rol- Relaciones.**

La persona mayor dependiente vive desde 2018 en la casa de su hija menor, junto con el marido y las dos hijas de ambos. Reside ahí debido a la dificultad que empezaba a tener para realizar algunas tareas como cocinar, limpiar e incluso para actividades básicas como bañarse. Dicha dificultad era debida a los problemas de salud que presenta: falta de visión y audición, pérdida de fuerza y habilidad en las manos, incapacidad de mantenerse mucho rato de pie, dificultad para deambular, entre otros.

Ya varios años antes de vivir con su hija, la PCF ya atendía a su madre haciéndole comidas, iba a limpiarle la casa o le hacía la compra.

No existen problemas familiares, sin embargo, todo lo relacionado con el cuidado o ayuda de la persona dependiente es llevado a cabo únicamente por la hija, pues el resto de los hijos se desentienden completamente limitándose a visitas esporádicas. A pesar de ello, la PMD refiere estar muy a gusto y contenta con vivir con su hija, además nos comenta que así siempre está acompañada y atendida siempre que lo necesita y se encuentra feliz y agradecida por ello.

*Resultado de la valoración: Patrón funcional.

- **Patrón 9. Sexualidad – Reproducción.**

La PMD ha tenido 4 hijos, todos partos naturales sin complicaciones llevados a cabo en su domicilio. A lo largo de su vida no ha presentado problemas menstruales, estos han sido regulares y con características normales. Tras dar a luz por última vez, a la edad de 42 años, no tuvo más el periodo.

*Resultado de la valoración: Patrón funcional.

- **Patrón 10. Afrontamiento – Tolerancia al estrés.**

Recientemente ha habido un gran cambio para la vida de nuestra paciente. Como se ha comentado anteriormente, falleció el mes de diciembre de 2022 el tercero de sus cuatro hijos a causa de un cáncer. Esto supuso un golpe duro para toda la familia, pues la situación del fallecido pasó a ser muy crítica en poco tiempo, lo cual apenas dio margen de tiempo para asimilar este hecho. Nuestra paciente nos refiere que se siente muy triste y llora en ocasiones, pero que cuenta con el apoyo de su familia, principalmente de los que conviven con ella, la escuchan e intentan animar y que siempre está acompañada, lo cual nos dice que también es muy importante para ella. Además, nos cuenta que quiere mantenerse fuerte y seguir adelante por el resto de sus hijos y nietos.

*Resultado de la valoración: Patrón funcional, pues este último acontecimiento significativo en su vida no le ha causado alteraciones o problemas de salud ni tampoco ha requerido el uso de medicamentos o de otros productos para sobrellevarlo.

- **Patrón 11. Valores – Creencias.**

La PMD es creyente, perteneciente a la religión cristiana. Nos transmite que, aun teniendo problemas de deambular, su principal limitación, lleva a cabo actividades de práctica religiosa, quizás no tanto como le gustaría, pero que entiende su situación y puede realizar algunas como ir a misa, funerales de amigos y/o familiares y acudir a actividades que realiza su cofradía además de ver procesiones. Todo esto puede realizarlo gracias a

su hija, la cual, le facilita realizar estas actividades y prácticas religiosas, pues le ayuda a moverse de un lado a otro y está pendiente de ella para que tenga sitio en el que sentarse y descansar. También es muy importante para ella que su hija la acompañe debido al tema relacionado con su problema de incontinencia, utilizando pañal cuando sale de casa. Refiere que así se siente más segura y cómoda, y que es con su hija con la que más confianza tiene para ayudarle con este tipo de absorbente.

*Resultado de la valoración: Patrón funcional.

➤ VALORACIÓN DE LA PCF.

- **Datos básicos.**

Edad: 51 años.

Género: Mujer.

Estado civil: Casada desde hace 27 años.

Antecedentes: Extirpada de quistes sebáceos en cabeza y pecho. Para este último, fue ingresada en el hospital durante 24 horas ya que precisó de anestesia general.

Parentesco con la persona cuidada: Es la hija menor de la PMD.

Trabaja fuera de casa: 6 días/semana; 8h/día. Ocupación: Gobernanta en hotel.

Nivel de instrucción: Estudios secundarios.

Vive en la misma residencia que la persona cuidada.

Horas/días de dedicación al cuidado de la persona dependiente: todos los días, todo el día (excepto las horas de trabajo, durante los cuales, la persona dependiente es cuidada por una de sus nietas, las hijas de la PCF).

Antigüedad del cuidado: 8 años. (5 años residiendo en el mismo domicilio, junto con 3 años desde los cuales la PMD empezó a requerir de más ayuda y atención para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria).

Sin recompensación económica por el cuidado de la PMD y sin ningún otro tipo de ayuda técnica. Tampoco presenta Tarjeta de Cuidadora.

- **Patrón 1. Percepción y control de la salud.**

Buen estado de salud general. No presenta problemas de salud actuales ni antecedentes de ello. Como acciones preventivas, lleva al día todas las vacunas, se realiza citologías y mamografías. Mantiene una alimentación saludable y realiza alguna actividad física, como andar o practicar senderismo en alguna ocasión. No fuma ni bebe alcohol u otro tipo de sustancia tóxica. No tiene ningún tratamiento médico, por lo que no toma medicación alguna ni hace uso de ningún otro producto.

*Resultado de la valoración: Patrón funcional.

- **Patrón 2. Nutricional – Metabólico.**

Con apetito y peso estable. Este es de 47 kg y la talla, de 1'55 m, lo cual implica un índice de masa corporal (IMC) de 19'56 kg/m², encontrándose en un intervalo normal de peso. Lleva una alimentación variada, de estilo mediterráneo. No hace uso de suplementos. Sin problemas de masticación, deglución ni digestivo, aunque refiere que cuando combina algunos alimentos, sobretudo mayonesa o lácteos junto con bebidas gaseosas le sientan un poco mal, pero que al rato se le pasa. No presenta lesiones en la piel, ésta se presenta limpia e hidratada.

*Resultado de la valoración: Patrón funcional.

- **Patrón 3. Eliminación.**

En cuanto a la eliminación intestinal, va al baño diariamente, sin molestias ni alteraciones en sus deposiciones. No consume laxantes ni requiere de ninguna otra ayuda para ir al baño.

Para la eliminación urinaria, durante la mañana, mientras trabaja, la PCF nos cuenta que no suele ir al baño ya que apenas para de hacer cosas y que, si acude al servicio, es si acaso una vez. No tiene molestias para ello y las características de la orina son normales.

Tampoco requiere de medicación para la eliminación urinaria. No presenta una sudoración excesiva ni problemas de olor corporal. Sin embargo, nos refiere que en el último año ha notado que, en ocasiones, tiene pequeñas pérdidas de orina y que no puede aguantar tanto como antes. Por este motivo, le realizo el Cuestionario de Valoración de Incontinencia Urinaria para la mujer con resultado de que la PCF presenta una Incontinencia de Urgencia (por 3 preguntas afirmativas, es decir, un valor predictivo en la mujer para incontinencia de urgencia del 57'6%).

*Resultado de la valoración: Patrón disfuncional a consecuencia de la existencia de incontinencia de urgencia.

- **Patrón 4. Actividad – Ejercicio.**

Refiere falta de fuerza en las piernas. Antes podía moverse y agacharse con mayor ligereza y facilidad. Sin embargo, ahora tiene sensación de piernas más cansadas y pesadas, más “cargadas”, por lo que usa medias compresivas alegando que le va bastante mejor con ellas.

Como actividad personal diaria, su trabajo requiere de estar todas las horas de pie yendo de un lado para otro, ya que se dedica a la supervisión de limpieza y mantenimiento de un hotel. Además, en su casa es quien realiza la mayoría de las actividades domésticas, lo cual implica también tiempo de estar de pie y de movilidad. No realiza ningún ejercicio

físico, aunque manifiesta que sabe que debería hacerlo además de que también le gustaría, salir más a andar, volverse a apuntar al club de senderismo o ir a algún tipo de gimnasia pero que no tiene tiempo para ello ya que la persona dependiente demanda mucho de su presencia para hacerle compañía principalmente. A pesar de ello, en ocasiones realiza algún tipo de actividad con su pareja y/o amigos, por lo que, aunque no fuese tanto como le gustaría, se siente satisfecha con ello.

***Resultado de la valoración: Patrón funcional.**

Dentro de este patrón, decido realizar una serie de preguntas a la cuidadora con el objetivo de determinar las actividades y cuidados que presta al familiar dependiente, así como el tiempo y frecuencia del mismo. Se valoran tanto actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Tabla 3. Actividades Básicas de la Vida Diaria que presta la persona cuidadora al familiar dependiente. Fuente: Elaboración propia.

Actividades Básicas de la Vida Diaria que presta la persona cuidadora al familiar dependiente.		
Actividad/cuidados:	Frecuencia: N° veces/día y N° de veces/semana	Tiempo empleado por actividad
Lavar y bañar	2 veces/semana	30 minutos
Ayudarle para andar	3-4 veces/semana	30-20 minutos

Tabla 4. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria que presta la persona cuidadora al familiar dependiente. Fuente: Elaboración propia.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria que presta la persona cuidadora al familiar dependiente.		
Actividad/cuidados:	Frecuencia: N° veces/día y N° de veces/semana	Tiempo empleado por actividad
Contestarle al teléfono cuando lo llaman	2 veces/semana	15-20 minutos
Realizarle la compra	2 veces/semana	1 hora
Prepararle la comida	3 veces/día	20 minutos
Arreglarle la casa (labores domésticas)	2-3 veces/semana	2-3 horas
Lavarle la ropa	2 veces/semana	30 minutos
Acompañarle cuando usa el transporte (para ir a la peluquería, el banco, tienda de ropa...)	2-3 veces/semana	1-2 horas

- **Patrón 5. Sueño – Descanso.**

Tiene un sueño reparador, se levanta descansada y con energía suficiente para realizar las actividades de ese día. No presenta problemas para dormir ni requiere de alguna sustancia para ello. No tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día, pero no presenta un cansancio significativo de forma habitual. Refiere que en ocasiones se desvela si oye a su madre ir al baño en mitad de la noche, pero desde que la persona dependiente usa pañal para dormir, ésta ya no se levanta para ir al retrete y por tanto durante este tiempo no hay riesgo de caída (hay antecedentes de ello), lo que supone una tranquilidad para la hija y facilita un mayor descanso para la misma.

