

SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA

CAREGIVER'S BURDEN
AMONG DEMENTIA PATIENT

TRABAJO DE FIN DE GRADO 2017

AUTOR: Ángela Garandal Sainz

DIRECTOR: Aroa Delgado Uría

GRADO DE ENFERMERÍA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA CASA SALUD VALDECILLA

ÍNDICE

Resumen	2
Palabras clave	2
Abstract	3
Key words	3
1. Introducción	4
1.1. Justificación del tema	4
1.2. Objetivos.....	5
1.3. Metodología	5
1.4. Capítulos	6
2. Paciente con demencia	7
2.1. Clasificación etiológica.....	7
2.2. Diagnóstico	7
2.3. Demencias más frecuentes.....	8
2.4. Sintomatología según la etapa de la demencia.....	8
2.5. Factores de riesgo y prevención	9
2.6. Enfermería y demencias	9
3. Sobrecarga del cuidador	10
3.1. Perfil del cuidador	10
3.2. Etapas del cuidado.....	11
3.3. Síndrome del ocaso	11
3.4. Cómo medir la sobrecarga del cuidador	12
3.5. Síntomas de sobrecarga	13
3.6. Claudicación familiar	14
4. Papel de la Enfermería en el abordaje de la sobrecarga del cuidador.....	15
4.1. Valoración holística	15
4.2. Trabajo en equipo multidisciplinar.....	15
4.3. Estrategias de actuación.....	16
4.4. Plan de cuidados.....	17
Conclusiones	21
Bibliografía	22
Anexos	28

RESUMEN

El envejecimiento de la población española, la difícil situación económica, la aversión generalizada a los centros de atención a la dependencia y el costumbrismo que pasa de unas generaciones a otras son algunas de las causas que se conjugan provocando que actualmente haya un gran porcentaje de población que recibe cuidados de parte de un colectivo que no cuenta con la formación precisa: los cuidadores informales.

Este perfil de cuidador sufre las consecuencias de la falta de información y de apoyo del ámbito sanitario en su propia salud, no solo a nivel físico, si no también psicológico. Por todo ello, los cuidadores de personas con demencia precisan unos cuidados específicos y, en muchas ocasiones, no ven una salida a su situación por el avance de la enfermedad.

De esta situación se puede deducir que la valoración y captación de los cuidadores informales por parte del equipo de Enfermería es una pieza imprescindible para el desarrollo de unos cuidados óptimos y un estado equilibrado de los cuidadores.

PALABRAS CLAVE

- Cuidadores
- Demencia
- Calidad de vida
- Atención de enfermería

ABSTRACT

Spanish population's ageing, the tough economic situation, the general aversion to the retirement homes and the tradition of caring are the main causes of the high percentage of population that is cared for by people without the accurate training: the informal carers.

The lack of information and Nursing support has physical and psychological consequences in this kind of carer. Consequently, dementia's caregiver require specific care and, in so many cases, the carers do not know how to manage dementia's progression.

We can only conclude that an adequate Nursing's valuation and a recruitment are essential to develop ideal cares and an appropriate carers' health status.

PALABRAS CLAVE

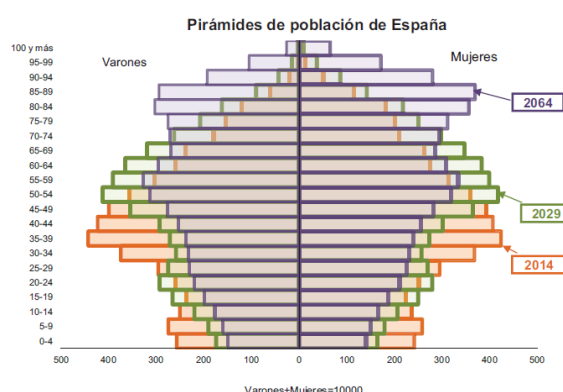
- Carers
- Dementia
- Quality of life
- Nursing care

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

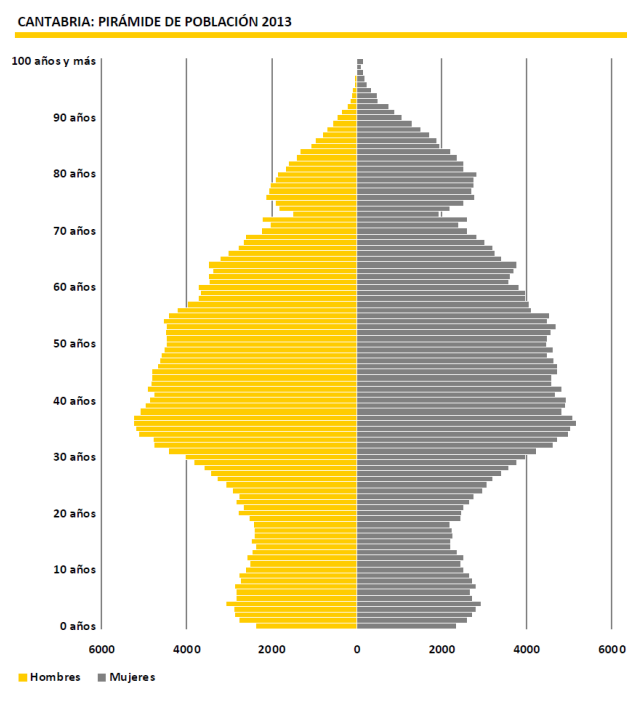
La tendencia poblacional en los países desarrollados como España indica un envejecimiento que se prevé que vaya en aumento en los próximos años. La disminución de la mortalidad y de la natalidad influye en este proceso, lo cual queda reflejado en la forma que adopta la pirámide de población tanto española como cántabra: dicha gráfica adquiere la figura de bulbo o regresiva (imagen 1 y 2)^{1,2}. Como consecuencia de este momento demográfico, encontramos un amplio grupo de personas mayores que comienzan a precisar unos cuidados específicos que, generalmente, son proporcionados por familiares del mismo o del siguiente grupo de edad.

Imagen 1: pirámide poblacional España



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas³

Imagen 2: pirámide poblacional Cantabria



Fuente: Servicios Sociales Cantabria⁴

Con el desarrollo de los acontecimientos políticos y sociales de España, el grupo de población envejecida se enfrenta día a día a múltiples desafíos socioeconómicos y, en consecuencia, su salud se ve afectada⁵.

Las demencias suponen uno de los síndromes geriátricos más relevantes, cuya incidencia se eleva considerablemente en personas mayores de 65 años y afecta a este grupo de edad, que supone un apoyo fundamental en las familias de la sociedad española actual.

El inicio insidioso de esta enfermedad supone una conmoción para la persona y los familiares más cercanos. La falta de información general y las posibles dificultades en la comunicación entre profesionales sanitarios y personas que padecen demencia pueden fomentar una situación de ansiedad, incomodidad e incertidumbre que tiene consecuencias en la salud de aquellos encargados del cuidado del afectado por esta patología.

La implicación de los seres queridos desde un principio asegura el bienestar familiar por lo que es trascendental una valoración inicial adecuada por parte del equipo enfermero. La falta de apoyo de los servicios sanitarios a los cuidadores informales tiene una única consecuencia, la acentuación del estado de sobrecarga⁶.

