

**Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”**

**Grado en Enfermería**

# **“Cuidar al cuidador informal.”**

**“Caring for the informal caregiver.”**

**María Gómez Soto**

**Director: Montserrat Bustamante Fonfría**



**2014**

**Universidad de Cantabria**

## ÍNDICE:

Resumen.....	1
Abstract .....	1
Palabras clave.....	1
Keywords.....	1
Estado actual del tema.....	2
Motivos de la elección del tema a estudio.....	4
Objetivos .....	6
Metodología.....	7
Metodología de los artículos:.....	8
Descripción de los capítulos.....	9
Desarrollo de los capítulos.....	10
1. EL CUIDADOR INFORMAL.....	10
1.1. Definición del cuidador informal.....	10
1.2. Características sociodemográficas del cuidador.....	11
2. EMOCIONES Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR.....	14
2.1. Actividad de cuidado vs problemas de salud en el cuidador.....	14
2.2. Aspectos sociales y laborales.....	15
2.3. Necesidad de información.....	16
2.4. En primera persona: Sentimientos reales de los cuidadores informales.....	17
2.5. Sobrecarga del cuidador: Escala de Zarit.....	17
3. LA ENFERMERÍA Y EL CUIDADOR.....	19
3.1 Objetivos que debe incluir una intervención dirigida al cuidador informal.....	19
3.2 Plan de cuidados de Enfermería.....	20
Conclusiones .....	30
Referencias Bibliográficas .....	31
Anexo I:.....	35
Anexo II.....	36

## Resumen

Las circunstancias actuales de nuestro país han dado lugar a la aparición de una nueva figura que presta cuidados a las personas dependientes, el cuidador informal. Este papel lo asumen esposas, hijas, u otros familiares que se hacen cargo de los cuidados constantes a personas dependientes de una manera altruista y sin ningún tipo de preparación.

Todo esto lleva a que la salud de las propias cuidadoras y su vida en general se vean afectadas, desarrollándose diversos problemas, y convirtiéndose ellas en objeto de cuidado.

La Enfermería posee un papel importantísimo en la labor de cuidar, no sólo a las personas dependientes, si no a los cuidadoras, muchas veces las olvidadas del sistema. Mediante un análisis de bibliografía y el desarrollo de un Plan de Cuidados en esta monografía, se quiere ampliar la mirada hacia este colectivo desde la perspectiva enfermera, ofreciendo apoyo para mejorar su calidad de vida.

## Abstract

Nowadays, due to the current circumstances of our country, the figure of the informal caregiver has emerged; its main aim is to provide care to people who depend on others. This role is normally assumed by wives, daughters and other relatives who take care of them altruistically and without having been professionally trained for it.

As a consequence of this previous fact, there is a negative effect in those caregivers' health and also in their lives in general, developing many problems themselves and becoming those who need to be taken care of.

The Nursing has a very important role when regarding the fact of taking care, not only of dependant people, but also of caregivers, who are normally not given enough attention. With a literature review and a Nurse Care Plan, I would like to focus also in the figure of the caregivers and their needs, offering them support to improve their quality of life.

## Palabras clave

Cuidadores, Atención de Enfermería, Dependencia.

## Keywords

Caregivers, Nursing care, Dependence.

## Estado actual del tema

Desde el inicio de los tiempos, los seres humanos se han relacionado mediante una estructura social denominada familia. La familia se define como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas <sup>(1)</sup>.

Desde las primeras civilizaciones hasta la Alta Edad Media se conoce como la “etapa doméstica de las mujeres”, cuyo principal objetivo es cuidar y mantener la vida de su familia contra las adversidades del medio, de tal forma que el acto de cuidar está completamente ligado a la supervivencia. Éstas cuidaban a sus descendientes prologando así la especie humana <sup>(2)</sup>. Logrando por tanto el mantenimiento de la vida a través de elementos de la propia naturaleza como el agua para la higiene, las pieles de la caza para el abrigo y las plantas para la curación <sup>(4)</sup>.

El antropólogo Georfe Peter Murdok, afirma que la familia tiene cuatro funciones vitales y únicas que ninguna otra estructura social puede suplir: La subsistencia, la relación sexual, la reproducción y la educación de los descendientes. La mujer juega un papel importante como elemento básico para llevar a cabo esas cuatro funciones, asumiendo un papel de cuidadora y organizadora desde el inicio de las sociedades <sup>(2) (3)</sup>.

En la época cristiana la figura del cuidador evoluciona hacia una acción vocacional. Principalmente es una mujer que actúa en nombre de Dios, bajo sumisión y obediencia, permanecer en el seno de la Iglesia. Utilizan el cuidado como acción para la salvación propia y como manera para comunicarse con Dios <sup>(4)</sup>.

Durante el S.XIX los avances tecnológicos hacen necesaria la aparición de una figura que lleva a cabo los cuidados pero ahora de una forma más profesional, se la denomina auxiliar del médico. Desarrolla su labor en entornos hospitalarios <sup>(4)</sup>.