*Resultado de la valoración: Patrón funcional.

- **Patrón 6. Cognitivo – Perceptivo.**

Presenta problemas de visión, presbicia, por lo que usa gafas para leer, coser... es decir, aquellas actividades que requieran ver de cerca.

En ocasiones le es difícil concentrarse y habla de que a veces se siente muy irritante por el agobio de todo lo que tiene que hacer: trabajo, tareas domésticas, atención a su madre...

Desde hace unos meses siente un malestar físico, un dolor de hombro que achaca a la ayuda prestada a su madre para ayudarle a andar y a cuando realizan paseos. La PMD rechaza cualquier dispositivo de ayuda para deambular a excepción del bastón, por lo que se engancha al brazo de la hija y deja caer su peso en ella. La cuidadora nos cuenta que ha intentado convencer a su familiar para que use un andador, lo cual sería beneficioso para ambas, pero que su madre se niega. “No es consciente del daño que me provoca, y de que por no usar nada que le ayude a andar, yo estoy más preocupada porque pueda caerse”, nos cuenta la hija.

Por el dolor de hombro manifestado por la cuidadora, le realizo la Escala Numérica del Dolor, con puntuación de entre 4-5 de manera habitual (dolor crónico) y manifestando hasta una puntuación de 9 en momentos de mayor dolor (dolor irruptivo). A consecuencia de esto, toma ibuprofeno cuando le ocurre y ha acudido al médico derivándole al fisioterapeuta. Aún está pendiente de ir.

Efectué una valoración, dentro de ese patrón, del conocimiento de la persona cuidadora en el cuidado del familiar dependiente. Para ello, le pregunto una serie de cuestiones sobre qué dudas y dificultades encuentra al prestar el cuidado a su madre utilizando una “Guía de valoración de dudas y dificultades en el cuidado de un familiar

dependiente” (Anexo 8). En él, nos encontramos las siguientes inquietudes por parte de la persona que presta los cuidados:

- Eliminación: tipo de alimentación y en qué momento del día tomarla que pueda facilitar al mayor dependiente a hacer sus deposiciones.
- Movilidad y ejercicio: información acerca de ejercicios que puedan resultar beneficiosos teniendo en cuenta las limitaciones físicas de la PMD.
- Cuidados de la piel: recomendaciones para evitar la sequedad y la aparición de lesiones a causa de la misma.
- Recursos disponibles: si dentro de la ayuda a domicilio puede disponer la persona dependiente de sesiones de fisio o algún tipo de rehabilitación.

*Resultado de la valoración: Patrón disfuncional a causa de malestar físico y presencia de dudas y dificultades para prestar el cuidado.

- **Patrón 7. Autopercepción – Autoconcepto.**

Al preguntarle cómo se ve a sí misma y si está conforme con ella, nos dice que se siente muy frustrada porque no tiene libertad para realizar las cosas que le gustarían, salir cuando quisiera, hacer actividades de ocio, salir con amigos cuanto le apeteciera, todo esto sin sentir culpabilidad por ello o que abandona a su madre. Nos cuenta que su madre es muy exigente con su atención, y que solicita de su presencia constante para sentirse acompañada, no valiéndose de igual modo de otras compañías como las de sus nietas (las dos hijas de la cuidadora). La PCF hace alegaciones como: “siento que no puedo hacer lo que quisiera”, “se me pasa el tiempo y no lo aprovecho”, “tengo a una persona que es muy dependiente de mí y que me pide que esté todo el rato a su lado, apenas puedo apartarme de ella”.

Realizo Cribado de Ansiedad – Depresión – Escala de Goldberg (Anexo 9), en el cual se encuentran 6 respuestas afirmativas para la ansiedad y 5 afirmativas para la depresión. Con respuestas afirmativas ≥ 4 para ansiedad y ≥ 2 para la depresión, por lo que se detecta para la PCF ansiedad y depresión tras este cribado.

*Resultado de la valoración: Patrón disfuncional por padecimiento de ansiedad y depresión.

- **Patrón 8. Rol – Relaciones.**

La cuidadora vive en un piso además de con su madre, con su marido y sus dos hijas de 25 y 23 años. En cuanto a problemas familiares, para la cuidadora, supone un gran inconveniente que sus hermanos y resto de familia se hayan desentendido por

completo del cuidado de su madre: “Creo que ni siquiera son conscientes de toda la atención que requiere nuestra madre y de todo el sacrificio que mi familia y yo estamos haciendo para cuidar de ella”. A pesar de ello, sobrelleva esta carga gracias al apoyo de su marido e hijas en los cuales se apoya para enfrentarse ante cualquier problema, ya sea relacionado con el cuidado de su madre o de cualquier otra índole.

Por este motivo, pido a la cuidadora hacer el Cuestionario de Apgar Familiar – percepción de la Función Familiar (Anexo 10) para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. El resultado de tal cuestionario es de 6 puntos, lo cual nos indica que hay una disfunción leve para la percepción de la función familiar.

En cuanto a la opinión de la familia del entorno del hogar de la PCF sobre su papel como cuidadora, estos entienden la situación y decisión de ésta para hacerse cargo de tal cuidado y la apoyan y ayudan colaborando en algunas de las actividades que precisa el familiar dependiente.

También dentro de este patrón, evalúo la carga subjetiva de la cuidadora empleando la Escala de Sobrecarga del Cuidador – Zarit (Anexo 11). En dicho cuestionario, el resultado es de 70 puntos, reflejando una sobrecarga intensa para la cuidadora.

La PCF no pertenece a ninguna asociación, pero cuenta con amigos y otros familiares por los cuales se siente respaldada, apreciada y apoyada. Para tratar sus problemas habla con su marido o amigos y se desahoga también con sus hijas, las cuales son un pilar fundamental para ella poder sobrellevar el cuidado de su madre, pero refiere que no siempre lo hace cuando lo necesita por vergüenza, esquivo el problema o no quiere mostrarse vulnerable ante su familia. Se valora también el apoyo social percibido utilizando el Cuestionario de Apoyo Social Percibido – Duke-Unc (Anexo 13), con una puntuación total de 44 puntos, indicando que el apoyo percibido es un apoyo normal.

En cuanto a su trabajo fuera de casa, se siente realizada con el mismo. No tiene problemas con él, pues hay buen ambiente de trabajo y compañerismo. Además, considera que sus ingresos cubren sus necesidades básicas y las de su familia junto con el sueldo de su marido y pensión de su madre, por lo que el aspecto económico no supone problema significativo.

*Resultado de la valoración: Patrón disfuncional por disfunción leve en la percepción de la función familiar y presencia de sobrecarga intensa y elevado nivel de esfuerzo para prestar el cuidado.

- **Patrón 9. Sexualidad – Reproducción.**

Tiene dos hijas, de 25 y 23 años. En primer lugar, tuvo un aborto, al año siguiente tuvo su primera hija mediante cesárea y finalmente, su hija menor nació mediante parto natural. En este último hubo complicaciones, la cuidadora sufrió de desgarro y tuvo una pérdida abundante de sangre, por lo que tuvo que ser suturada y requirió de transfusiones de sangre.

A nivel menstrual, presenta reglas irregulares, pero que cuando está con el periodo, estos son normales en cuanto a la duración de los mismos y volumen de manchado. No presenta menopausia. Nunca ha tomado medicación o precisado de otro tipo de tratamiento en relación a la menstruación. Siempre ha tenido periodos regulares hasta que cumplió los 50 años, que empezó, como se ha mencionado, con periodos irregulares. Por otro lado, para la actividad sexual, esta no se ve interferida por el cuidado al familiar dependiente, no existen problemas de otro tipo dentro de este aspecto. Las relaciones son satisfactorias.

*Resultado de la valoración: Patrón funcional.

- **Patrón 10. Afrontamiento – Tolerancia al estrés.**

Tras preguntarle sobre cambios importantes recientes, la PCF nos cuenta el fallecimiento de su hermano, el cual tuvo lugar dos meses antes de la realización de esta entrevista. Refiere, en cuanto a su vivencia personal, que ha tenido que gestionar sus emociones para seguir con sus “quehaceres”: tareas domésticas, trabajo, cuidar de su madre y su familia... Aunque en ocasiones ha tenido momentos de crisis, ésta ha preferido reservárselos para ella misma y vivirlos con intimidad, pues ha querido mostrarse fuerte para no preocupar a su familia ni que el sentimiento de su pérdida afectara ni tampoco preocupase a su madre. Cuando tiene problemas no utiliza medicamentos, alcohol, drogas ni otro tipo de sustancias, busca cosas que la distraigan, piensa en la parte positiva de cada situación y se rodea de familia y amigos.

Pregunto también acerca de lo que supone para ella el tener que cuidar de su madre y cómo este le afecta. Lo que la cuidadora nos refiere en este aspecto es que además del tiempo que invierte en cubrir los cuidados que su madre requiere, habla de que en lo que más tiempo invierte y que además lo que, a nivel personal, le afecta más y “le quema más” y la limita para hacer otras cosas que le gustarían, es el tiempo que pasa con su familiar dependiente para hacerle compañía: “por las mañanas trabajo y por las tardes estoy todo el rato con ella sentada a su lado, y así todos los días”. Por este motivo, la Carga de Cuidado es percibida por la cuidadora como alta.

*Resultado de la valoración: Patrón disfuncional por carga subjetiva alta.