El interés de esta monografía es enfocar los cuidados de enfermería, en colaboración con otros profesionales sanitarios, hacia los cuidadores informales de manera realista y factible con el fin de aplicar los conocimientos sobre el tema en la práctica. Es una oportunidad para sensibilizar sobre la propia enfermedad y el estado de salud de las personas que hacen posible el bienestar y el cuidado de muchos pacientes.

1.2. OBJETIVOS

- Objetivo general
 - Identificar al cuidador informal como principal proveedor de cuidados de los pacientes con demencia y desarrollar un abordaje del equipo enfermero que incluya una atención directa y especializada para garantizar el éxito del cuidado.
- Objetivos específicos
 - Describir las características del paciente con demencia que predisponen la situación del cuidador informal
 - Identificar las particularidades físicas y psicológicas del cuidador informal.
 - Establecer una valoración holística efectiva del cuidador informal.
 - Diseñar un Plan de Cuidados de Enfermería orientada al cuidado del cuidador informal

1.3. METODOLOGÍA

El primer paso en la realización de este proyecto es la consulta de los términos DeCS y MeSH; en consecuencia, se escogieron las siguientes palabras clave:

DeCS		MeSH
Cuidadores	←→	Caregivers
Demencia	←→	Dementia
Calidad de vida	←→	Quality of life
Atención de enfermería	←→	Nursing care

Se han efectuado varias búsquedas con combinaciones de las anteriores palabras clave utilizando el operador booleano "AND" para la formación del criterio de búsqueda. Las bases de datos que se han consultado son PubMed, CUIDEN, SciELO y Google Académico, a las cuales se

ha obtenido acceso a través de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria. Se han seleccionado los filtros 5 años de antigüedad del artículo y en los idiomas español e inglés para refinar la búsqueda. De los resultados se obtuvieron 35 artículos válidos seleccionados por medio de la lectura de los mismos.

Con el fin de perfilar la investigación y completar la búsqueda bibliográfica, se han empleado guías oficiales del Ministerio de Sanidad Español y del Gobierno de Cantabria, así como consultas en la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, en la Organización Mundial de la Salud y en la Sociedad Científica de Enfermería Comunitaria Cántabra.

1.4. CAPÍTULOS

La monografía se estructura en una serie de capítulos para abordar todos los aspectos imprescindibles de este problema de salud. A continuación se explican los principales contenidos de dichos capítulos.

Primer capítulo

Se aborda el tema de la demencia con el fin de aclarar términos ya que, como enfermedad mental, se tiende a estigmatizar y cosificar a los pacientes y a deshumanizar los cuidados. También se pretende remarcar la presencia de esta enfermedad en nuestra sociedad, así como la tendencia de la misma en los próximos años. Por último, este capítulo se erige como introducción y guía para comprender la situación del cuidador informal.

Segundo capítulo

Se define la figura de cuidador informal y el término de sobrecarga, así como los signos y síntomas más comunes que no deben pasar inadvertidos en una buena valoración multidisciplinar y las escalas de valoración más empleadas según especificidad y sensibilidad. Se establece un conjunto de ideas que sirven para identificar casos de sobrecarga del cuidador y algunas de las situaciones críticas a las que se enfrentan los cuidadores.

Tercer capítulo

En este último capítulo se trata el tema desde la perspectiva enfermera y la necesidad de actuación de un buen equipo de trabajo multidisciplinar. La captación es el paso más difícil y fundamental en esta situación, por lo que también se abordarán nuevas estrategias de apoyo a las familias y un plan de cuidados específico para el cuidador.

2. CAPÍTULO 1: PACIENTE CON DEMENCIA

La demencia es una enfermedad crónica y progresiva que afecta a la capacidad cognitiva del individuo. El envejecimiento de la población sugiere un incremento de las cifras que plasman la prevalencia de la enfermedad; además, el gasto sanitario producido por las demencias supera al de otras patologías como el cáncer, el virus de inmunodeficiencia humana, las enfermedades vasculares o cualquier otro síndrome geriátrico⁷.

2.1. CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA

Las demencias se pueden clasificar de múltiples formas, sin embargo, la siguiente catalogación es una de las más frecuentes y amplias a nivel informativo.

La **demencia degenerativa** es aquella que aparece como manifestación clínica predominante, en personas mayores de 65 años y de manera insidiosa. Por otro lado, **las demencias secundarias** no tienen origen en los trastornos neurológicos si no en otras patologías que pueden desarrollar una demencia en su progreso⁸.

Demencias degenerativas o primarias:

- Enfermedad de alzheimer
- Demencia por cuerpos de lewy
- Demencia fronto-temporal
- Enfermedad de Huntington

Demencias secundarias

- Vascular
- Hidrocefalia a presión normal
- Demencia por priones
- Lesiones tumorales
- Trastornos tiroideos
- Déficit vitamínico
- Alcoholismo

Demencias mixtas

- Vascular y degenerativa

2.2. DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico temprano permite ofrecer a los pacientes unos cuidados adecuados a su situación. Para ello, es necesario seguir las evidencias y criterios diagnósticos.

Los criterios indispensables para la definición de la demencia según el DSM V son los siguientes⁹:

1. La manifestación por parte de la propia persona o por medio de un método de evaluación validado de una degeneración cognitiva respecto a su estado previo “*en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social)*”⁹.
2. La autonomía está conservada en las demencias leves, sin embargo, en trastornos neurocognitivos mayores la pérdida de autonomía y repercusión en la rutina de la persona es objetivable.
3. Permanencia en el tiempo, lo cual permite diferenciarlo de un síndrome confusional.
4. No cumple los criterios de otro diagnóstico neurocognitivo.

2.3. DEMENCIAS MÁS FRECUENTES

2.3.1. ALZHEIMER

El alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva caracterizada por depósitos (también llamados placas) de las proteínas beta amiloide y ovillos de tau que causan la degeneración cerebral hasta provocar una dependencia total del individuo para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Supone hasta un 70% de los casos de demencia y se ven comprometidas la memoria y la capacidad cognitiva, lo cual supone un agotamiento considerable tanto en el paciente como en el cuidador⁹.

2.3.2. DEMENCIA VASCULAR

Es aquella secundaria a una enfermedad cerebrovascular presente en la valoración (exploración física y/o anamnesis) y confirmada mediante pruebas de imagen que muestren lesión parenquimatosa⁹.

La demencia vascular está clasificada como secundaria, es decir, su origen está en otra enfermedad cerebrovascular. Se ve afectada la velocidad de procesamiento y la atención compleja. Puede llegar a constituir hasta el 27% de los casos.

2.3.3. DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY

Se produce por la acumulación de los cuerpos de lewy y cursa con la siguiente sintomatología: alucinaciones visuales vívidas, dificultad en la marcha que se asocia a síntomas de tipo parkinsoniano posterior al inicio de la demencia, alteración del sueño REM y sensibilidad a los fármacos neurolépticos⁹.

Representa entre el 10-15% de los casos. También se ve alterado el estado de la consciencia ya que oscila entre estados de atención y estados de alerta.

2.3.4. DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

Es aquella demencia en la que se observa afectación en el lóbulo frontal y/o temporal y que cursa con desinhibición, apatía, compulsividad, ritualismo e hiperoralidad⁹.

Este tipo de demencia no cuenta con porcentajes exactos debido a la dificultad de definir claramente cada demencia⁸.