Los cuidadores son la mayoría mujeres, principalmente hijas, de edad media, de proximidad al individuo a cuidar, casada o en unión libre, con hijos, amas de casa y con bajo nivel de estudios y económico <sup>(5)</sup>. En la actualidad, la estructura familiar tradicional está cambiando, las mujeres se están incorporando al mundo laboral, y ahora además de cuidar a sus allegados, tienen que trabajar fuera de casa. Las mujeres cada vez tienen más roles sociales, y por lo tanto cada vez asumen más cargas <sup>(5)</sup>.

Con la Industrialización y la democratización de los años 70 en España, la familia sufre una serie de cambios que van a afectar directamente a las mujeres y a su rol de cuidadoras dentro del núcleo familiar. Podemos observar cambios tales como el movimiento de las familias desde el campo hacia la ciudad, descenso en el número de hijos, rupturas en el núcleo familiar como son los divorcios o la reducción del núcleo familiar a padres e hijos. En el S.XX la mujer comienza a incorporarse al mundo laboral y por tanto deja a un lado su rol como cuidadora en el hogar <sup>(6)</sup>.

Cada vez hay menos tiempo y menos personas para cuidar a los enfermos dependientes y a las familias. Por ello, España se ha visto en la necesidad de introducir ayudas públicas, para intentar sufragar estas decadencias.

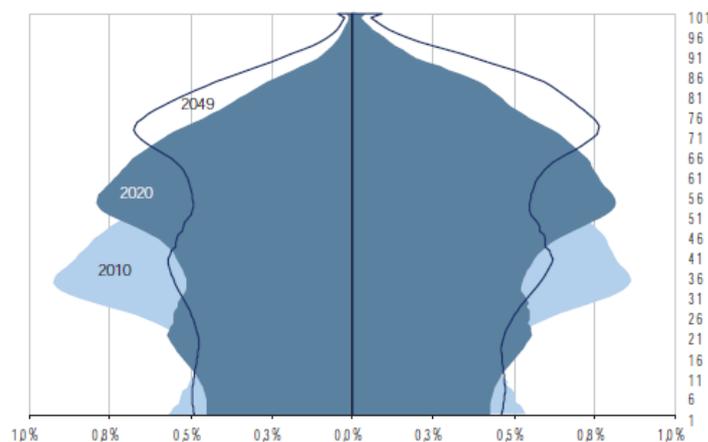
La ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia surge para cubrir las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia y cuyo principal objetivo es la promoción de su autonomía personal. Proteger y atender a las personas que requieren ayuda para realizar las

actividades diarias es el principal objetivo que España quiere cumplir con la introducción de ésta ley <sup>(7)</sup>.

España está sufriendo unos cambios demográficos y sociales que provocan un aumento de la población en situación de dependencia. Por una parte hay que tener en cuenta que la población de más de 65 años se ha duplicado en los últimos 30 años, pasando de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por ciento de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento).

Por otro lado, tiene lugar el fenómeno demográfico denominado “envejecimiento del envejecimiento”, entendido como el aumento relativo de la población anciana, que se ha duplicado en tan solo veinte años <sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup>. A continuación se expone tres pirámides poblacionales de España. En ellas se puede comparar la evolución de la población, observando que en el año 2049 los rangos de edad desde 76 hasta aproximadamente 86 años serán los más numerosos. Haciéndose patente el envejecimiento de la población del SXXI <sup>(33)</sup>.

Gráfica 1: El Envejecimiento de la población Española durante el S XXI.



Fuente: Libro Blanco. Envejecimiento activo. Gobierno de España:  
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IMSERSO.

Este envejecimiento de la población puede explicarse por tres factores <sup>(8)</sup>:

- El primero es la caída de la fecundidad, también conocido como envejecimiento por la base si atendemos a la forma de la pirámide poblacional, o envejecimiento malthusiano.
- El segundo factor es la emigración predominante en la población en edad de trabajar, provocando un déficit en el número de adultos y por lo tanto en la natalidad. Es el envejecimiento por la cintura de la pirámide poblacional.
- El último factor es el aumento de la esperanza de vida o envejecimiento por la cúspide de la pirámide poblacional.

Los ciudadanos, personas con dependencia, familiares y cuidadores, necesitan un conjunto de servicios y ayudas sociales para poder enfrentarse a esta nueva situación. El Gobierno español crea esta ley para poder cubrir todos esos nuevos requisitos <sup>(7)</sup>.

A todo esto hay que añadir que el sistema de atención sanitaria español se centra en la enfermedad en sus fases agudas, lo que supone la delegación de los cuidados de las personas dependientes, con enfermedades crónicas o con discapacidades hacia el sistema informal <sup>(19)</sup>.

## Motivos de la elección del tema a estudio

El cuidador informal es una de las figuras más olvidadas en nuestra sociedad. Se trata de la persona que presta cuidados a un enfermo dependiente las 24 horas del día, los 365 días del año, sin descanso y de una forma totalmente altruista, con amor, con paciencia, caritativamente. Todo esto lleva a estas personas a una situación de estrés, ya que sin ningún tipo de formación y prácticamente sin apoyos, son ellos los que tienen que realizar actividades, muchas de ellas complejas, como pueden. Ellos se preguntan si lo harán bien o no, si la persona a su cuidado estará bien o no, creando una situación de incertidumbre casi permanente.