- **Patrón 11. Valores – Creencias.**

Para la PCF, la religión es importante en su vida y afirma que esta le ayuda cuando se presentan dificultades: “si no pensara que Dios me ayuda y escucha cuando le necesito, en muchas ocasiones hubiese tirado la toalla”. El cuidado de su familiar dependiente interfiere en la práctica religiosa de la cuidadora, pues al no disponer de tanto tiempo, no realiza tantas actividades de este tipo como quisiese. Sin embargo, trata de organizarse con su marido e hijas para cuando quiere asistir a misa o participar dentro de su cofradía, mientras su madre sigue atendida.

Por último, cuando preguntamos a la cuidadora acerca de los motivos por los cuales ha asumido el cuidado esta refiere: “por amor a ella”.

*Resultado de la valoración: Patrón funcional.

6.2. Diagnósticos.

Tras la valoración tanto de la PMD como de la PCF, mediante el método de valoración de los patrones funcionales de salud de M. Gordon, se establecen los diagnósticos para aquellos patrones disfuncionales. Para nombrar los distintos diagnósticos enfermeros, utilizo la herramienta digital llamada NNNConsult. En ella, podemos consultar los diferentes diagnósticos que se establecen dentro de cada patrón. De este modo, para cada uno de los patrones que he identificado como disfuncional en el apartado de valoración, he asignado el diagnóstico más adecuado para el mismo. Su enunciado se emite siguiendo la terminología implantada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para reflejar los distintos juicios clínicos enfermeros.

Un juicio clínico consiste en hacer una interpretación sobre las necesidades de un paciente y valorar cómo actuar, utilizar o modificar los enfoques estándar o tomar nuevas acciones que se consideren oportunas para él²¹. A través del juicio clínico determinaremos el diagnóstico más acertado según la información obtenida tras la valoración del paciente. De este modo, una vez se indique cual es el diagnóstico enfermero, podremos diseñar un plan de cuidados para abordar el mismo.

Para cada diagnóstico se indican los factores con los que se relaciona además de cómo se manifiestan.

➤ **DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS EN LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE:**

- Código: 00017. Diagnóstico: Incontinencia urinaria de esfuerzo **r/c** sobrepeso y trastornos del suelo pélvico **m/p** pérdida involuntaria de orina al toser, al realizar un esfuerzo, al reírse, al realizar ejercicio físico y al estornudar.
- Código: 00019. Diagnóstico: Incontinencia urinaria de urgencia **r/c** relajación involuntaria del esfínter, sobrepeso y trastornos del suelo pélvico **m/p** disminución de la capacidad vesical, sensación de urgencia ante un estímulo desencadenante, pérdida involuntaria de orina antes de alcanzar el inodoro y frecuencia urinaria.
- Código: 00108. Diagnóstico: Déficit de autocuidado en el baño **r/c** deterioro de la movilidad física, dolor y debilidad **m/p** dificultad para lavar el cuerpo.
- Código: 00102. Diagnóstico: Déficit de autocuidado en la alimentación **r/c** debilidad y fatiga **m/p** dificultad para preparar la comida.
- Código: 00085. Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física **r/c** disminución de la tolerancia de la actividad, disminución de la fuerza muscular, falta de uso, conocimiento inadecuado del valor de la actividad física, masa muscular insuficiente, resistencia física insuficiente, dolor, pérdida de la condición física, resistencia a iniciar el movimiento y estilo de vida sedentario **m/p** alteración de la marcha, disminución de las habilidades motoras finas, implicarse en situaciones de movimiento, expresa malestar, inestabilidad postural y enlentecimiento del movimiento.
- Código: 00133. Diagnóstico: Dolor crónico **r/c** IMC por encima del rango normal y fatiga **m/p** alteración de la habilidad para continuar con las actividades, expresa fatiga expresión facial de dolor e informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.
- Código: 00233. Diagnóstico: Sobrepeso **r/c** actividad física diaria media inferior a la recomendada según sexo y edad, gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar y comportamiento sedentario durante ≥ 2 horas al día **m/p** índice de masa corporal $> 25\text{kg/m}^2$.

➤ **DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS EN LA PERSONA CUIDADORA FAMILIAR:**

- Código: 00019. Diagnóstico: Incontinencia urinaria de urgencia **r/c** consumo de bebidas carbonatadas, relajación involuntaria del esfínter y trastornos del suelo pélvico **m/p** disminución de la capacidad vesical, sensación de urgencia ante un estímulo

desencadenante y pérdida involuntaria de diferentes cantidades de orina entre micciones, con urgencia.

- Código: 00133. Diagnóstico: Dolor crónico **r/c** agente lesivo **m/p** expresión facial de dolor, expresa alteración del ciclo sueño-vigilia, informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor e informa de las características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor.
- Código: 00146. Diagnóstico: Ansiedad **r/c** dolor, estresores y necesidades no satisfechas **m/p** llanto, expresa angustia, estado de ánimo irritable, expresa tensión, urgencia urinaria y expresa preocupación.
- Código: 00177. Diagnóstico: Estrés por sobrecarga **r/c** estresores **m/p** expresa sentirse preocupada y expresa tensión.
- Código: 00061. Diagnóstico: Cansancio del rol de cuidador **r/c** síntomas depresivos, cumplimiento inadecuado de las expectativas de los demás, incumplimiento inadecuado de las expectativas personales, estresores; por parte del receptor de los cuidados: aumento de las necesidades de cuidados, pérdida de independencia; en cuanto a actividades de cuidados: responsabilidades de cuidados durante las 24 horas **m/p** recelo sobre la salud futura del receptor de cuidados, fatiga, expresa frustración, tiempo insuficiente para satisfacer las necesidades personales y alteración en las actividades de ocio.
- Código: 00126. Diagnóstico: Conocimientos deficientes **r/c** desinformación y consciencia inadecuada de los recursos **m/p** declaraciones incorrectas sobre un tema.

En algunos casos, como este, en el que identificamos numerosos problemas, hacen que el intentar abordarlos todos ellos sea algo muy difícil. Es por este motivo necesario priorizar los Diagnósticos Enfermeros (DE) con el objetivo de facilitar nuestro trabajo ya que nos permitirá conocer mejor el contexto clínico que se da. Conocer dicho contexto es importante porque de este dependerá para saber el número de DE que podemos tratar²³.

Para establecer los DE sobre los que trabajaremos, seguimos la metodología AREA (Análisis de Resultados del Estado Actual). Dicho método permite identificar prioridades y muestra mediante una estructura visual (la red de razonamiento) la situación en la que nos encontramos facilitando estructurar el pensamiento y los conocimientos. “El modelo AREA establece una estructura para el razonamiento clínico que incluye los problemas centrándolos en los resultados esperados en la práctica enfermera, puede ser de suma utilidad para resolver algunos problemas que se nos plantean en la clínica a la hora de

aplicar el proceso enfermero; así como para aflorar el razonamiento clínico de las enfermeras”²². A través de este modelo, en el cual empleamos el razonamiento clínico, si tratamos el DE prioritario (aquel del que parten mayor número de flechas de interrelación) o lo resolvemos, mejoraremos el resto de DE²³.

A continuación, se muestra la red de razonamiento. Esta red es una representación gráfica sobre los diagnósticos enfermeros que se han propuesto y el elemento principal (en este caso: el paciente).

Ilustración 3. Red de razonamiento para la Persona Mayor Dependiente. Proceso de priorización de los diagnósticos. Fuente: Elaboración propia.

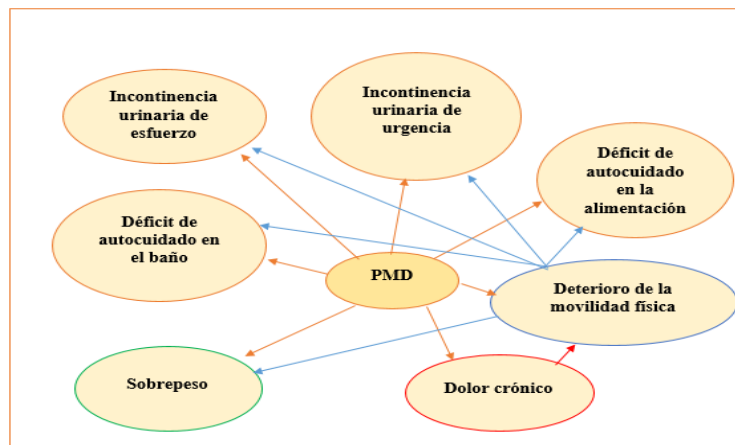
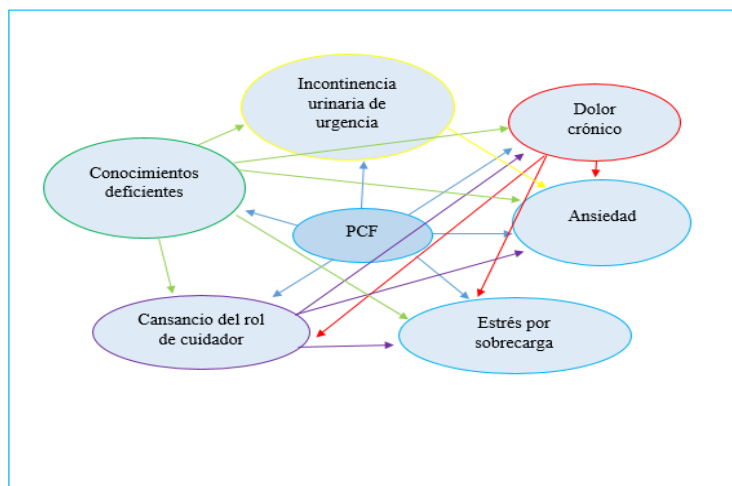


Ilustración 4. Red de razonamiento para la Persona Cuidadora Familiar. Proceso de priorización de los diagnósticos. Fuente: Elaboración propia.