2.4. SINTOMATOLOGÍA SEGÚN LA ETAPA DE LA DEMENCIA

- **Etapa temprana:** propensión a olvidos, desorientación espaciotemporal, comienzo de ligera dependencia para las actividades básicas para la vida diaria. También es frecuente la dificultad para estructurar las tareas y el propio tiempo.
- **Etapa intermedia:** acentuación de los signos y síntomas anteriores, aumento de la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y compromiso del lenguaje verbal. Tendencia al abandono de las actividades sociales y ociosas.
- **Etapa tardía:** empeoramiento de la situación anterior, imposibilidad para reconocer a personas de su entorno. En el final de esta última fase, la persona experimenta un notable deterioro que se identifica por incontinencia doble, disfagia, caquexia y una característica posición fetal con una marcada rigidez.

A lo largo de la evolución de cualquier demencia pueden surgir otros síntomas comunes como la afasia, apraxia y agnosia, así como, síntomas conductuales y labilidad emocional⁷.

2.5. FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

No hay estudios que muestren claramente cuáles son los factores de riesgo para desarrollar una demencia, aunque hay algunas características que pueden predisponer a padecerla. La edad es un factor clave debido al envejecimiento del organismo y que favorece la aparición de la enfermedad; entre las personas mayores de 65 años es donde encontramos la mayoría de los casos. Además, la presencia de alzheimer en familiares directos aumenta las posibilidades ya que tiene un componente genético; estas son causas no modificables. Otro tipo de enfermedades también pueden contribuir a desarrollar una demencia en el futuro, alguno de estos ejemplos son el deterioro cognitivo leve y otras patologías mentales. Las enfermedades vasculares, sedentarismo y el tabaquismo se clasificarían dentro de las causas modificables^{7, 10, 11}.

En cuanto a la prevención encontramos la misma falta de información que impide establecer planes de prevención. Sin embargo, el envejecimiento activo¹², que incluye actividad física y mental, alimentación equilibrada, no fumar y actitud positiva, es un pilar clave en la prevención y la ralentización del progreso de esta enfermedad¹³.

2.6. ENFERMERÍA Y DEMENCIAS

El trabajo en equipo tiene como objetivo detectar casos precozmente.

La enfermería comunitaria (respaldada por los profesionales sanitarios de todos los ámbitos) puede incidir sobre la prevención de enfermedades vasculares, la promoción de la actividad física y el fomento de la deshabituación tabáquica, es decir, actuar con el paciente sobre los factores de riesgo modificables anteriormente citados¹³.

Para ello el equipo multidisciplinar lleva a cabo una serie de actividades como la entrevista con el paciente y la familia en su entorno social, la exploración física o tests neuropsicológicos como el Mini Examen Cognoscitivo (MEC), Pfeiffer y reloj. Los indicios encontrados han de ser comprobados con pruebas de imagen¹⁴.

En las primeras fases, la enfermería debe recomendar actividades para fomentar la actividad cognitiva, así como acciones que lleven a mejorar la adaptación a este cambio. La estimulación para la mejora de la comunicación y el afrontamiento de comportamientos disruptivos son clave en el trabajo enfermero con pacientes con demencia, así como la recomendación de los recursos sociales para pacientes y familiares.

La implicación de la familia es fundamental ya que es una fuente secundaria de información y la participación en los cuidados favorece la comodidad del paciente con demencia; debemos tener en cuenta que los familiares y cuidadores también sufren un proceso de adaptación a la enfermedad y que es imprescindible una comunicación asertiva y una escucha activa para optimizar la relación con el cuidador informal.

Proporcionar estrategias y actividades tanto para el paciente con demencia como para el cuidador ayuda a frenar la evolución de la enfermedad y a prevenir la aparición de los síntomas de agotamiento.

3. CAPÍTULO 2: SOBRECARGA DEL CUIDADOR

El cuidador informal es la persona que asume la realización de las actividades básicas de la vida diaria que otra persona no es capaz de llevar a cabo debido a su enfermedad; generalmente la relación cuidador-enfermo se produce en un entorno familiar y no se recibe remuneración por ello^{15, 16}.

Según los estudios, los cuidados recibidos por los enfermos de Alzheimer son proporcionados por su familia, es decir, un cuidador informal, en el 50% de los casos; sin embargo los servicios sociosanitarios solo suponen el 3% de esos cuidados¹⁷.

La sobrecarga del cuidador es un síndrome que afecta a diversas dimensiones de la persona: física, psicológica, emocional, familiar y laboral.

La sobrecarga se puede clasificar de la siguiente manera ¹⁶⁻¹⁸:

- Objetiva: medida mediante tareas realizadas, las horas y carga física que implican las mismas
- Subjetiva: la percepción que manifiesta el cuidador en cuanto a las actividades que realiza.

3.1. PERFIL DEL CUIDADOR

Las características del cuidador implican distintos aspectos de la vida y, aunque pueden variar, los estudios indican una serie de rasgos comunes que incluyen:

- Género
- Nivel educativo
- Estado civil
- Parentesco
- Raza

Las personas con demencia que viven en la comunidad son cuidadas por un miembro de la familia (mayoritariamente familiar directo), el cual suele ser la mujer, la hija o la nuera.

Debido al desarrollo de la enfermedad y al grupo de edad del que se trata, las cónyuges, con una media de edad entorno a los 70 años, son las cuidadoras en fases más tempranas de la demencia, sin embargo, en la etapa tardía, son las hijas, sobre los 50 años, las encargadas del cuidado del familiar^{19, 20}.

En el caso de las esposas, su visión y afrontamiento de la enfermedad tiende a ser más positiva, mientras que las hijas suelen ser más negativas sobre los aspectos de la enfermedad; tal vez haya una correlación entre este hecho y el nivel educativo de dos generaciones²¹⁻²³.

Los estudios reflejan que la raza caucásica tiende a desarrollar con mayor facilidad el síndrome de agotamiento^{16, 24}.

Además se ha de tener en cuenta el entorno del paciente y el familiar ya que vivir en un área urbana proporciona facilidades en cuanto a transporte y disponibilidad de recursos, sin embargo el apoyo familiar al cuidador es mayor en las zonas rurales²⁵.

Las cuidadoras comparten el domicilio con el familiar con demencia. Las hijas trasladan a su familiar a su domicilio para poder ofrecer unos cuidados más centrados en la persona. Además suelen estar casadas y en un entorno familiar estable. En muchos casos, la situación laboral del cuidador no es favorable debido a la falta de trabajo (inactividad, paro, etc)^{19, 26, 27}.