En España, la familia es la fuente fundamental de cuidados para personas de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia. Por lo tanto la manera de cumplir con las necesidades que tienen este tipo de pacientes se ha llevado a cabo por parte de la familia, en especial de esa figura, denominada el cuidador informal. Por regla general, el cuidado de la persona enferma o dependiente dentro de una familia se asume como algo natural, en el que el afecto y el cariño están presentes <sup>(9)</sup>.

La Enfermería ocupa un puesto esencial. En este sentido desde sus funciones como cuidadora y educadora tiene que fijarse también en este nuevo símbolo, que con los años es cada vez más frecuente en los hogares de nuestra sociedad.

Desde su posición privilegiada y cercana a la sociedad debe de hacer hincapié en la formación de los cuidadores informales con la herramienta de la que dispone, la educación para la salud.

El cuidador informal debe poseer conocimientos para ofrecer cuidados cuasi profesionales al paciente dependiente. Por eso la Enfermería es responsable de traspasar sus propias competencias a los cuidadores, para que estos puedan ofrecer la mejor atención y satisfacer las necesidades del paciente dependiente.

Además la Enfermera debe de ser la figura en la cual el cuidador se apoye en los momentos de dificultad, ya sea por ejemplo cuando el paciente dependiente tenga una exacerbación de su enfermedad, o cuando éste requiera nuevos cuidados, en los cuales el cuidador no tenga aún experiencia. Es decir la Enfermera se debe de convertir en la figura a la cual un cuidador acuda en cualquier momento.

Mi responsabilidad como enfermera ante esta nueva situación en nuestra sociedad se ha visto truncada al convertirme en cuidadora informal con un familiar, sintiendo en primera persona la necesidad de una figura profesional que me apoye en momentos difíciles.

El apoyo de la Enfermería, su acompañamiento, su refuerzo positivo, la valoración de sus actos ayuda al cuidador informal a llevar a cabo la tremenda labor diaria, así como a disminuir la sobrecarga emocional que soporta, la cual repercute tremendamente a la hora de realizar su actividad, Cuidar.

La captación de los problemas que surgen en los cuidadores informales mediante el proceso de atención de Enfermería, por ejemplo con el diagnóstico enfermero "Cansancio del rol del cuidador", ayudará a la enfermera a establecer las intervenciones adecuadas para minimizar los problemas en los cuidadores.

La nueva situación en la que me encuentro desde hace un año y a su vez la función que tengo como enfermera me ha llevado a elegir este tema porque creo que me puede ayudar a crecer y mejorar mis habilidades como Enfermera y como Cuidadora.

## Objetivos

### **Objetivo Principal:**

Describir la figura y la situación actual del cuidador informal en España.

### **Objetivos específicos:**

1. Contextualizar al cuidador informal de una persona con dependencia, en un marco nacional y contemporáneo.
2. Describir las emociones y problemas del cuidador informal como consecuencia directa de su actividad.
3. Desarrollar un Plan de Cuidados de Enfermería como herramienta para resolver los problemas del día a día de los cuidadores informales.

## Metodología

En primer lugar se llevó a cabo la acotación de los conceptos generales del trabajo para poder encontrar los correspondientes términos MeSH y DeCS con los que comenzó la búsqueda bibliográfica.

DeCS	Cuidadores
MeSH	Caregivers

Se comenzó con el término MeSH “Caregivers” cuyo DeCS correspondiente es “Cuidadores”. También se encontró otros términos MeSH como “family caregivers”, “Carers”, “spouse caregivers”, cuyo término DeCS correspondiente es “Cuidadores”.

Con este vocabulario se inició una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos. La primera base de datos que se consultó fue Cuiden Plus, introduciendo el término DeCS “Cuidadores”, se filtró un poco la búsqueda reduciendo los años desde 2009 a 2013. Aparecieron 2176 artículos, mostrándose los 665 más recientes, tanto libros, artículos originales, revisados y otros, y actas de congresos. Pinchando en cada una de estas opciones se refinó aún más la búsqueda y se eligieron aquellos que parecían más interesantes. La primera elección bibliográfica estuvo basada en la lectura de los títulos y los resúmenes de los artículos posteriormente se volvieron a reducir el número de documentos mediante la lectura profunda de los mismos. De los 665 artículos que aparecieron en la primera búsqueda, se guardaron unos 50, basándose en los títulos de los mismos. Posteriormente se han leído unos 24 artículos en total utilizándose aproximadamente unos 10 para la primera parte del trabajo.

DeCS	Perfil de salud.
MeSH	Health profile

A medida que el trabajo iba avanzando se han realizado nuevas búsquedas bibliográficas. Esta vez con término MeSH “health profile”, cuyo DeCS correspondiente ha sido “perfil de salud”.

En la base de datos **Cuiden Plus** aparecieron 1464 documentos, por lo que se acotó la búsqueda desde el año 2007 al 2014. Aparecen 499 artículos (407 originales, 33 revisiones, 59 otros), 27 actas de congresos. De estos documentos se leyeron unos 10 aproximadamente, apareciendo en el trabajo 5.

Además se ha acudido al catálogo de la **Biblioteca de la Universidad de Cantabria** en varias ocasiones, tanto para libros como para revistas que no se hayan encontrado en formato electrónico. En la biblioteca también se ha consultado el **repositorio UCREA**, donde encontramos trabajos publicados de otros alumnos.