6.3. Planificación.

Es en la fase de planificación en la que elaboramos el Plan de Cuidados. En esta etapa se desarrollan las estrategias necesarias para prevenir, minimizar o corregir los problemas de salud encontrados²⁴. Para ello, una vez recogidos los datos en la fase de valoración siguiendo los Patrones Funcionales de M. Gordon y aclarado cuales son los DE más adecuados para tratar, para cada uno de estos diagnósticos se proponen unos

resultados esperados (NOC) con sus indicadores y las intervenciones enfermeras (taxonomía NIC) y actividades necesarias para alcanzar tales resultados. Los resultados e intervenciones son escogidos de la Nursing Interventions Classification (NIC) y la Nursing Outcomes Classification (NOC).

Si observamos la red de razonamiento, se concluye que los DE a tratar para la PMD son: “Deterioro de la movilidad física”, “Dolor crónico” y “Sobrepeso”. Para la PCF los diagnósticos prioritarios son los siguientes: “Dolor crónico”, “Incontinencia urinaria de urgencia”, “Conocimientos deficientes” y “Cansancio del rol de cuidador”.

Diagnóstico Enfermero I

- (PMD)→Código: 00085. Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la tolerancia de la actividad, disminución de la fuerza muscular, falta de uso, conocimiento inadecuado del valor de la actividad física, masa muscular insuficiente, resistencia física insuficiente, dolor, pérdida de la condición física, resistencia a iniciar el movimiento y estilo de vida sedentario m/p alteración de la marcha, disminución de las habilidades motoras finas, implicarse en situaciones de movimiento, expresa malestar, inestabilidad postural y enlentecimiento del movimiento.
- **Objetivo (NOC):** [0208] Movilidad → **Indicadores:**
 - [20806] Ambular
 - [20801] Mantenimiento del equilibrio

Tabla 5. Valoración de indicadores. (NOC): [0208] Movilidad. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 01. Grado de deterioro de la salud o el bienestar 1 Gravemente comprometido – 5 Levemente comprometido		
Indicadores	Valor Inicial	Valor Ideal
[20806] Ambular	2	5
[20801] Mantenimiento del equilibrio	3	5

- **Objetivo (NOC):** [1633] Participación en el ejercicio → **Indicadores:**
 - [163303] Establece objetivos realistas
 - [163308] Participa en el ejercicio con regularidad

Tabla 6. Valoración de indicadores. (NOC): [1633] Participación en el ejercicio. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta 1 Nunca demostrado – 5 Siempre demostrado		
Indicadores	Valor Inicial	Valor Ideal
[163303] Establece objetivos realistas	2	5
[163308] Participa en el ejercicio con regularidad	2	5

- **Intervención (NIC):** [200] Fomento del ejercicio → **Actividades:**
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
 - Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
 - Ayudar a identificar un modelo de rol positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.
 - Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
 - Controlar el cumplimiento del programa/actividad de ejercicio por parte del individuo.
- **Intervención (NIC):** [221] Terapia de ejercicios: ambulación → **Actividades:**
- Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.
 - Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular las distancias determinadas y con un número concreto de personal.

Diagnóstico Enfermero II

- (PMD)→Código: 00133. Diagnóstico: Dolor crónico r/c IMC por encima del rango normal y fatiga **m/p** alteración de la habilidad para continuar con las actividades, expresa fatiga expresión facial de dolor e informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.
 - (PCF)→Código: 00133. Diagnóstico: Dolor crónico r/c agente lesivo **m/p** expresión facial de dolor, expresa alteración del ciclo sueño-vigilia, informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor e informa de las características del dolor usando un instrumento estandarizado de valoración del dolor.
- **Objetivo (NOC):** [1605] Control del dolor → **Indicadores:**
- [160503] Utiliza medidas preventivas para el control del dolor
 - [160504] Utiliza medidas de alivio no analgésicas
 - [160517] Habla sobre las opciones de tratamiento del dolor con el profesional sanitario

Tabla 7. Valoración de indicadores. (NOC): [1605] Control del dolor. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta
1 Nunca demostrado – 5 Siempre demostrado

Indicadores	Valor Inicial		Valor Ideal	
	PMD	PCF	PMD	PCF
[160503] Utiliza medidas preventivas para el control del dolor	1	2	5	5
[160504] Utiliza medidas de alivio no analgésicas	2	3	5	5
[160517] Habla sobre las opciones de tratamiento del dolor con el profesional sanitario	1	2	5	5

- **Intervención (NIC):** [1380] Aplicación de calor o frío → **Actividades:**
 - Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que la afectará a los síntomas del paciente.
- **Intervención (NIC):** [1415] Manejo del dolor crónico → **Actividades:**
 - Controlar los factores ambientales que pueden influir en el dolor del paciente.
 - Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita comodidad y funcionar apropiadamente e intentar mantenerlo en un nivel igual o inferior.
 - Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente (p.ej., farmacológicos, no farmacológicos, interpersonales) para facilitar el alivio del dolor, según corresponda.

Diagnóstico Enfermero III

- (PMD) → **Código: 00233. Diagnóstico: Sobrepeso** r/c actividad física diaria media inferior a la recomendada según sexo y edad, gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar y comportamiento sedentario durante ≥ 2 horas al día m/p índice de masa corporal $> 25\text{kg/m}^2$.
- **Objetivo (NOC):** [1004] Estado nutricional → **Indicadores:**
 - [100402] Ingesta de alimentos
 - [100405] Relación peso/talla

Tabla 8. Valoración de indicadores. (NOC): [1004] Estado nutricional. Fuente. Elaboración propia

ESCALA 02. Grado de desviación de una norma o estándar establecido
1 Desviación grave del rango normal – 5 Sin desviación del rango normal

Indicadores	Valor Inicial	Valor Ideal
[100402] Ingesta de alimentos	3	5
[100405] Relación peso/talla	3	5

- **Objetivo (NOC):** [1855] Conocimiento: estilo de vida saludable → **Indicadores:**
 - [185510] Importancia de las raciones de alimentos
 - [185504] Estrategias para mantener una dieta saludable
 - [185530] Efectos adversos para la salud de tener sobrepeso

Tabla 9. Valoración de indicadores. (NOC): [1855] Conocimiento: estilo de vida saludable. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 20. Grado de información cognitiva que se comprende

1 Ningún conocimiento – 5 Sin desviación del rango normal

<i>Indicadores</i>	Valor Inicial	Valor Ideal
[185510] Importancia de las raciones de alimentos	2	5
[185504] Estrategias para mantener una dieta saludable	1	5
[185530] Efectos adversos para la salud de tener sobrepeso	1	5

➤ **Intervención (NIC):** [1260] Manejo del peso → **Actividades:**

- Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicios y/o cambios en el peso corporal.
- Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.

➤ **Intervención (NIC):** [5246] Asesoramiento nutricional → **Actividades:**

- Determinar la ingesta o los hábitos alimentarios del paciente.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p.ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, restricción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc.

Diagnóstico Enfermero IV

○ (PCF)→[Código: 00019. Diagnóstico: Incontinencia urinaria de urgencia](#) r/c consumo de bebidas carbonatadas, relajación involuntaria del esfínter y trastornos del suelo pélvico m/p disminución de la capacidad vesical, sensación de urgencia ante un estímulo desencadenante y pérdida involuntaria de diferentes cantidades de orina entre micciones, con urgencia.

➤ **Objetivo (NOC):** [0502] Continencia urinaria → **Indicadores:**

- [50207] Pérdidas de orina entre micciones
- [50221] Utiliza estrategias de entrenamiento de la vejiga

Tabla 10. Valoración de indicadores. (NOC): [0502] Continencia urinaria. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta.

1 Nunca demostrado – 5 Siempre demostrado

Indicadores	Valor Inicial	Valor Ideal
[50207] Pérdidas de orina entre micciones	2	5
[50221] Utiliza estrategias de entrenamiento de la vejiga	1	5

- **Intervención (NIC):** [570] Entrenamiento de la vejiga urinaria → **Actividades:**
 - Establecer los intervalos de la pauta inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación urinaria.
 - Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o tirar de la cadena del inodoro) para ayudar al paciente a miccionar.
 - Enseñar al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada para ir al baño.
- **Intervención (NIC):** [0610] Cuidados de la incontinencia urinaria → **Actividades:**
 - Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos).
 - Ayudar a seleccionar la prenda o compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo.
 - Poner en práctica programas de vaciado cronometrado (es decir, ofrecer ayuda para usar el inodoro cada 2 horas mientras está despierto) o vaciado provocado (es decir, animar al paciente a que solicite ayuda cuando sienta ganas de vaciar), según corresponda.
 - Instruir sobre cómo realizar los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del suelo pélvico.

Diagnóstico Enfermero V

- (PCF)→Código: 00126. Diagnóstico: Conocimientos deficientes r/c desinformación y consciencia inadecuada de los recursos m/p declaraciones incorrectas sobre un tema.
- **Objetivo (NOC):** [3012] Satisfacción del paciente/ usuario: enseñanza → **Indicadores:**
 - [301223] Explicación de los cuidados de enfermería
 - [301220] Calidad del material educativo proporcionado

Tabla 11. Valoración de indicadores. (NOC): [3012] Satisfacción del paciente/ usuario: enseñanza. Fuente. Elaboración propia.