3.2. ETAPAS DEL CUIDADO

Cada cuidador puede afrontar su nuevo rol de forma muy diferente (según su situación social y/o económica, la red de apoyo alrededor del enfermo con demencia, etc), pero generalmente el cuidado sigue las siguientes fases^{22, 28}:

- **ETAPA DE NEGACIÓN DEL PROBLEMA**: afrontar la cronicidad y el avance de esta enfermedad en un familiar puede suponer la negación de la misma por la impotencia al ver la pérdida de capacidades que se produce.
La enfermería debe definirse como un sistema de apoyo, valorando la situación inicial del cuidador y ofreciendo información en los momentos en los que esté más receptivo; el objetivo principal es crear una relación terapéutica efectiva que se base en la confianza.
- **ETAPA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN**: el comienzo de la asimilación de la enfermedad conlleva la búsqueda de recursos a nivel informativo y asistencial.
En esta etapa, el profesional enfermero ha de valorar los conocimientos del cuidador y ser la fuente fiable que precisa, proporcionando no solo datos sobre la demencia, la sobrecarga y las estrategias de afrontamiento del estrés, si no también sobre los recursos sociosanitarios disponibles.
- **ETAPA DE ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS**: comienzan a conocer la enfermedad en profundidad y las estrategias, por lo que son capaces de empezar a organizar los cuidados en función del estado del familiar.
Se han de reforzar las técnicas para evitar los síntomas de agotamiento, revisar los cuidados con el cuidador fomentando su autonomía en la toma de decisiones.
- **ETAPA DE ADAPTACIÓN**: los cuidadores son capaces de responder de manera efectiva a las necesidades del enfermo. Pueden llegar a estabilizarse en esta situación y se perfila como el objetivo a lograr con los cuidadores informales.
Gracias a la relación establecida en los primeros momentos de la enfermedad, la enfermería debe fomentar la actuación del cuidador y la búsqueda de información para cubrir las curiosidades del mismo.

Dependiendo de las estrategias aprendidas y de la capacidad de manejo de la enfermedad, cada cuidador puede encontrarse (e incluso estancarse) en cualquier etapa de las descritas en este apartado. Por ello es de vital importancia establecer un plan de cuidados de enfermería para abordar al cuidador en cada etapa.

3.3. SÍNDROME DEL OCASO

El síndrome del ocaso es un término que no constituye una etiqueta diagnóstica en el DSM V, sin embargo, describe un momento de la enfermedad del familiar conflictivo para el estado del cuidador. En primer lugar, se describirá el síndrome sufrido por el enfermo con demencia para después relacionar dicho estado con un empeoramiento en la sobrecarga del cuidador.

Una característica imprescindible para el reconocimiento del síndrome del ocaso es el momento del día en el que ocurre, y como su propio nombre indica, las conductas disruptivas aparecen en el anochecer.

La causa real que desencadena este síndrome se desconoce pero se pueden objetivar una serie de síntomas comunes que incluyen:

- Agitación
- Ansiedad
- Conductas agresivas
- Confrontaciones

- Resistencia a la reconducción verbal.
- Confusión y desorientación
- Alucinaciones visuales y auditivas.
- Gritos y musitaciones.

En consecuencia a esta sobreactividad nocturna, los pacientes compensan el insomnio con el sueño diurno, lo cual supone una alteración del ritmo de sueño-vigilia que favorece el síndrome. Además, el trato entre cuidador y enfermo se recrudece por los cambios de humor, la conducta suspicaz y las constantes demandas de atención de este último. Por último, las probabilidades de sufrir una caída se ven aumentadas debido a este estado de confusión.

Supone un reto para los cuidadores ya que no siempre disponen de conocimientos suficientes para afrontar la situación. Además, es un momento del día en el que el cuidador se dispone a descansar, por lo que atender las necesidades de su familiar le imposibilita poder hacerlo correctamente. Esto comienza un ciclo de desgaste psicológico y físico que desencadena muchos de los síntomas de la sobrecarga del cuidador.

Algunas técnicas que pueden ser utilizadas para evitar o minimizar el síndrome del ocaso son:

- La práctica de ejercicio moderado dentro de las posibilidades del paciente para disminuir la ansiedad del momento.
- Evitar bebidas energéticas que puedan desencadenar un estado de agitación.
- Llevar a cabo medidas de higiene de sueño.
- Modular la luz para favorecer el retorno al ritmo sueño-vigilia.

Las estrategias para afrontar los síntomas de este síndrome deben ser impartidas desde el entorno sanitario, así como posibles técnicas de relajación para favorecer el descanso del cuidador²⁹⁻³¹.

3.4. CÓMO MEDIR LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Actualmente, los profesionales sanitarios disponen de multitud de escalas de valoración que facilitan esta actividad diaria. De toda la oferta, debemos escoger la adecuada para la situación del **cuidador** teniendo en cuenta la sensibilidad y especificidad de la misma.

En cuanto a la sobrecarga del cuidador, la escala de **Sobrecarga del Cuidador de Zarit** (Caregiver Burden Interview) es una de las herramientas evaluativas de elección que permite conocer la situación del cuidador a través de 22 ítems, en los que se puntúa de 0 (nunca) a 4 (casi siempre) según la frecuencia que se experimenta la situación propuesta (Anexo 1)³². Es autoadministrada y clasifica la sobrecarga en:

- No existe sobrecarga (<46 puntos)
- Sobrecarga leve (47 -55 puntos)
- Sobrecarga intensa (>56 puntos)

Existe una adaptación, la Escala Reducida de Zarit, la cual se ha demostrado ser útil ya que mantiene una sensibilidad y especificidad muy elevadas en el caso de los cuidadores de pacientes con demencia. (Anexo 2)³³.

Además existen instrumentos de medida de síntomas específicos en caso de sobrecarga como por ejemplo el Inventario de Ansiedad de Beck, el Cuestionario de Salud SF-36 y SF-12 y el APGAR familiar. (Anexo 3 - 6)^{34, 35}.

3.5. SÍNTOMAS DE LA SOBRECARGA

Los cuidadores informales se enfrentan a cambios en las relaciones familiares, el estado laboral, la situación económica, el tiempo libre, la salud y el estado del ánimo. A continuación, se clasifican los síntomas en función de los aspectos de la vida del cuidador que se ven afectados:

Síntomas físicos

Comprenden alteraciones como la astenia, alteración del ritmo sueño-vigilia y cefalea tensional; en este aspecto, son síntomas que pueden ser consecuencias unos de otros. Además también presentan problemas a nivel del sistema gastrointestinal, inmune y cardiovascular³⁶.

El cuidador también puede observar una desmejoría en su propio aspecto físico, expresión facial y peso.

Síntomas psíquicos

Como consecuencia de la primera etapa del cuidado, el temor y el enfado por la enfermedad son factores comunes entre los cuidadores. El resultado de un mal afrontamiento es la presencia de estrés, irritabilidad, ansiedad e incluso episodios de depresión mayor. Además la impotencia ante la demencia puede implicar sentimientos de culpa^{19, 37-39}.

También existe el riesgo de automedicación sin ningún tipo de supervisión o de consumo de sustancias tóxicas para paliar los sentimientos de estrés y ansiedad¹⁶.

Problemas familiares

Por un lado podemos encontrar un aumento de los conflictos familiares y, por otro, una incapacidad por parte del cuidador para separarse del familiar por el apego creado y reforzado en esta situación⁴⁰.

Problemas sociales

Los cuidadores pueden presentar sentimientos de aislamiento y soledad, pérdida de tiempo libre, disminución de la actividad social, reducción de la intimidad. Además, puede estar presente una sensación de falta de apoyo general.

Debido a lo explicado en este apartado, la participación en actividades de ocio puede verse afectada por la falta de iniciativa o motivación⁴¹.

Problemas económicos

En función de la situación laboral, puede haber una disminución de los ingresos, así como aumento de los gastos secundarios a la enfermedad^{42, 43}.