Otra de las bases de datos empleada ha sido **IBECS**, el término DeCS utilizado fue “Cuidadores”, encontrando 723 artículos. En esta base de datos fue más difícil

encontrar artículos completos. Se escogieron en primer lugar aquellos que, leyendo el título y que tuvieran el texto completo, parecían más interesantes. Finalmente se escogieron unos 5.

En **Google Académico** también se introdujo los términos mencionados, encontrándose un amplio abanico de material útil para la redacción del trabajo.

Después de la primera búsqueda y según las necesidades y correcciones, se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos (Cochrane, Cuiden, IBECs, IME, Google Académico) para obtener más información, incluyendo alguno de los artículos en la bibliografía.

### Metodología de los artículos:

Los artículos seleccionados e incluidos en la bibliografía siguen diferentes corrientes metodológicas. En este trabajo se pueden encontrar:

- **Artículos con metodología cuantitativa:** Son estudios a una muestra de población determinada y su posterior interpretación de los resultados.
- **Artículos con metodología cualitativa:** Se basan en la realización de entrevistas y su interpretación.

En general los artículos son descriptivos (documentan un fenómeno a estudio), explicativos (explican las causas del fenómeno y cómo interactúan) y predictivos (nos comentan cómo va a ser la evolución del fenómeno).

En otro sentido, se incluyeron, también, **revisiones monográficas** sobre el tema que reflexionan sobre investigaciones anteriores, y que sirve para sintetizar los principales puntos en la actualidad sobre los cuidadores informales.

## Descripción de los capítulos.

En el **primer capítulo** se hace una descripción de la figura del cuidador informal. Se desarrolla la definición de esta figura, de su función que es cuidar, y las actividades que lleva a cabo. Posteriormente se enmarca al cuidador dentro de un perfil sociodemográfico, destacando que en su mayoría son mujeres que tienen algún tipo de relación de consanguinidad con la persona dependiente y destacando el tipo de actividades que llevan a cabo.

En el **segundo capítulo** se recogen todas las emociones, las características de la salud y la sobrecarga que los cuidadores desarrollan debido a su actividad. El capítulo está dividido a su vez en subcapítulos para diferenciar las repercusiones en la salud del cuidador. En primer lugar, tenemos las repercusiones físicas y psicológicas. Posteriormente la sobrecarga de los cuidadores y las herramientas para detectarla. Las repercusiones en la vida social y laboral, sentimientos en primera persona de algunos cuidadores y la necesidad de información que expresan los propios cuidadores.

En el **tercer capítulo** se desarrolla un Plan de Cuidados de Enfermería como herramienta para las intervenciones de las enfermeras ante la situación de los cuidadores informales. El plan de cuidados se elabora de una forma estandarizada, para que posteriormente cada enfermera lo adapte a cada cuidador según sus características individuales.

## Desarrollo de los capítulos.

### 1. EL CUIDADOR INFORMAL

#### 1.1. Definición del cuidador informal.

Ante el aumento de personas mayores en nuestra sociedad los servicios sociales de la mayoría de los países del mundo se han visto desbordados, convirtiéndose incluso un reto. El número de pacientes con problemas crónicos y en situación de dependencia ha aumentado considerablemente, siendo las familias quienes se hacen cargo del cuidado de los mismos. El incremento de este tipo de enfermos, no incumbe solo el aumento de cuidados, si no la complejidad de los mismos <sup>(23)</sup>.

Así, la labor de los cuidadores informales ayuda a que los enfermos mantengan su entorno social, disminuyendo el número de ingresos en instituciones y la utilización de los medios formales <sup>(26)</sup>.

Así es como aparece por tanto la figura de la cuidadora informal, en su mayoría mujeres que cuidan de familiares cercanos sin ayudas y sin conocimientos para ello <sup>(8)</sup> <sup>(10)</sup> <sup>(11)</sup>.

Llamamos cuidador a la persona que se hace cargo de la atención del familiar dependiente, llevando a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del mismo. Por tanto asume la responsabilidad de su cuidado <sup>(19)</sup>.

Otra definición encontrada añade que el cuidador informal lleva a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria del paciente sin recibir retribución económica por ello <sup>(26)</sup>.

Según la Real Academia de la Lengua Española, *Cuidar* es “Asistir, guardar, conservar”, “poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo” <sup>(24)</sup>. Pero cuidar implica sentimientos, relaciones, incluye la dimensión ética y social de cuidar a un familiar, con el cual tienes una relación afectiva y de parentesco <sup>(19)</sup>.

Cuidar entraña suplir las necesidades de la persona dependiente, unas necesidades que varían a lo largo del tiempo, que no son estáticas, superando muchas veces las posibilidades del cuidador. Los cuidadores desarrollan múltiples roles al mismo tiempo, son enfermeros, empleados del hogar, consejeros, psicólogos y por otro lado son esposas, madres y además trabajan fuera del hogar. Es por tanto lógico que repercuta en su propia calidad de vida <sup>(19)</sup>.