ESCALA 18. Grado de percepción de expectativas positivas
1 No del todo satisfecho – 5 Completamente satisfecho

Indicadores	Valor Inicial	Valor Ideal
[301223] Explicación de los cuidados de enfermería	1	5
[301220] Calidad del material educativo proporcionado	1	5

➤ **Objetivo (NOC):** [1806] Conocimientos: recursos sanitarios → **Indicadores:**

- [180607] Recursos sociales de ayuda disponible

Tabla 12. Valoración de indicadores. (NOC): [1806] Conocimientos: recursos sanitarios. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 20. Grado de información cognitiva que comprende
1 Ningún conocimiento – 5 Conocimiento extenso

Indicadores	Valor Inicial	Valor Ideal
[180607] Recursos sociales de ayuda disponible	1	5

➤ **Intervención (NIC):** [5515] Mejorar el acceso a la información sanitaria → **Actividades:**

- Proporcionar una enseñanza o consejos individuales siempre que sea posible.
- Utilizar estrategias para potenciar el conocimiento (p.ej., empezar con la información más importante, centrarse en los mensajes clave y repetir, limitar la cantidad de información presentada cada vez, utilizar ejemplos para ilustrar puntos importantes, relacionarla con la experiencia del individuo, utilizar un estilo narrador).
- Utilizar múltiples herramientas de comunicación (p. ej., cintas de audio, cintas de vídeo, vídeo digital, ordenadores, pictogramas, modelos, diagramas).

➤ **Intervención (NIC):** [5240] Asesoramiento → **Actividades:**

- Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda.
- Pedir al paciente/allegado que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables siempre que sea posible.

Diagnóstico Enfermero VI

- (PCF) → Código: 00061. Diagnóstico: Cansancio del rol de cuidador r/c síntomas depresivos, cumplimiento inadecuado de las expectativas de los demás, incumplimiento inadecuado de las expectativas personales, estresores; por parte del receptor de los cuidados: aumento de las necesidades de cuidados, pérdida de independencia; en cuanto a actividades de cuidados: responsabilidades de cuidados durante las 24 horas m/p recelo

sobre la salud futura del receptor de cuidados, fatiga, expresa frustración, tiempo insuficiente para satisfacer las necesidades personales y alteración en las actividades de ocio.

➤ **Objetivo (NOC):** [1211] Nivel de ansiedad → **Indicadores:**

- [121117] Ansiedad verbalizada
- [121134] Exceso de preocupación
- [121140] Dificultad para relajarse

Tabla 13. Valoración de indicadores. (NOC): [1211] Nivel de ansiedad. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 14. Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
1 Grave – 5 Ninguno

Indicadores	Valor Inicial	Valor Ideal
[121117] Ansiedad verbalizada	2	5
[121134] Exceso de preocupación	2	5
[121140] Dificultad para relajarse	1	5

➤ **Objetivo (NOC):** [1302] Afrontamiento de problemas → **Indicadores:**

- [130210] Adopta conductas para reducir el estrés

Tabla 14. Valoración de indicadores. (NOC): [1302] Afrontamiento de problemas. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta
1 Nunca demostrado – 5 Siempre demostrado

Indicadores	Valor Inicial	Valor Ideal
[130210] Adopta conductas para reducir el estrés	1	5

➤ **Objetivo (NOC):** [1501] Desempeño del rol → **Indicadores:**

- [150101] Desempeño de las expectativas del rol
- [150108] Descripción de los cambios de rol con ancianos dependientes

Tabla 15. Valoración de indicadores. (NOC): [1501] Desempeño del rol. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 06. Grado de suficiencia de cantidad o calidad para conseguir un estado deseado
1 Inadecuado – 5 Completamente adecuado

Indicadores	Valor Inicial	Valor Ideal
[150101] Desempeño de las expectativas del rol	2	5
[150108] Descripción de los cambios de rol con ancianos dependientes	3	5

➤ **Objetivo (NOC):** [1212] Nivel de estrés → **Indicadores:**

- [121205] Aumento de la tensión muscular en el cuello, hombros y espalda.
- [121220] Irritabilidad

Tabla 16. Valoración de indicadores. (NOC): [1212] Nivel de estrés. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 14. Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
1 Grave – 5 Ninguno

<i>Indicadores</i>	<i>Valor Inicial</i>	<i>Valor Ideal</i>
[121205] Aumento de la tensión muscular en el cuello, hombros y espalda	3	5
[121220] Irritabilidad	2	5

➤ **Intervención (NIC):** [5230] Mejorar el afrontamiento → **Actividades:**

- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).
- Facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

➤ **Intervención (NIC):** [7040] Apoyo al cuidador principal → **Actividades:**

- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

6.4. Ejecución.

Tras la planificación del Plan de Cuidados, se inicia la 4ª etapa del Proceso de Atención de Enfermería, la ejecución. En ella se pone en marcha todas aquellas intervenciones y cuidados planificados para la consecución de los objetivos deseados. La ejecución consiste en la validación del plan de cuidados, la documentación de los mismos y, además, se continúa recogiendo datos de la persona en cuestión a modo de mantener el plan siempre actualizado²⁴.

Para la ejecución del Plan de Cuidados se establece un periodo de 35 días. Durante este tiempo se realizarán 5 visitas domiciliarias las cuales consistirán en lo siguiente:

- 1ª visita (Día 1/35): Inicio del Proceso de Atención de Enfermería. Recepción de los pacientes y explicación de un Plan de Cuidados.
- 2ª visita (Día 4/35): Realización de una valoración inicial mediante entrevista oral.
- 3ª visita (Día 7/35): Exposición del Plan de Cuidados y puesta en marcha.
- 4ª visita (Día 21/35): Evaluación del proceso hasta la fecha.
- 5ª visita (Día 35/35): Evaluación final.

Contactamos con la Persona Cuidadora Familiar para concretar una cita junto con la Persona Mayor Dependiente en el domicilio donde ambas residen.

- **1ª visita (Día 1/35):** Me presento a las dos pacientes y explico los beneficios que podrían tener para su situación el llevar a cabo un plan de cuidados. Pregunto si les interesa y si creen que es posible que mediante un plan puedan mejorar su salud y con ello la situación de cuidado. A parte de esto, también me intereso por el nivel de motivación que presentan cada una. En un primer momento la persona mayor se encuentra menos receptiva, pues teme que sus problemas de salud se mantengan por mucho tiempo o incluso empeoren y que con ello perjudique a su hija requiriendo de más atención por parte de esta. La PCF se muestra interesada y con ánimo de comenzar el Plan de Cuidados, pregunta acerca de cómo poder mejorar en el cuidado de su madre y en qué consistirá todo el proceso.

A la persona mayor le pregunto cuáles son sus mayores problemas de salud para poder centrarme en ellos una vez vaya a planificar el plan. La PMD refiere que lo que más la limita es su dificultad para moverse, siente las piernas muy débiles y muchos días encuentra dolor en ellas por lo que le cuesta mucho andar y mantener el equilibrio, además se cansa rápidamente. También nos comenta que no solo tiene falta de fuerza y habilidad en las piernas, sino también en los brazos, no puede coger cosas demasiado pesadas.

Así mismo, también me intereso por la PCF sobre qué es lo que más le gustaría que trabajásemos y cuáles son sus sentimientos acerca de ser cuidadora. Sobre esto último habla de que siempre se ha sentido responsable de su madre, desde pequeña ha estado junto a ella y siempre la ha ayudado con gusto, no obstante, durante estos últimos años en los cuales el nivel de dependencia de la PMD ha aumentado, refiere sentirse frustrada con la situación pues su madre demanda mucho de ella y no siente que su madre comprenda que hace todo lo que puede por ella. Por otro lado, también comenta que le gustaría informarse más sobre cómo poder mejorar en la prestación de los cuidados, si la alimentación que le prepara es la adecuada para su edad y problemas de salud, el número

de veces y tiempo que debe realizar ejercicio con ella, cuidados de la piel en personas mayores..., etc.

Una vez conocemos cuales son las principales preocupaciones para cada una de ellas tratamos de convencer cómo a través de sencillas intervenciones pueden mejorar sus problemas. A la PMD le explico los beneficios de realizar ejercicio de forma frecuente para así mejorar en la movilidad y fortalecer brazos y piernas. Para qué de este modo, la PMD sea capaz de realizar aquellas actividades más básicas de forma autónoma y no tener que sentirse culpable por pedirle ayuda a su hija. Para la cuidadora, le comento algunos de los programas de salud y formación de cuidadoras, así como la existencia de grupos de apoyo y otros recursos a los que puede acceder y mejorar su rol de cuidadora. A nivel emocional también le planteo a la PCF trabajar sobre sus sentimientos, enseñándole que cuidarse así misma también es otro modo de cuidar de su madre, pues si ella no está bien no podrá atenderla.

Al final de la visita acordamos un día para la realización de la valoración inicial.

- **2ª visita (Día 4/35):** En esta visita preparo una serie de cuestiones para cada una de las pacientes con el objetivo de conocer más acerca de su situación de salud. Para ello, mediante una entrevista oral, planteo las preguntas siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon. En primer lugar, comienzo con la PMD. Antes de profundizar en cada uno de los patrones, obtengo algunos datos básicos como el peso, la talla, antecedentes ... y también pregunto a la persona mayor si conoce su medicación. Esta no conoce muy bien los nombres exactos, pero los reconoce por su aspecto y sabe para qué son así como el momento del día y nº de veces que debe tomarlos. Una vez tratados estos aspectos más simples abordo cada uno de los patrones de Gordon. Durante la entrevista la PMD se muestra colaborativa y se interesa por todo lo que hablamos. Finalizada la valoración inicial de la persona dependiente, llevo a cabo el mismo proceso para la persona cuidadora. En esta me centro más en los cuestionarios, principalmente en aquellos relacionados con la carga que supone el desempeño del rol de cuidador con el objetivo de determinar el nivel de severidad en el que se encuentra y cuáles pueden ser las mejorar herramientas para ella.

Con todos los datos que he estimado oportunos recopilar en esta primera valoración, junto con las pacientes concreto una nueva fecha para enseñarles el Plan de Cuidados.

- **3ª visita (Día 7/35):** Al llegar al domicilio les comento a ambas los principales problemas de salud que he visto en ellas y les pregunto si les parece bien centrarnos en aquellos que he priorizado, pues trabajando en los principales problemas que presentan

también pueden abordarse otros. Tras obtener su aprobación, les explico a cada una de ellas en que consiste su Plan de Cuidados: qué pretendemos conseguir con él, qué actividades deben de realizar y cómo llevarlas a cabo de manera adecuada. También les pregunto si tienen alguna duda o qué otras actividades creen que podrían realizar, si están conformes con su plan. Acordado y dado el visto bueno por parte de la PMD y la PCF, se pone en marcha el Plan de Cuidados.