Problemas laborales

Incluye absentismo laboral, bajas laborales recurrentes, pérdida del puesto de trabajo y aumento del riesgo de sufrir un accidente laboral^{16, 28, 40, 44 - 46}.

Esta situación puede coexistir con sentimientos positivos por el bienestar que provoca el hecho de ayudar a un familiar; entre los aspectos positivos se encuentran sentirse útil, fuerte e importante, estrechar la relación con el familiar y desarrollar algunas actitudes positivas ante aspectos generales de la vida. El objetivo del cuidador ha de ser reforzar estos aspectos para equilibrar su situación y disminuir el riesgo de sufrir sobrecarga^{15, 47 - 49}.

3.6. CLAUDICACIÓN FAMILIAR

La sobrecarga llevada al extremo y mal gestionada puede resultar en la claudicación del cuidador, es decir, la incapacidad de responder de manera efectiva a las necesidades de su familiar. Este estado intensifica los síntomas antes citados y dificulta la comunicación con el personal sociosanitario.

Una valoración e intervención tempranas supone la prevención de la claudicación familiar. La enfermería ha de trabajar desde las primeras etapas de la demencia con el cuidador para ofrecerle información que evite este resultado¹⁹.

4. CAPÍTULO 3: PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

La enfermería tiene un papel fundamental en la búsqueda de información del cuidador, además los profesionales sanitarios deben incluir al cuidador en las actividades que se realicen con el paciente con demencia ya que cada cambio repercute en el estado de ambos.

4.1. VALORACIÓN HOLÍSTICA

Las bases de la enfermería promueven una valoración biopsicosocial de la persona, por lo que la evaluación del estado del cuidador ha de tener en cuenta los factores que puedan influir en la situación del mismo.

Los signos de alerta que pueden indicar el comienzo del síndrome de sobrecarga son¹⁶:

- Manifestaciones explícitas o implícitas de falta de conocimiento sobre la demencia, los cuidados o los recursos sanitarios disponibles.
- Comprensión errónea de la demencia y/o sus cuidados.
- Problemas psicosociales y/o económicos previos del cuidador.
- Aumento del número de consultas del cuidador por problemas de salud.
- Quejas que refieran síntomas de sobrecarga (anteriormente especificados).
- Demanda de estrategias para mejorar el rol.

Este primer paso de prevención y detección precoz de posibles casos de sobrecarga supone una reacción en cadena, ya que los cuidadores reciben información de manera adecuada en el momento preciso y, en consecuencia, los cuidados son de mayor calidad y se evita el agotamiento del cuidador.

La valoración de enfermería realizada al cuidador permite escoger la intervención más apropiada para las características de este⁵⁰. Según el estado del cuidador, este puede estar receptivo a más información. Se ha de medir también la cantidad de datos que proporcionamos porque el objetivo es aclarar las dudas del cuidador y no fomentar la confusión.

Las consultas del paciente con demencia son el enlace para poder acceder a una valoración del cuidador, por lo que incorporar un apartado para realizar el seguimiento al cuidador en el plan de cuidados del paciente con demencia facilita la captación del cuidador⁵¹.

Para comprobar que el cuidador conoce los aspectos más importantes del desarrollo de la demencia, este sería capaz de exponer los siguientes puntos⁵²:

- Tipo de demencia, tratamiento y cuidados que precise su familiar.
- Los recursos socioeconómicos de los que dispone en caso de necesidad.
- Estrategias para combatir el estrés y las situaciones de crisis de la demencia.
- Técnicas para hacer frente a síntomas propios de la sobrecarga.

4.2. TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

La sobrecarga incluye los factores expuestos en el anterior capítulo de esta monografía por lo que es preciso un trabajo en equipo efectivo para poder atender a los diversos problemas a los que hacen frente los cuidadores.

Desde atención primaria, el médico y el profesional enfermero de referencia junto al trabajador social deben ser la fuente de recursos junto con otros especialistas (internista, neurólogo, etc). Se ha de favorecer la comunicación entre todos los profesionales para conseguir los siguientes objetivos^{16, 53}:

- Aportar conocimientos sobre la demencia y los cuidados.
- Ofrecer estrategias para combatir el estrés.
- Informar sobre recursos sociosanitarios disponibles (ayuda a domicilio, teleasistencia, prestación para adecuación de la vivienda, prestación económica para cuidadores, prestación económica para ayudas técnicas y de movilidad).
- Brindar cuidados necesarios para prevenir y abordar la sobrecarga.

Las intervenciones se han de adaptar a la etapa de la demencia y la etapa del cuidado en la que se encuentren paciente y cuidador con el objetivo de empoderar a ambos^{54, 55}.

En concreto, en la Comunidad Autónoma de Cantabria se han elaborado guías que pueden servir de soporte informativo al equipo de salud para demostrar de manera más visual algunos de los cuidados y autocuidados de paciente y cuidador⁵¹.

4.3. ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

Las estrategias llevadas a cabo se han de basar en los datos recogidos de la valoración por lo cual, gran parte de las actividades deben focalizarse en la información, el consejo y el apoyo. Se debe reforzar la idea de satisfacción al brindar cuidados al familiar con demencia⁵⁶.

Los grupos de apoyo fomentados desde el ámbito de salud comunitaria son una herramienta que se podrían utilizar en la segunda etapa del cuidado (llamada etapa de búsqueda de información), ya que los cuidadores se encuentran en un estadio adecuado para beneficiarse de la totalidad de la intervención educativa y así poder orientar sus cuidados y aplicar estos conocimientos. El fin de dicha intervención es la reducción de las probabilidades de desarrollar síntomas de sobrecarga^{57, 58}.

La introducción de posibles situaciones reales como entrenamiento en los grupos de apoyo con el fin de que los cuidadores busquen estrategias resolutivas eficaces, les prepara para lidiar con las complicaciones de la demencia.

Por otro lado, una demostración visual de técnicas de cuidado que eviten futuros problemas de salud (dolores articulares, de espalda, sobrecarga física...) también sería una fuente de conocimiento interesante para que los cuidadores mejoren y protejan su salud.

Debido al impacto emocional causado por el diagnóstico de la demencia en un familiar, la capacidad para poner en práctica la información recibida se puede ver alterada. Por esta razón, las estrategias para combatir el estrés y las situaciones críticas de la enfermedad no solo han de ser descritas, si no que también el cuidador debe manifestar una habilidad para desarrollar actividades como la relajación, el uso de la estimulación para reconducir las situaciones de crisis, planificar actividades de ocio/distracción y buscar un entorno tranquilo para favorecer el descanso.

La inclusión de las nuevas tecnologías puede formar parte de estas intervenciones, ya que se les puede remitir a páginas web oficiales que les ofrezcan información precisa y fiable^{59, 60}.

Además, la idea de compartir las experiencias vividas con otras personas en la misma situación ayuda entender la enfermedad y el síndrome de sobrecarga, por ello se ha de favorecer una comunicación asertiva entre los integrantes del grupo de apoyo y entre familiares y cuidadores.

4.4. PLAN DE CUIDADOS

La evolución de la enfermería hace que nos planteemos que los aspectos teóricos diseñados sean flexibles para poder adaptarlos al trabajo diario, por ello a continuación se describe un plan de cuidados adaptado a la sobrecarga del cuidador ^{17, 28, 29, 61}.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON DEMENCIA

DXE: [00062] RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

Dominio: 7 Rol/Relaciones

Clase: 1 Roles del cuidador

Definición: Vulnerable a tener dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer la salud

Objetivos NOC

NOC [2205] Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos

Dominio: 6 Salud familiar

Clase: W Ejecución del cuidador principal

Definición: Aporte por el profesional sanitario familiar de cuidados personales y sanitarios apropiados para un miembro de la familia.