La colaboración por parte de los servicios formales, es decir los profesionales, es muy pequeña. En varios artículos se compara con un iceberg, es decir, los servicios formales abarcarían una parte muy pequeña del cuidado, la punta del iceberg, mientras que las familias realizarían la parte oculta, invisible y mayoritaria de los mismos, la zona más grande del hielo y que además esta bajo el agua, sin que nadie la vea <sup>(19)</sup> <sup>(23)</sup>.

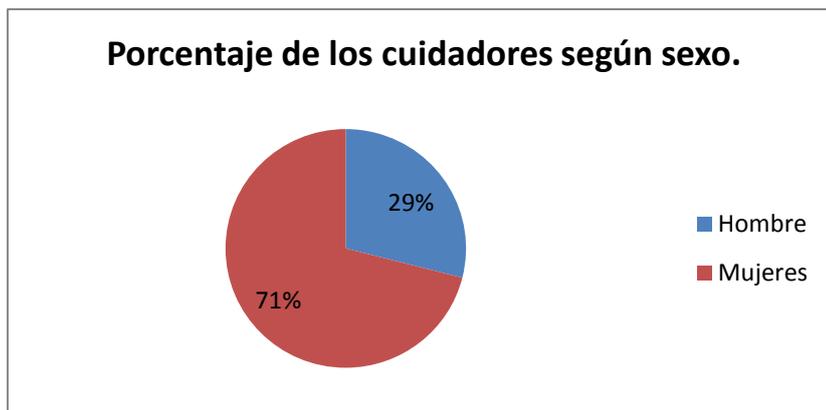
Cabe hacer reseña que los cuidadores informales no reciben ningún tipo de remuneración económica por la labor que realizan, más allá de algún tipo de ayuda simbólica <sup>(25)</sup>.

Podemos distinguir entre dos tipos de actividades que deben de suplir los cuidadores. Por un lado están las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y por otro las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las actividades básicas de la vida diaria son aquellas dirigidas al autocuidado y la movilidad de la persona como por ejemplo comer, vestirse, bañarse, trasladarse... etc. Las AIVD son aquellas que incluyen que la persona se adapte a su entorno, por ejemplo, cocinar, hacer la compra, utilizar los medios de transporte, controlar la medicación...etc. La persona dependiente necesita a alguien que le ayude o que le supla para realizar estas actividades, ya que por sí solo no puede llevarlas a cabo <sup>(25)</sup>.

## 1.2. Características sociodemográficas del cuidador.

Tras la revisión de varios estudios se puede describir un perfil más o menos común para los cuidadores informales. Son principalmente mujeres, mayores de 50 años con lazos de consanguineidad con la persona dependiente, casadas, hijas, cuya profesión es ama de casa o tienen trabajos con ingresos limitados y con bajo nivel de escolaridad <sup>(10)</sup>  
(11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22)

Gráfica 2: El sexo del cuidador



Fuente: López López, B; Casado Mejía, R; Brea Ruíz, M; Ruíz Arias, E.  
Características de la provisión de cuidados a las personas dependientes

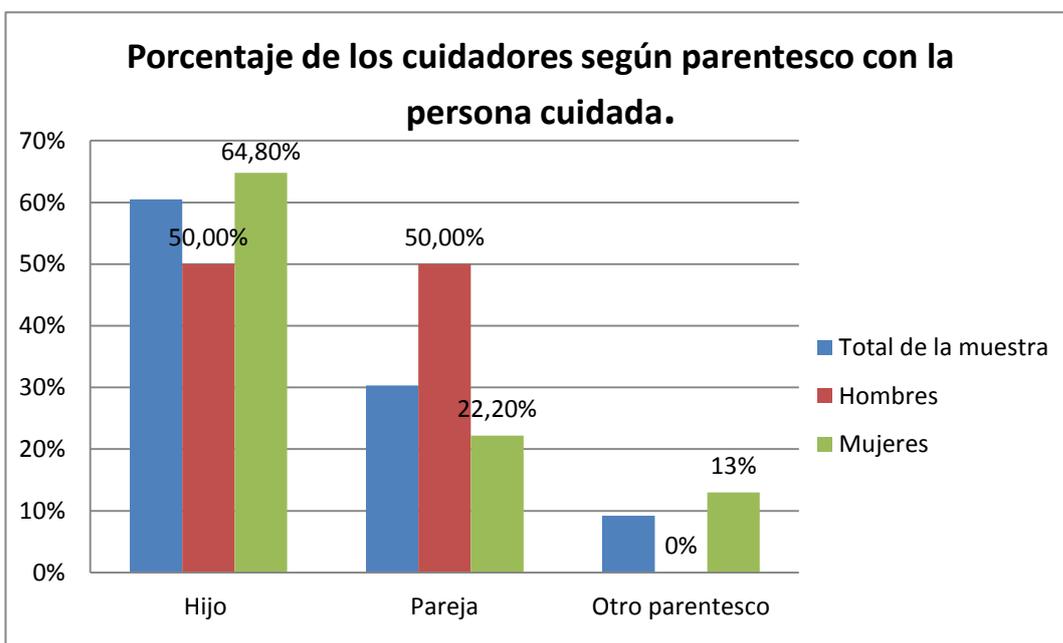
Las cifras de los estudios repasados reflejan que las mujeres son principalmente quien se encarga del cuidado. Por ejemplo el estudio que muestra la gráfica, el 71% de los encuestados eran mujeres <sup>(13)</sup>. Por otro lado cabe destacar que si las cuidadoras principales necesitan ayuda, se recurre a otra mujer de la familia, hijas, hermanas o madres. También existen diferencias de sexo a la hora del tipo de cuidados prestados y el tiempo dedicado a ello. Las mujeres asumen los cuidados más complejos, atención personal, instrumental, de acompañamiento o de supervisión, apoyo emocional o social, entre otros. En cuanto al tiempo dedicado el 67% de las mujeres dedicaban más de 40 horas semanales a cuidar, frente a sólo el 18% de los hombres <sup>(21)(23)</sup>.