- **4ª visita (Día 21/35):** Pasadas 2 semanas desde que se inició el plan, me paso de nuevo por el domicilio de las pacientes. En esta visita no solo evalúo, sino que también aprovecho para continuar recogiendo y valorando datos. Esta visita también nos sirve para registrar los cuidados enfermeros realizados hasta el momento y, si fuese necesario, actualizar el Plan de Cuidados de enfermería. Para obtener nueva información sobre la situación hago algunas cuestiones como las siguientes:

- ¿Cómo se han sentido durante este tiempo?
- ¿Creen que su situación ha cambiado?
- ¿Tienen esperanza en que el Plan de Cuidados funcione?
- ¿Se sienten motivadas para llevarlo a cabo hasta el final?
- ¿Qué objetivos han conseguido y cuáles están aún por conseguir?
- ¿Cambiarían algo del Plan de Cuidados?
- ¿Con que otros servicios les gustaría contar por nuestra parte?

- **5ª visita (Día 35/35):** En esta última visita realizamos una evaluación final. El objetivo de la misma es determinar la eficacia del Plan de Cuidados y en qué medida se han conseguido los objetivos planteados. También pregunto cómo han vivido la experiencia y si creen que ha sido beneficioso. Ambas han conseguido muchas mejoras y se han planteado hacer cosas que nunca antes se habían planteado. Por ello, las animo a continuar con aquellas actividades que más hayan percibido como satisfactorias.

6.5. Evaluación de los resultados/ Seguimiento.

La etapa de evaluación es la última dentro del Proceso de Atención de Enfermería. Con ella comparamos los resultados que pretendíamos conseguir con aquellos que finalmente se han obtenido para determinar la validez de las intervenciones que se han llevado a cabo.

A continuación, mediante las siguientes tablas, se muestra el nivel estimado para cada uno de los objetivos, así como el valor real finalmente conseguido:

- DE I: [00085] Deterioro de la movilidad física → PMD

➤ **Objetivo (NOC): [0208] Movilidad**

Tabla 17. Valoración final de indicadores. (NOC): [0208] Movilidad. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 01. Grado de deterioro de la salud o el bienestar 1 Gravemente comprometido – 5 Levemente comprometido			
Indicadores	Valor Inicial	Valor Final	Valor Ideal
[20806] Ambular	2	4	5
[20801] Mantenimiento del equilibrio	3	4	5

➤ **Objetivo (NOC): [1633] Participación en el ejercicio**

Tabla 18. Valoración final de indicadores. (NOC): [1633] Participación en el ejercicio. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta 1 Nunca demostrado – 5 Siempre demostrado			
Indicadores	Valor Inicial	Valor Final	Valor Ideal
[163303] Establece objetivos realistas	2	5	5
[163308] Participa en el ejercicio con regularidad	2	5	5

- DE II: [00133] Dolor crónico → PMD y PCF

➤ **Objetivo (NOC): [1605] Control del dolor**

Tabla 19. Valoración final de indicadores. (NOC): [1605] Control del dolor. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta 1 Nunca demostrado – 5 Siempre demostrado					
Indicadores	Valor Inicial		Valor Final		Valor Ideal
	PMD	PCF	PMD	PCF	PCF
[160503] Utiliza medidas preventivas para el control del dolor	1	2	4	5	5
[160504] Utiliza medidas de alivio no analgésicas	2	3	4	5	5
[160517] Habla sobre las opciones de tratamiento del dolor con el profesional sanitario	1	2	4	5	5

- DE III: [00233] Sobrepeso → PMD

➤ **Objetivo (NOC): [1004] Estado nutricional**

Tabla 20. Valoración final de indicadores. (NOC): [1004] Estado nutricional. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 02. Grado de desviación de una norma o estándar establecido
1 Desviación grave del rango normal – 5 Sin desviación del rango normal

Indicadores	Valor Inicial	Valor Final	Valor Ideal
[100402] Ingesta de alimentos	3	5	5
[100405] Relación peso/talla	3	4	5

➤ **Objetivo (NOC): [1855] Conocimiento: estilo de vida saludable**

Tabla 21. Valoración final de indicadores. (NOC): [1855] Conocimiento: estilo de vida saludable. Fuente: Elaboración propia

ESCALA 20. Grado de información cognitiva que se comprende
1 Ningún conocimiento – 5 Sin desviación del rango normal

Indicadores	Valor Inicial	Valor Final	Valor Ideal
[185510] Importancia de las raciones de alimentos	2	5	5
[185504] Estrategias para mantener una dieta saludable	1	5	5
[185530] Efectos adversos para la salud de tener sobrepeso	1	4	5

○ DE IV: [00019] Incontinencia urinaria de urgencia → PCF

➤ **Objetivo (NOC): [0502] Continencia urinaria**

Tabla 22. Valoración final de indicadores. (NOC): [0502] Continencia urinaria. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta.
1 Nunca demostrado – 5 Siempre demostrado

Indicadores	Valor Inicial	Valor Final	Valor Ideal
[50207] Pérdidas de orina entre micciones	2	4	5
[50221] Utiliza estrategias de entrenamiento de la vejiga	1	5	5

○ DE V: [00126] Conocimientos deficientes → PCF

➤ **Objetivo (NOC): [3012] Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza**

Tabla 23. Valoración final de indicadores. (NOC): [3012] Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 18. Grado de percepción de expectativas positivas

1 No del todo satisfecho – 5 Completamente satisfecho

Indicadores	Valor Inicial	Valor Final	Valor Ideal
[301223] Explicación de los cuidados de enfermería	1	5	5
[301220] Calidad del material educativo proporcionado	1	5	5

➤ **Objetivo (NOC): [1806] Conocimientos: recursos sanitarios**

Tabla 24. Valoración final de indicadores. (NOC): [1806] Conocimientos: recursos sanitarios. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 20. Grado de información cognitiva que comprende

1 Ningún conocimiento – 5 Conocimiento extenso

Indicadores	Valor Inicial	Valor Final	Valor Ideal
[180607] Recursos sociales de ayuda disponible	1	5	5

○ DE VI: [00061] Cansancio del rol del cuidador → PCF

➤ **Objetivo (NOC): [1211] Nivel de ansiedad**

Tabla 25. Valoración final de indicadores. (NOC): [1211] Nivel de ansiedad. Elaboración propia.

ESCALA 14. Grado de un estado o respuesta negativo o adverso

1 Grave – 5 Ninguno

Indicadores	Valor Inicial	Valor Final	Valor Ideal
[121117] Ansiedad verbalizada	2	4	5
[121134] Exceso de preocupación	2	4	5
[121140] Dificultad para relajarse	1	4	5

➤ **Objetivo (NOC): [1302] Afrontamiento de problemas**

Tabla 26. Valoración final de indicadores. (NOC): [1302] Afrontamiento de problemas. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta

1 Nunca demostrado – 5 Siempre demostrado

Indicadores	Valor Inicial	Valor Final	Valor Ideal
[130210] Adopta conductas para reducir el estrés	1	4	5

➤ **Objetivo (NOC): [1501] Desempeño del rol**

Tabla 27. Valoración final de indicadores. (NOC): [1501] Desempeño del rol. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 06. Grado de suficiencia de cantidad o calidad para conseguir un estado deseado
1 Inadecuado – 5 Completamente adecuado

Indicadores	Valor Inicial	Valor Final	Valor Ideal
[150101] Desempeño de las expectativas del rol	2	4	5
[150108] Descripción de los cambios de rol con ancianos dependientes	3	4	5

➤ **Objetivo (NOC): [1212] Nivel de estrés**

Tabla 28. Valoración final de indicadores. (NOC): [1212] Nivel de estrés. Fuente: Elaboración propia.

ESCALA 14. Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
1 Grave – 5 Ninguno

Indicadores	Valor Inicial	Valor Final	Valor Ideal
[121205] Aumento de la tensión muscular en el cuello, hombros y espalda	3	4	5
[121220] Irritabilidad	2	4	5

7. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

En el abordaje de estos casos clínicos, hemos podido comprobar la relación entre una mujer que es cuidadora principal y la persona mayor dependiente cuidada, que es su madre. A través del Proceso de Atención de Enfermería hemos podido elaborar un Plan de Cuidados para abordar las necesidades que presentaban estas personas. Así, hemos llevado a cabo lo siguiente:

Para la PMD hemos fomentado una dieta saludable y su participación en la actividad física con el objetivo de que esta gane más autonomía y requiera de menor atención por parte de la PCF. Para la cuidadora familiar se ha recomendado manejar aquellas emociones ligadas al rol del cuidador como la ansiedad y el estrés, ello ha permitido el desempeño de dicho rol con menor percepción de carga del cuidado para la misma y por tanto una mejor calidad de los cuidados prestados.

Tras la realización de este proceso y la obtención de los resultados reflejados en este trabajo, podemos comprobar la implicación que tiene la enfermería dentro del campo de los Cuidados Familiares de Personas Mayores Dependientes. Se puede observar que con intervenciones básicas enfermeras se pueden conseguir grandes mejoras. Es por ello que debemos acercar nuestro servicio a este colectivo tan necesario por la importancia de

su labor a nivel social, pues son las Personas Cuidadoras Familiares las responsables de que muchos de nuestros mayores tengan una mejor calidad de vida y estén bien atendidos suponiendo esto una descarga de trabajo para el Sistema Sanitario. Por tanto, se debe ver el papel del cuidador como otra pieza más del puzzle, como un compañero en el cuidado de los mayores dependientes y estar en continuo contacto con ellos facilitando el desempeño de su rol. Se ve necesario no descuidar por parte de la enfermería esta pieza fundamental que son las PCF, pues como demuestran varios estudios son cada vez más las personas cuidadoras de familiares mayores dependientes las que padecen altos niveles de sobrecarga subjetiva, ansiedad y/o síntomas depresivos. Es por ello que se cree necesario abordar este tema, visibilizarlo y darle mayor importancia acercando nuestra atención profesional a este colectivo.