Indicadores

[220501] *Aporte de soporte emocional al receptor de los cuidados*

[220506] *Ayuda al receptor de cuidados en las actividades instrumentales de la vida diaria.*

[220513] *Confianza en la realización de las tareas necesarias.*

[220515] *Provisión de un entorno seguro y protegido.*

[220516] *Rendimiento de los procedimientos.*

NOC [2206] Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos

Dominio: 6 Salud familiar

Clase: W Ejecución del cuidador principal

Definición: Organización y control de los cuidados apropiados de un miembro de la familia por el profesional sanitario de familia.

Indicadores

[220601] *Confianza en la resolución de problemas.*

[220602] *Reconocimiento de cambios en el estado de salud del receptor de los cuidados.*

[220605] *Obtención de los servicios necesarios para el receptor de los cuidados.*

[220612] *Obtención del equipo y suministros necesarios para el receptor de los cuidados.*

Intervenciones NIC**NIC [5359] Mejora de la autoconfianza**

Campo: 3 Conductual

Clase: R Ayuda para el afrontamiento

Definición: Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable.

Actividades

- *Proporcionar información sobre la conducta deseada.*
- *Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.*
- *Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta.*
- *Modelar/demostrar la conducta deseada.*
- *Fomentar la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito (p. ej., participación en un grupo de apoyo o formación en grupo).*
- *Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.*

NIC [5440] Aumentar los sistemas de apoyo

Campo: 3 Conductual

Clase: R Ayuda para el afrontamiento

Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Actividades

- *Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.*
- *Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.*
- *Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.*
- *Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.*

DXE : [00061] CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

Dominio: 7 Rol/Relaciones

Clase: 1 Roles del cuidador

Definición: Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas

Objetivos NOC**NOC [2210] Resistencia del papel del cuidador**

Dominio: 6 Salud familiar

Clase: W Ejecución del cuidador principal

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

Indicadores

[221002] *Dominio de las actividades de cuidados directos.*

[221003] *Dominio de las actividades de cuidados indirectos.*

NOC [2202] Preparación del cuidador familiar domiciliario

Dominio: 6 Salud familiar

Clase: W Ejecución del cuidador principal

Definición: Preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliaria de un miembro de la familia.

Indicadores

[220202] *Conocimiento sobre el papel de cuidador familiar.*

[220201] *Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar.*

[220209] *Conocimiento de cuidados en el seguimiento*

[220217] *Implicación del receptor de los cuidados en el plan asistencial.*

Intervenciones NIC**NIC [5230] Mejorar el afrontamiento**

Campo: 3 Conductual

Clase: R Ayuda para el afrontamiento

Definición: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

Actividades

- *Ayudar al cuidador a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.*
- *Ayudar al cuidador a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.*
- *Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.*
- *Ayudar al cuidador a resolver los problemas de forma constructiva.*
- *Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación.*
- *Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.*
- *Proporcionar al cuidador opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.*

NIC [7040] Apoyo al cuidador principal

Campo: 5 Familia

Clase: X Cuidados durante la vida

Definición: Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.

Actividades

- *Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.*
- *Determinar la aceptación del cuidador de su papel.*
- *Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.*
- *Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.*
- *Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.*
- *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.*
- *Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.*
- *Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.*
- *Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.*

CONCLUSIONES

- El desarrollo de la población indica un envejecimiento de la misma, lo cual conlleva un aumento del número de personas que sufren demencia. En la actualidad, el diagnóstico de la demencia es cada vez más precoz, por lo que tenemos la oportunidad de abordar la sobrecarga del cuidador relacionada con esta enfermedad de manera más temprana.
- La base sobre la que gira gran parte de la sobrecarga es el desconocimiento ante lo que va a ocurrir, de hecho, cada caso puede progresar de forma diversa, lo cual es imposible preveer. Sin embargo, ofrecer estrategias al cuidador para que pueda poner en práctica ante las crisis de la enfermedad supondría una reducción del nivel de estrés .
- Aclarar los términos básicos sobre las demencias es fundamental para fomentar un buen estado de salud del cuidador; se debe adaptar dicha información a las características del cuidador. Partiendo de esta afirmación, se ha de seleccionar también el tipo de información dada según la etapa de cuidado.
- La enfermería ha de conocer los signos y síntomas de alerta de sobrecarga del cuidador para así realizar las intervenciones pertinentes.
- Una vez realizada la detección del caso de sobrecarga, la valoración se ha de llevar a cabo en equipo multidisciplinar ya que es preciso cubrir muchas necesidades del cuidador. Debido a que este síndrome afecta todos los aspectos de la vida del mismo, es necesario una valoración holística.
- Las intervenciones individuales o grupos de apoyo favorecen la relación entre enfermero – cuidador, por lo que se ha de fomentar el uso de la escala de Zarit, tanto en su versión original como en la reducida, para poder valorar de manera objetiva.
- Un plan de cuidados de enfermería focalizado no solo en el paciente con demencia, si no también en el cuidador contribuirá a una prevención o diagnóstico precoz de la sobrecarga del cuidador; evitando la claudicación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012: Edición revisada [Internet]. 1st ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [Citado 21 Enero 2017]. 28 - 29 p. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infSNS2012.pdf>
2. Diagnóstico de salud de Cantabria 2013. [Internet]. 1st ed. Cantabria: Observatorio de Salud Pública de Cantabria; 2013 [Citado 21 Enero 2017]. 3p. Disponible en: <http://servicios.fmdv.org/Es/Unidades/OSPC/Documents/Proyectos%20OSPC/Diagnóstico%20de%20salud%20en%20Cantabria.%20Web.pdf>
3. Proyección de la Población de España 2014 – 2064. [Internet]. 1st ed. Madrid: Instituto Nacional de Estadísticas; 2014 [Citado 21 Enero 2017]. 7p. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
4. Población Cantabria 2013. [Internet]. 1st ed. Santander: Instituto Cántabro de Servicios Sociales; 2014 [Citado 21 Enero 2017]. 9p. Disponible en: <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/P OBLACION%20CANTABRIA%202013.pdf>
5. Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. [Internet]. 1st ed. Cantabria: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2014 [Citado 21 Enero 2017]. 79 – 81p. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>
6. Informe 2014 Las Personas Mayores en España: Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas [Internet]. 1st ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [Citado 21 Enero 2017]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_inf o2014pm.pdf
7. Demencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [Citado 22 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
8. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias [Internet]. Guíasalud. 2017 [Citado 24 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/completa/apartado04/definicion.html>
9. Association A. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. 1st ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2014.
10. Association A. Ayuda para la enfermedad de Alzheimer y la demencia [Internet]. Alzheimer's Association. 2017 [Citado 24 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.alz.org/es/demencia-alzheimer-espa%C3%B1a.asp#factors>
11. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias [Internet]. Guíasalud. 2017 [Citado 24 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/completa/apartado05/fisiopatologia.html>
12. Envejecimiento Activo. Libro Blanco [Internet]. 1st ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [Citado 24 Enero 2017]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089 libroblancoenv.pdf
13. Prevención de la Enfermedad [Internet]. Alzfae. 2017 [Citado 24 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.alzfae.org/alzheimer/prevencion-alzheimer>
14. Cuales son las principales exploraciones [Internet]. Alzfae. 2017 [Citado 24 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.alzfae.org/alzheimer/exploracion-alzheimer>