Prácticamente todas las cuidadoras ayudan a realizar tareas instrumentales de la vida diaria, o tareas básicas y proporcionan asistencia sanitaria a la persona dependiente <sup>(5)</sup> <sup>(10)</sup> <sup>(11)</sup> <sup>(13)</sup>.

También se debe hacer mención al perfil de la persona cuidada, obteniéndose que en su mayoría sean mujeres, con una edad media de 83 años <sup>(13)</sup>.

A la hora de fijarnos en la relación de parentesco hay que detenerse, ya que el perfil de la persona cuidadora cambia, en algunos estudios explorados, según el sexo de la persona dependiente. Si el paciente es hombre, es cuidado por su esposa o por su hija. En cambio si el paciente es mujer las hijas adelantan en número a los maridos a la hora de cuidar. El resultado de los estudios incluidos nos indica que más del el 50% de los cuidadores son hijas de la persona dependiente <sup>(13)</sup>.

Gráfica 3: Parentesco de los cuidadores



Fuente: López López, B; Casado Mejía, R; Brea Ruíz, M; Ruíz Arias, E. Características de la provisión de cuidados a las personas dependientes

En el estudio realizado por el IMSERSO se recogen los datos de las diferentes actividades que realizan los cuidadores. El 92% de los encuestados llevan a cabo actividades cotidianas. Están seguidas muy de cerca por las tareas domésticas y en tercer lugar los cuidados personales con un 76.1%. Dicho estudio analiza también que a medida que se aumenta la edad de la persona dependiente, aumenta también la ayuda de las tres dimensiones citadas.

Tabla 1: Tipo de ayuda según edad de la persona mayor que la recibe:

Edad	Total	60-65 años	66 a 70 años	71 a 80 años	81 a 90 años	Más de 90 años
Domésticas, cotidianas y personales	69.8%	55.6%	62.96%	64.5%	74.3%	82.4%

Fuente: IMSERSO. Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar.

## 2. EMOCIONES Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR

El envejecimiento de la población es un fenómeno social que está incrementando la necesidad de cuidados de larga duración debido a la aparición de individuos en situación de dependencia. Estos cuidados los llevan a cabo los cuidadores informales. Pero, ¿y su salud?.

Se debe hacer mención a que los cuidados que necesita una persona en situación de dependencia requieren conocimientos y habilidades muchas veces complejos, durante un elevado periodo de tiempo y con un gran consumo de recursos. Todo esto lleva a una disminución en la calidad de vida, tanto de forma subjetiva como objetiva, de los cuidadores, que delegan su estado de salud para atender a la persona dependiente a su cargo <sup>(14) (15)</sup>.

### 2.1. Actividad de cuidado vs problemas de salud en el cuidador

A continuación, se analizan los aspectos de la salud del cuidador informal. Se han revisado varios estudios, todos ellos realizados en España. De forma general tienen como objetivo establecer la relación entre la actividad de cuidado de personas dependientes con la aparición de un mayor número de enfermedades, mayor uso de los servicios sanitarios, ansiedad, malestar psicológico, depresión y apoyo social <sup>(15) (16) (17) (18) (19)</sup>.

En primer lugar, se comparan los problemas físicos como psíquicos. Se evidencia que los cuidadores presentan más problemas físicos y psíquicos que aquellas personas que no cuidan. Por ejemplo, en un estudio de evaluación a 268 cuidadores de personas con Alzheimer elegidos aleatoriamente por España se concluye que el 84% de los encuestados presentan problemas físicos y el 94%, problemas psicológicos. En este mismo estudio se demuestra que los cuidadores informales presentan más malestar, dolor, dificultad en la movilidad física y ansiedad que la población en general <sup>(18)</sup>.

En otro estudio realizado en Andalucía a 1000 personas cuidadoras se refleja una valoración negativa de los cuidadores sobre su salud psicológica, casi el doble de los que consideraban negativamente su salud física. Concretamente definen sentimientos como la depresión o la ansiedad un 22%, tristes o agotadas un 33% e irritables y nerviosas en un 23% <sup>(19)</sup>.

Un apunte importante es que la precaria situación de salud de los cuidadores influye de forma directa en los cuidados prestados y por lo tanto en la salud de las personas dependientes <sup>(19)</sup>.

De una forma más concreta los cuidadores informales padecen repercusiones físicas como por ejemplo dolores de espalda, problemas osteo-articulares, cefaleas, cansancio/fatiga o alteraciones en el patrón del sueño. A esto le tenemos que añadir otro factor de riesgo, el propio proceso de envejecimiento de los cuidadores debido a que su edad media es de más de 50 años <sup>(28)</sup>.