Se considera oportuno que un buen modo de conocer la situación de las Personas Cuidadoras Familiares es mediante este tipo de trabajo, un caso clínico. De este modo, acercándonos a esta primera línea, podemos conocer verdaderamente lo que supone el papel del cuidador familiar.

8. CONCLUSIÓN.

Como se puede observar mediante este caso clínico, se debe concluir que toda intervención que mejore la salud, tanto de la PMD como de la PCF, no solo permitirá una mejor calidad de vida en ellas, sino también una mayor calidad de los cuidados, así como la continuidad de los mismos durante más tiempo.

En este caso clínico, para la PCF se consigue disminuir el nivel de sobrecarga trabajando la ansiedad y el estrés y mejorando en el afrontamiento de problemas. Además, tras proporcionarle los conocimientos y habilidades adecuadas y adaptadas a su caso, la PCF ha llegado a referir en la evaluación final del Plan de Cuidados que se sentía más segura y con mayor confianza para continuar desempeñando su rol y que la carga subjetiva que suponía el cuidado había disminuido. También se ha conseguido disminuir esa sobrecarga del cuidador trabajando con la PMD. Para está se ha logrado una mayor autonomía ganando mayor movilidad y siendo más activa en la participación de la terapia de ejercicios.

Teniendo en cuenta estos resultados obtenidos, podríamos concluir que los profesionales de la salud debemos prestar atención a los cuidadores familiares de personas mayores dependientes con más antelación, es decir, hacer prevención. De este modo los profesionales podremos planificar las intervenciones más adecuadas para promover la

salud emocional de las PCF y prevenir las consecuencias negativas que puedan conllevar este rol.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. 1 de octubre de 2022 [Consultado 18 de febrero de 2023]. Envejecimiento y salud [2 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Vidal Domínguez, M. J., Labeaga Azcona, J.M., Casado Durandez, P., Madrigal Muñoz, A., López Doblas, J., Montero Navarro, A. et al. INFORME 2016. Las personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas [Internet]. 2017 [Consultado 18 de febrero de 2023]. Disponible en: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/msan0206.dir/msan0206.pdf
3. Del-Pino-Casado, R. Factores Culturales y Sobrecarga Subjetiva en el Cuidado Familiar de Mayores Dependientes [tesis doctoral]. Universidad de Jaén; 2013.
4. Sánchez Fierro, J. Libro Verde sobre la Dependencia en España. Majadahonda (Madrid): Ergón; 2004.
5. López Martínez, C. Sentido de Coherencia, Sobrecarga subjetiva, Ansiedad y Síntomas depresivos en Personas Cuidadoras de Familiares [tesis doctoral]. Universidad de Jaén; 2019.
6. Esperanza Catalán, C. Discapacidad y dependencia en España Informes Portal Mayores [Internet]. 2011 [Consultado 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>
7. Moreno Cámara, S. Necesidades y Problemas de las Personas Cuidadoras Familiares de Mayores con Demencia/Enfermedad de Alzheimer: un estudio cualitativo [tesis doctoral]. Universidad de Jaén; 2019.
8. Crespo, M., & López, J. El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. Madrid: Pirámide; 2007.
9. Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., María Begiristáin, J., José Valderrama, M., & Arregi, B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género [Internet]. 2008 [Consultado 18 de febrero de 2023]; 22(5): 443-450. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008

10. López Gil, M.J., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., & Alonso Moreno, F.J. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud [Internet]. 2009 [Consultado 18 de febrero de 2023]; 2(7): 332-339. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004
11. Lawton, M.P., Moss, M., Kleban, M.H., Glicksman, A., & Rovine, M. A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being [Internet]. 1991 [Consultado 18 de febrero de 2023]; 46(4): 181-189. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2071844/>
12. NNNConsult [Internet]. Elsevier [Consultado 18 de febrero de 2023]; 2(7): 332-339. Disponible en: <https://www--nnnconsult--com.ujaen.debiblio.com>
13. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. [Consultado 18 de febrero de 2023]. Depresión [2 pantallas]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1
14. Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza Bueno, M. & Martín, U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit [Internet]. 2020 [Consultado 12 de abril de 2023]; 34(S1): 61-67. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301813>
15. García Calvente, M. d. M., & Del Río Lozano, M. El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿Cuidamos a quienes cuidan? Actas de la Dependencia [Internet]. 2012 [Consultado 18 de febrero de 2023]; 2(6): 99-177. Disponible en: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/7_cuidadoinformal.pdf
16. Castillo, M., Lleopart, T. & Ezquerro, S. El cuidado informal en tiempos de crisis. Análisis desde la perspectiva enfermera. Enfermería global [Internet]. 2018 [Consultado 17 de abril de 2023]; 17(50): 515-541. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000200515
17. García Cueto, B., & García Martínez, C. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. RqR Enfermería Comunitaria [Internet]. 2017 [Consultado 18 de febrero de 2023]; 5(3): 30-44.
18. Yonte Huete, F., Yonte Huete, M. B., & Meneses Jiménez, M.T. Perfil emocional y social del cuidador principal de pacientes inmovilizados en un entorno rural. Nure Inv [Internet]. 2012 [Consultado 18 de febrero de 2023]; (57): 1-18. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/570/559>

19. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia [sede Web]. Boletín Oficial del Estado, número 299; 15 de diciembre de 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
20. Martínez López, M.A., Pérez Constantino, M. & Montelongo Meneses, P.P. Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. Enfermería Universitaria [Internet]. 2014 [Consultado 17 de abril de 2023]; 11(1): 36-43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314726624>
21. Jara, V. & Castro, J. Desarrollo de juicio clínico con mapas conceptuales de cuidado: experiencia de estudiantes de enfermería. Enfermería universitaria [Internet] 2017 [Consultado 17 de abril de 2023]; 14(4): 259-265. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300684>
22. Bellido Vallejo, J.C. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. Inquietudes [Internet]. 2006 [Consultado 3 de marzo de 2023]; (35): 21-29. Disponible en: http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35_articulo_21_29-0707.pdf
23. Godoy Bugallo, I., & Castro Millán, P. Modelo Area (Análisis del resultado del estado actual): Ventajas del trabajo en Red para visualizar el diagnóstico o problema prioritario teniendo en cuenta todo el contexto holístico del paciente. Revista Ágora de enfermería [Internet]. 2007 [Consultado 3 de marzo de 2023]; 11(1): 1074-1077. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2258993>
24. De Taborda, A.R. Proceso de atención de enfermería. Investigación y educación en enfermería [Internet] 1999 [Consultado 23 de abril de 2023]; 17(2): 79-93. Disponible en: <file:///C:/Users/Portatil/Downloads/Dialnet-ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-5331980.pdf>
25. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Segunda Edición. Sevilla. 2004.
26. Escalas de cuantificación del dolor y su importancia en pacientes críticos [sede Web]. Tecne y Medeos [Consultado 3 de marzo de 2023]. Escala Verbal Numérica (EVN) [6 pantallas]. Disponible en: <https://techneymedeos.com/escalas-de-cuantificacion-del-dolor-y-su-importancia-en-pacientes-criticos/>

10. ANEXOS

Anexo 1. Escala de Norton.

ESCALA DE NORTON. VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR DECUBITO

Población diana: población general hospitalizada y que vive en la comunidad. Se trata de un cuestionario heteroadministrado de 5 ítems (estado físico general, el estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia) cuya puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno, con un rango total de la escala 1-20. Un total de 14 puntos o más bajo nos indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas (Cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor).

Punt.	ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
1	Muy malo Nutrición: persona que realiza una comida diaria. Toma un tercio del menú. Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento. Temperatura corporal: >38,5°C y < 35,5°C Ingesta de líquidos: <500 ml/día (< de 3 vasos)	Estuporoso y/o comatoso Desorientación en tiempo, lugar y personas. Despierta sólo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto. Comatoso: ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja.	Encamado Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total). Precisa de ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse, etc).	Inmóvil Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.	Urinaria y fecal No controla ninguno de sus esfínteres.
2	Pobre Nutrición: persona que realiza dos comidas diarias. Toma la mitad del menú. Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Temperatura corporal: 37,5°C a 38°C Ingesta de líquidos: 500 a 1.000 ml/día (3-4 vasos)	Confuso Inquieto, agresivo, irritable, dormido. Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos. Cuando despierta responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo. Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse. Intermitente desorientación en tiempo, lugar y personas.	Sentado La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón. La persona precisa de ayuda humana y/o mecánica.	Muy limitada Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.	Urinaria o fecal No controla uno de los esfínteres permanentemente.
3	Mediano Nutrición: persona que realiza dos comidas diarias. Toma la mitad del menú. Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Temperatura corporal: 37°C a 37,5°C Ingesta de líquidos: 1000 a 1.500 ml/día (5-7 vasos)	Apático Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado. Obedece órdenes sencillas. Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.	Camina con ayuda La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas).	Disminuida Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.	Ocasional No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.

4	Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna
	Nutrición: persona que realiza cuatro comidas diarias. Toma todo el menú Hidratación: peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento Temperatura corporal: 36°C a 37°C Ingesta de líquidos: 1.500 a 2.000 ml/día (8-10 vasos)	Paciente orientado en tiempo, lugar y personas Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles Comprende la información	Independiente total No necesita depender de otra persona Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis	Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla	Control de ambos esfínteres Implantación de una sonda vesical y control de esfínter anal
					
					TOTAL 

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Segunda Edición. Sevilla. 2004.