15. CUÍDATE. Guía Básica de Autocuidado para Personas Cuidadoras [Internet]. Cruz Roja Española; [cited 24 January 2017]. Available from: http://www.sercuidador.org/pdf/guia_autocuidado.pdf
16. Fornés Vives J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 1st ed. Madrid: Medica Panamericana; 2014. P. 211-220
17. Davis L, Chestnutt D, Molloy M, Deshefy-Longhi T, Shim B, Gilliss C. Adapters, Strugglers, and Case Managers. Qualitative Health Research [Internet]. 2014 [Citado 13 Marzo 2017];24(11):1492-1500. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4350575/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
18. Hughes T, Black B, Albert M, Gitlin L, Johnson D, Lyketsos C et al. Correlates of objective and subjective measures of caregiver burden among dementia caregivers: influence of unmet patient and caregiver dementia-related care needs. International Psychogeriatrics [Internet]. 2014 [Citado 13 Marzo 2017];26(11):1875-1883. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4283462/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
19. Santos R, Sousa M, Simões-Neto J, Nogueira M, Belfort T, Torres B et al. Caregivers' quality of life in mild and moderate dementia. Arquivos de Neuro-Psiquiatria [Internet]. 2014 [Citado 13 Marzo 2017];72(12):931-937. Disponible en: https://vpnuc.unican.es/,DanaInfo=www.scielo.br+scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2014001200931&lng=en&nrm=iso&tlng=en
20. Day J, Anderson R, Davis L. Compassion Fatigue in Adult Daughter Caregivers of a Parent with Dementia. Issues in Mental Health Nursing [Internet]. 2014 [Citado 13 Marzo 2017];35(10):796-804. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4683933/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
21. Cuidarnos para cuidar mejor: guía para afrontar mejor el cuidado de personas en situación de dependencia [Internet]. 1st ed. Santander: Servicios Sociales Cantabria; 2010 [Citado 13 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/hablandodecuidadores.pdf>
22. Cary M, Rubright J, Grill J, Karlawish J. Why are Spousal Caregivers More Prevalent than Nonspousal Caregivers as Study Partners in AD Dementia Clinical Trials?. Alzheimer Disease & Associated Disorders [Internet]. 2015 [Citado 15 Marzo 2017];29(1):70-74. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4223007/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
23. Piercy K, Fauth E, Norton M, Pfister R, Corcoran C, Rabins P et al. Predictors of Dementia Caregiver Depressive Symptoms in a Population: The Cache County Dementia Progression Study. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences [Internet]. 2012 [Citado 15 Marzo 2017];68(6):921-926. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4223007/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
24. Elrich K, Boström A, Mazaheri M, Heikkilä K, Emami A. Family caregivers' assessments of caring for a relative with dementia: a comparison of urban and rural areas. International Journal of Older People Nursing [Internet]. 2014 [Citado 15 Marzo 2017];10(1):27-37. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pubmed/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+?term=Family+caregivers%E2%80%99assessments+of+caring+for+a+relative+with+dementia%3A+a+comparison+of+urban+and+rural+areas>

25. Vaingankar J, Chong S, Abdin E, Picco L, Jeyagurunathan A, Zhang Y et al. Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *International Psychogeriatrics* [Internet]. 2015 [Citado 15 Marzo 2017];28(02):221-231. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4720142/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
26. Alonso Babarro A, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria* [Internet]. 2004 [Citado 15 Marzo 2017];33(2):61-67. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670479352X>
27. Cuidar y cuidarte, es más fácil...si sabes cómo. Guía para cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia. [Internet]. 1st ed. Santander: Servicios Sociales Cantabria; 2008 [Citado 15 Marzo 2017]. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO22329/cuidar_y_cuidarte_es_mas_facil.pdf
28. Wharton T, Ford B. What Is Known About Dementia Care Recipient Violence and Aggression Against Caregivers?. *Journal of Gerontological Social Work* [Internet]. 2014 [Citado 15 Marzo 2017];57(5):460-477. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4077946/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
29. Khachiyants N, Trinkle D, Joon Son S, Y. Kim K. Sundown Syndrome in Persons with Dementia: An Update. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2011 [Citado 15 Marzo 2017];8:p. 275 - 287. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3246134/pdf/pi-8-275.pdf>
30. Moreno Toledo Á. Correlatos de incidencia del ocaso en estados anímicos, agitación y conducta agresiva en ancianos: Síndrome de Sundowning. *Alcmeon* [Internet]. 2007 [Citado 15 Marzo 2017];14(1):p. 72 - 80. Disponible en: <https://www.alcmeon.com.ar/14/53/toledo-5.pdf>
31. Springate B, Tremont G. Dimensions of Caregiver Burden in Dementia: Impact of Demographic, Mood, and Care Recipient Variables. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* [Internet]. 2014 [Citado 15 Marzo 2017];22(3):294-300. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC3723767/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
32. Gort A, Mingot M, Marzo J, Gómez X, Soler T, Nicolás F. Utilidad de la escala de Zarit reducida en demencias. *Medicina Clínica* [Internet]. 2010 [Citado 15 Marzo 2017];135(10):447-449. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-utilidad-escala-zarit-reducida-demencias-S0025775310006081>
33. Yu H, Wang X, He R, Liang R, Zhou L. Measuring the Caregiver Burden of Caring for Community-Residing People with Alzheimer's Disease. *PLOS ONE* [Internet]. 2015 [Citado 15 Marzo 2017];10(7):e0132168. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4496054/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
34. Tanner J, Black B, Johnston D, Hess E, Leoutsakos J, Gitlin L et al. A Randomized Controlled Trial of a Community-Based Dementia Care Coordination Intervention: Effects of MIND at Home on Caregiver Outcomes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* [Internet]. 2015 [Citado 15 Marzo 2017];23(4):391-402. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4355038/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
35. Schwartz J, Allison M, Ancoli-Israel S, Hovell M, Patterson R, Natarajan L et al. Sleep, type 2 diabetes, dyslipidemia, and hypertension in elderly Alzheimer's caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [Internet]. 2013 [Citado 15 Marzo 2017];57(1):70-77. Disponible en:

- <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC3696346/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
36. Liang X, Guo Q, Luo J, Li F, Ding D, Zhao Q et al. Anxiety and depression symptoms among caregivers of care-recipients with subjective cognitive decline and cognitive impairment. BMC Neurology [Internet]. 2016 [Citado 15 Marzo 2017];16(1). Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC5048476/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
 37. Ornstein K, Gaugler J, Zahodne L, Stern Y. The Heterogeneous Course of Depressive Symptoms for the Dementia Caregiver. The International Journal of Aging and Human Development [Internet]. 2014 [Citado 15 Marzo 2017];78(2):133-148. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4240506/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
 38. D'Aoust R, Brewster G, Rowe M. Depression in informal caregivers of persons with dementia. International Journal of Older People Nursing [Internet]. 2014 [Citado 15 Marzo 2017];10(1):14-26. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/doi/10.1111/opn.12043/,DanaInfo=onlinelibrary.wiley.com+abstract;jsessionid=3B94C914F85F16090B2B4A70639C6902.f02t02>
 39. Truzzi A, Valente L, Ulstein I, Engelhardt E, Laks J, Engedal K. Burnout in Familial Caregivers of Patients with Dementia. Revista Brasileira de Psiquiatria [Internet]. 2012 [Citado 15 Marzo 2017];34(4):405-412. Disponible en: https://vpnuc.unican.es/,DanaInfo=www.scielo.br+scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 40. Cohen L, Zimmerman S, Reed D, Sloane P, Beeber A, Washington T et al. Dementia in Relation to Family Caregiver Involvement and Burden in Long-Term Care. Journal of Applied Gerontology [Internet]. 2014 [Citado 18 Abril 2017];33(5):522-540. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC3989456/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
 41. Joling K, Bosmans J, van Marwijk H, van der Horst H, Scheltens P, Vroomen J et al. The cost-effectiveness of a family meetings intervention to prevent depression and anxiety in family caregivers of patients with dementia: a randomized trial. Trials [Internet]. 2013 [Citado 18 Abril 2017];14(1):305. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC3849827/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL>
 42. Blom M, Bosmans J, Cuijpers P, Zarit S, Pot A. Effectiveness and cost-effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry [Internet]. 2013 [Citado 18 Abril 2017];13(1). Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC3557221/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
 43. Trapp S, Perrin P, Aggarwal R, Peralta S, Stolfi M, Morelli E et al. Personal Strengths and Health Related Quality of Life in Dementia Caregivers from Latin America. Behavioural Neurology [Internet]. 2015 [Citado 18 Abril 2017];2015:1-8. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4487269/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
 44. Ali S, Bokharey I. Maladaptive cognitions and physical health of the caregivers of dementia: An interpretative phenomenological analysis. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being [Internet]. 2015 [Citado 18 Abril 2017];10(1):28980. Disponible en:

- Página | 26

- an exploratory, cross-sectional study. BMC Geriatrics [Internet]. 2016 [Citado 30 Mayo 2017];16(1). Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4734848/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
55. Guía visual para cuidadores no profesionales [Internet]. [cited 30 May 2017]. Available from: <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/GUIA%20VISUAL%20PARA%20CUIDADORES%20NO%20PROFESIONALES.pdf>
 56. Joling K, Bosmans J, van Marwijk H, van der Horst H, Scheltens P, Vroomen J et al. The cost-effectiveness of a family meetings intervention to prevent depression and anxiety in family caregivers of patients with dementia: a randomized trial. Trials [Internet]. 2013 [Citado 30 Mayo 2017];14(1):305. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC3849827/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
 57. Marim C, Silva V, Taminato M, Barbosa D. Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: a systematic review. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2013 [Citado 30 Mayo 2017];21(spe):267-275. Disponible en: https://vpnuc.unican.es/,DanaInfo=www.scielo.br+scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700033&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 58. Llanque S, Enriquez M, Cheng A, Doty L, Brotto M, Kelly P et al. The Family Series Workshop. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias® [Internet]. 2015 [Citado 30 Mayo 2017];30(6):573-583. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4508226/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
 59. Huis in het Veld J, Verkaik R, van Meijel B, Verkade P, Werkman W, Hertogh C et al. Self-management by family caregivers to manage changes in the behavior and mood of their relative with dementia: an online focus group study. BMC Geriatrics [Internet]. 2016 [Citado 28 Mayo 2017];16(1). Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC4855870/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
 60. Kajiya B, Thompson L, Eto-Iwase T, Yamashita M, Di Mario J, Marian Tzuang Y et al. Exploring the effectiveness of an Internet-based program for reducing caregiver distress using the iCare Stress Management e-Training Program. Aging & Mental Health [Internet]. 2013 [Citado 30 Mayo 2017];17(5):544-554. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/pmc/articles/PMC3695021/,DanaInfo=www.ncbi.nlm.nih.gov,SSL+>
 61. NNNConsult [Internet]. 2017 [cited 30 May 2017]. Available from: <https://vpnuc.unican.es/,DanaInfo=www.nnnconsult.com+>

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

	Puntuación
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
¿Siente que su familiar depende de usted?	
¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	
PUNTUACIÓN Nunca-0 Casi nunca-1 A veces-2 Bastantes veces-3 Casi siempre-4	RESULTADOS Sin sobrecarga: 0 – 46 Sobrecarga moderada: 47 -55 Sobrecarga intensa: >56

ANEXO I - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT REDUCIDA

	Puntuación
¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?	
¿Se siente estresado al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?	
¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	
¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	
PUNTUACIÓN Nunca-1 Casi nunca-2 A veces-3 Bastantes veces-4 Casi siempre-5	

ANEXO III - INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

	No	Leve	Moderado	Severo
Torpe o entumecido				
Acalorado				
Con temblor en las piernas				
Incapaz de relajarse				
Con temor a que ocurra lo peor				
Mareado				
Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
Inestable				
Atemorizado o asustado				
Nervioso				
Con sensación de bloqueo				
Con temblores en las manos				
Inquieto, inseguro				
Con miedo a perder el control				
Con sensación de ahogo				
Con temor a morir				
Con miedo				
Con problemas digestivos				
Con desvanecimientos				
Con rubor facial				
Con sudores, fríos o calientes				
RESULTADOS				
Ansiedad muy baja: 0 – 21				
Ansiedad moderada: 22 -35				
Ansiedad severa: >36				

ANEXO IV - CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

En general, usted diría que su salud es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor que hace un año
Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted posdría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?					
Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada		
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada		
Coger o llevar la bolsa de la compra	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada		
Subir varios pisos por la escalera	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada		
Subir un sólo piso por la escalera	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada		
Agacharse o arrodillarse.	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada		
Caminar un kilómetro o más	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada		
Caminar varios centenares de metros	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada		
Caminar unos 100 metros	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada		
Bañarse o vestirse por sí mismo.	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada		
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?					
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?					
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca

¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?					
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?					
Ni ninguno	Si muy poco	Si un poco	Si moderado	Si mucho	Si muchísimo
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?					
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...					
se sintió lleno de vitalidad?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
estuvo muy nervioso?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
se sintió calmado y tranquilo?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
tuvo mucha energía?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
se sintió desanimado y deprimido?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
se sintió agotado?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
se sintió feliz?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
se sintió cansado?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?					
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca	
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Estoy tan sano como cualquiera	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que mi salud va a empeorar	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Mi salud es excelente	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa

ANEXO V - CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

En general, usted diría que su salud es:	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
---	-----------	-----------	-------	---------	------

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
Subir varios pisos por la escalera	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional(estar triste, deprimido o nervioso)?

¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	Si	No
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	Si	No

Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluid el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
------	---------	---------	----------	-------

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En casa pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo....

...se sintió calmado y tranquilo?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
...tuvo mucha energía?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
...se sintió desanimado y triste?	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
---------	--------------	---------------	-----------------	-------

ANEXO VI - APGAR FAMILIAR

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
RESULTADOS: Normofuncional: 7 – 10 puntos Difuncional leve: 3 – 6 puntos Disfuncional grave: 0 – 2 puntos			