Con respecto a las repercusiones psicológicas se definen apatía, nerviosismo, irritabilidad, sentimientos de culpa, de tristeza, ansiedad, estrés, depresión, desesperación, abatimiento, labilidad emocional, inseguridad y temor ante todas las

actividades, más bien complejas que conlleva el cuidado, como por ejemplo la administración de alimentación a través de una sonda nasogástrica o el manejo de la medicación. Además tienen sentimientos de preocupación por la salud de su familiar o la suya propia, por conflictos familiares o falta de tiempo entre otras <sup>(28)</sup>.

A modo de ejemplo, se puede citar un estudio realizado en Girona a 80 cuidadores informales, 88% de ellos eran mujeres. La media de tiempo cuidando eran 36 meses, y en su mayoría tenían una relación de parentesco con la persona cuidada. Este estudio muestra varios resultados a destacar, que coinciden con lo anteriormente citado. Los problemas más habituales son los dolores de espalda o sentimientos de cansancio <sup>(29)</sup>.

Ese mismo estudio revela que un 33% de los cuidadores encuestados están bajo tratamiento farmacológico relacionado con la salud mental. El 78% de los mismos ha iniciado tratamiento con antidepresivos o hipnóticos de forma posterior al comienzo del cuidado <sup>(29)</sup>.

## 2.2. Aspectos sociales y laborales.

En cuanto al impacto en el ámbito social y laboral podemos afirmar que la sobrecarga del cuidador se ve disminuida si se tiene un trabajo extra doméstico, evitando también el aislamiento social <sup>(19) (21)</sup>. Debido a la cantidad de tiempo empleado en cuidar, y su dificultad a la hora de compaginarlo con el trabajo extra doméstico, se puede llegar al abandono temporal o permanente del trabajo, o viéndolo desde otra perspectiva, un cuidador informal tiene gran dificultad para acceder a un empleo. En el estudio andaluz anteriormente citado, el 21.8% de los encuestados afirma que no han podido acceder a un empleo, frente a un 3.7% que optó por un trabajo compatible con su actividad cuidadora. Todo esto supone una disminución de los ingresos económicos en el hogar <sup>(19) (21)</sup>. Como consecuencia se incrementa la posibilidad de que los cuidadores informales alcancen una situación de pobreza o exclusión social <sup>(19) (21)</sup>. Además, al hacerse cargo de una persona dependiente, los gastos económicos aumentan, por ejemplo, los gastos farmacéuticos o adaptación del hogar. Es un factor importante ya que el poder adquisitivo de muchos cuidadores disminuye y a su vez necesitan disponer de una mayor suma de dinero <sup>(19) (21)</sup>.

El apoyo social es otro agente que actúa de forma positiva en la percepción de la salud de los cuidadores. Se trata del apoyo emocional y funcional por parte de gente de la familia o amigos, y no de apoyo instrumental. En la investigación cuantitativa llevada a cabo por la Escuela Andaluza de Salud Pública se concluye que la salud percibida mejora notablemente cuanto más apoyo social tengan los cuidadores <sup>(21)</sup>.

Los cuidadores identifican múltiples factores socio-sanitarios que producen repercusiones negativas físicas y psíquicas afectando a su propia seguridad, a la del paciente y a su estado de bienestar. Son destacables <sup>(30)</sup>:

- La falta de un profesional sanitario de referencia cuando se encuentran en el domicilio a quien puedan dirigirse para solicitar información.
- Asesoramiento para aclarar dudas.
- El retraso para conseguir apoyos sociales.
- La escasa vigilancia por parte de profesionales de la salud sobre la adecuada realización de técnicas y cuidados del paciente en el domicilio.
- El agotamiento de los apoyos familiares en los casos de cuidados prolongados durante mucho tiempo.

En cuanto a la falta de tiempo para desarrollar relaciones familiares y sociales, este estudio andaluz, obtiene que alrededor de un 26% de las encuestadas sienten que por el hecho de cuidar han visto reducido el tiempo dedicado para “sí mismas”. Alrededor de un 21% expresan que cuidar influye de manera negativa en su vida social. El aislamiento social es un concepto importante, ya que se ve reducido notablemente la posibilidad de mantener relaciones o participar en actividades de interacción. Por otro lado es importante destacar un aspecto muy positivo, en un 59.8% las cuidadoras encuestadas afirman que desde que cuidan, la relación con el familiar a su cargo, ha mejorado y en un 56.9% las relaciones familiares son mejores <sup>(21) (23)</sup>.