Anexo 2. Cuestionario de Valoración de Incontinencia Urinaria – Mujeres.

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA		
Mujeres:		
a.- ¿Tiene sensación de peso en la zona genital ?	Sí	No
b.- ¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina ?	Sí	No
c.- ¿Cuando ríe se le escapa la orina ?	Sí	No
d.- ¿Si estornuda se le escapa la orina ?	Sí	No
e.- ¿Al toser se le escapa la orina ?	Sí	No
La respuesta afirmativa de al menos 4 de estas preguntas tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia de esfuerzo del 77,2%		
f.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿ entra en un bar y, si el servicio está ocupado, se le escapa la orina ?	Sí	No
g.- Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	Sí	No
h.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	Sí	No
i.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	Sí	No
La respuesta afirmativa de al menos 3 de estas preguntas tiene un valor predictivo positivo en la mujer para incontinencia de urgencia del 57,6%		

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Segunda Edición. Sevilla. 2004.

Anexo 3. Escala de Riesgo de Caídas Múltiples.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MÚLTIPLES

Población diana: Población de 65 años o más en el ámbito comunitario. El ítem "caídas previas" se presenta cuando se han presentado caídas en los últimos 12 meses, el ítem "problemas visuales" se considera presente cuando la persona es capaz de reconocer una cara a cuatro metros de distancia, con gafas o lentillas si las usan, y el ítem "Limitación funcional" se considera presente cuando la persona manifiesta dificultades para realizar 2 de las siguientes actividades: subir escaleras, uso de vehículo propio o público, y/o cortarse las uñas de los pies. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 15 puntos. El punto de corte se sitúa en 7, donde 7 o más puntos indican un riesgo mayor de caídas múltiples.

Factores Predictivos	Valor	Puntos
Caídas previas	5	
Incontinencia urinaria	3	
Problemas visuales	4	
Limitación funcional	3	
Total		

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Segunda Edición. Sevilla. 2004.

Anexo 4. Índice de Barthel.

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- INDICE DE BARTHEL -

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 se 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

Deambulaci3n

15	Independiente	puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, 3tc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela s3lo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (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 supervisi3n,. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, 3tc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	supervisi3n f3sica o verbal
0	Dependiente	incapaz de salvar escalones. Necesita alzado (ascensor)

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejer3a de Salud. Junta de Andaluc3a. Cuestionarios, test e 3ndices para la valoraci3n del paciente. Segunda Edici3n. Sevilla. 2004.

Anexo 5. Escala de Lawton y Brody.

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

A. Capacidad de usar el tel3fono

Puntos

Utiliza el tel3fono por iniciativa propia, busca y marca los n3meros, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos n3meros conocidos	1
Es capaz de contestar el tel3fono, pero no de marcar	1
No utiliza el tel3fono en absoluto	0

B. Ir de compras

Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente peque1as compras	0
Necesita ir acompa1ado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0

C. Preparaci3n de la comida

Organiza, prepara y sirve las comidas por s3 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

D. 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 camas.	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0

E. 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

F. 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

G. 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 separadas	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0

H. Manejo de asuntos económicos

Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco, ...	1
Incapaz de manejar dinero.	0

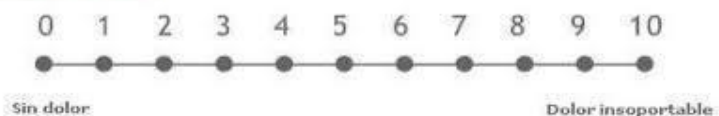
Total _____

Independencia: 8. Máxima dependencia: 0 puntos.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Segunda Edición. Sevilla. 2004.

Anexo 6. Escala Numérica del Dolor.

Escala numérica



Fuente: Tecne y Medeos. Escalas de cuantificación del dolor y su importancia en pacientes críticos.

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

1. ¿Qué día es hoy? -día, mes, año-
 2. ¿Qué día de la semana es hoy?
 3. ¿Dónde estamos ahora?
 4. ¿Cuál es su número de teléfono?
4.A ¿cuál es su dirección? -preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-
 5. ¿Cuántos años tiene?
 6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-
 7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
 8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
 9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
 10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.
- El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Segunda Edición. Sevilla. 2004.



“GUIA DE VALORACIÓN DE DUDAS Y DIFICULTADES EN EL CUIDADO DE UN FAMILIAR DEPENDIENTE”

Frías-Osuna, A.; Moreno-Cámara, S.; Liébana-Fernández, JL; Palomino Mora, P.A.
Departamento Enfermería. Universidad de Jaén

Valorar mediante preguntas abiertas los **conocimientos, destrezas, dudas y dificultades** que la persona cuidadora familiar tiene sobre los cuidados que presta o debería prestar a la persona dependiente. Anotar las dudas o dificultades de la cuidadora en cada una de las siguientes necesidades:

Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en:

Alimentación: tipo de dieta, preparación, técnica de alimentación, prevención de complicaciones...

Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en:

Eliminación: frecuencia y características, cuidados para la incontinencia, técnicas y ayudas para facilitarla...

Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en:

Higiene: frecuencia y tipo de higiene, técnica de higiene en cama/ducha, higiene bucal...

Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en:

Sueño y descanso: cuidados y técnicas para facilitar el sueño y descanso...

Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en:

Movilidad y ejercicio: técnicas de movilización de pacientes encamados, traslado de cama a sillón, ayudas para andar, ejercicios de movilización, necesidades de ejercicio físico...

Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en:

Seguridad: puntos de riesgo en la vivienda, medidas de seguridad a adoptar, riesgo de caídas, prevención de incendios, intoxicaciones, caídas...



Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en: Síntomas y signos de alarma y actuación ante ellos: posibles complicaciones...
Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en: Manejo de la medicación: dosis y pauta prescrita, efectos secundarios y actuación ante ellos...
Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en: Cuidados de la piel y prevención/tratamiento de heridas crónicas: higiene e hidratación de la piel, técnicas para disminuir la presión, manejo de dispositivos...
Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en: Controles de salud/enfermedad: revisiones periódicas, próximos controles...
Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en: Orientación y relaciones sociales: técnicas de orientación espacio-temporal, relaciones familiares, amigos, ocio...
Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en: Recursos disponibles: ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, residencias, otras prestaciones socio-sanitarias...
Dudas y/o dificultades para ayudar a su familiar en: Otras necesidades o cuidados: según las necesidades de cuidado de la persona dependiente:

Fuente: Departamento Enfermería Universidad de Jaén. Asignatura Enfermería Comunitaria III.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Población diana: Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididos en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave).

Como instrumento de cribado sugerido para detectar problemas de nueva aparición, la puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems positivos y 1, 1, 0, 0 para los ítems negativos.

Como instrumento de cribado sugerido para identificar problemas crónicos, la puntuación (CGHQ) de los ítems positivos se puntúan 0, 0, 1, 1; y los negativos 0,1,1,1. Entonces, el punto de corte se sitúa en 5/6 (caso/no caso).

Los ítems positivos son A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7, y los ítems negativos son el resto

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas.

Muchas gracias.

ÚLTIMAMENTE:

A. Síntomas Somáticos.

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- ☐ Mejor que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Peor que lo habitual
- ☐ Mucho peor que lo habitual

A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual.

A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual.

A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual.

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual.

B. Ansiedad e insomnio.

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual.

B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No mas que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual.

B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No mas que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual.

B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No mas que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual.

C. Disfunción social.

C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- ☐ Más activo que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Bastante menos que lo habitual
- ☐ Mucho menos que lo habitual

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual.

B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual.

B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No mas que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual.

C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- ☐ Menos tiempo que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Más tiempo que lo habitual
- ☐ Mucho más tiempo que lo habitual

C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- ☐ Mejor que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Peor que lo habitual
- ☐ Mucho peor que lo habitual

C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- ☐ Más satisfecho que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Menos satisfecho que lo habitual
- ☐ Mucho menos satisfecho que lo habitual

C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- ☐ Más que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Menos que lo habitual
- ☐ Mucho menos que lo habitual

C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- ☐ Más que lo habitual
- ☐ Igual que lo habitual
- ☐ Menos que lo habitual
- ☐ Mucho menos que lo habitual

D. Depresión grave.

D.1. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- ☐ No, en absoluto
- ☐ No más que lo habitual
- ☐ Bastante más que lo habitual
- ☐ Mucho más que lo habitual

D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- ☐ Claramente, no
- ☐ Me parece que no
- ☐ Se me ha cruzado por la mente
- ☐ Claramente, lo he pensado

PUNTUACIÓN	GHQ	CGHQ
Síntomas somáticos:	☐	☐
Ansiedad-insomnio:	☐	☐
Disfunción social:	☐	☐
Depresión:	☐	☐
PUNTUACIÓN TOTAL	☐	☐

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Segunda Edición. Sevilla. 2004.

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

	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

Los individuos se clasifican en:

- normofuncionales de 7 - 10 puntos
- disfuncionales de 0 - 6
- graves de 0 - 2
- leves de 3 - 6

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Segunda Edición. Sevilla. 2004.

ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR -CUESTIONARIO DE ZARIT-

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.

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

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4

11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	0	1	2	3	4

Puntos de corte:

< 46

No sobrecarga

46-47 a 55-56
> 55-56

Sobrecarga leve
Sobrecarga Intensa

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Segunda Edición. Sevilla. 2004.

Anexo 12. Cuestionario Duke – Unc.

APOYO SOCIAL PERCIBIDO O FUNCIONAL - CUESTIONARIO DUKE-UNC -

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:

- 1: mucho menos de lo que deseo
- 2: menos de lo que deseo
- 3: ni mucho ni poco
- 4: casi como deseo
- 5: tanto como deseo

- 1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares
- 2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- 3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo
- 4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede
- 5.- Recibo amor y afecto
- 6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa
- 7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares
- 8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
- 9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
- 10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida
- 11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32, para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo).

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Segunda Edición. Sevilla. 2004.