### 2.3. Necesidad de información

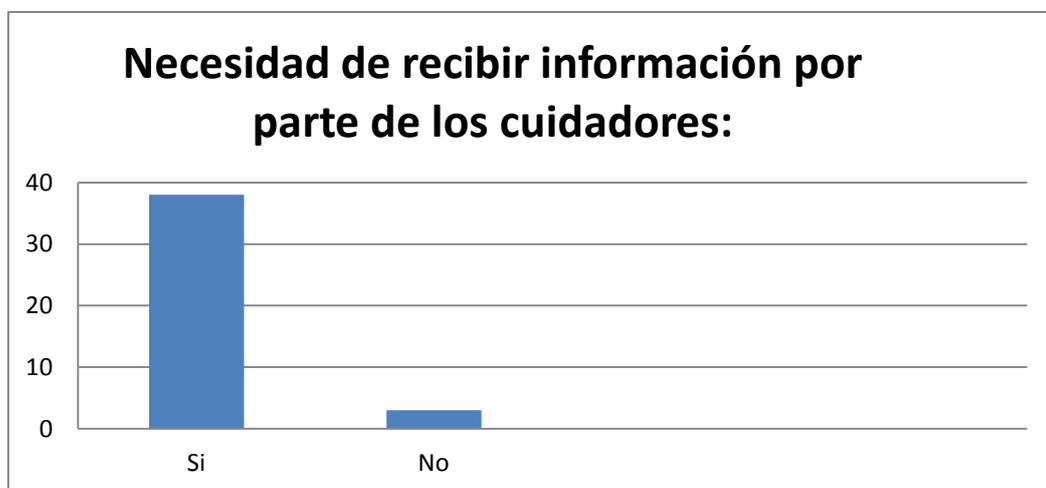
Otro punto importante y al cual se debe prestar atención es la necesidad de formación de los cuidadores. En muchos casos se enfrentan a la situación sin tener conocimientos, lo que puede influir notablemente en su propia salud. Algunos cuidadores principales afirman la necesidad de adquirir habilidades para llevar a cabo cuidados básicos.

La falta de destreza a la hora de cuidar afecta tanto a la salud de la persona dependiente como a la persona que cuida.

Proporcionar conocimientos a los cuidadores informales supone saber afrontar los problemas derivados del cuidado de una forma efectiva y con firmeza. Además se debe de apoyar a los cuidadores durante todo el proceso, de forma continuada e individualizada desde las instituciones, tomando especial relevancia la Enfermería.

Tras la revisión de varias investigaciones, y en concreto una realizada en Sevilla mediante un estudio descriptivo (cuestionario) en la que incluyen 41 cuidadores, se llega a la conclusión que el 92.7% de los encuestados expresan la necesidad de formación. El principal motivo por el que deciden formarse es para ampliar conocimientos, en contra de la minoría que cree que mejorará la calidad de los cuidados <sup>(15)</sup>.

Gráfica 4: Formación a los cuidadores



Fuente: Guerra Martín, MD; Zambrano Domínguez, EM. Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales.

## 2.4. En primera persona: Sentimientos reales de los cuidadores informales.

Para analizar en profundidad los sentimientos y las expresiones de los cuidadores, se encontró un estudio cualitativo descriptivo, también realizado en Andalucía, con 14 cuidadoras en el que se exponen las expresiones literales de las mimas. El estudio examina cinco grandes categorías: tareas, valores, reconocimiento y apoyo social <sup>(22)</sup>.

En cuanto a las tareas, las cuidadoras identifican en su mayoría una dedicación plena al cuidado: *“Yo pendiente de mi marido totalmente de él las 24 horas del día, totalmente de noche y de día, a todas horas”, “Hay que hacerle todo, de los pies a la cabeza, desde la mañana a la mañana del día siguiente, todo, todo, la comida, el aseo personal, lavado de ropa, medicación, corte de pelo, uñas, todos los cuidados”*. Es llamativo que en ninguno de los testimonios presentes en el artículo se refleja sentimientos de afecto <sup>(22)</sup>.

Los valores derivados de la tarea de cuidar son por ejemplo la paz interior *“Mucha paz, me siento muy a gusto conmigo misma, me ayuda, me da paz, pienso que mejor no lo puedo hacer”* o la dificultad que conlleva abandonar las propias necesidades *“Te apartas de la familia, amistades, de costumbres, de todo, de todo, totalmente pendiente de esa persona”* <sup>(24)</sup>. Uno de los valores predominantes en esta figura, es la influencia del género, en su mayoría son cuidadoras femeninas *“Ellos no, pueden echar una mano, pero no cuidan 24 horas como estamos nosotras”* <sup>(22)</sup>.

En relación al reconocimiento familiar, se pudo observar la falta del mismo. *“Mientras lo estás cuidando tus hijos te dicen ‘pues vete, pero eso no sale de una, a mi no me lo ha agradecido nadie’*. Algo a destacar en esta investigación es el gran reconocimiento de los profesionales de Enfermería por parte de las cuidadoras, *“Hay veces que te dicen ‘lo estás haciendo muy bien’, de esta forma, de la otra, si te reconocen es, que estás muy sacrificada y que estás muy pendiente”, “Yo hasta ahora que he necesitado algo, me habéis entendido”* <sup>(22)</sup>.

Por último, los cuidadores identifican las ayudas por parte de las instituciones, aunque dicen que son escasas, *“Está la ayuda a domicilio, aunque no funciona al cien por cien, todo va en función del dinero también”*. Valoran de manera positiva la accesibilidad a los profesionales sanitarios, *“Yo cuando he llamado al enfermero ha venido de momento y me ha resuelto el problema”* <sup>(22)</sup>.

## 2.5. Sobrecarga del cuidador: Escala de Zarit

En cuanto al concepto de sobrecarga del cuidador, su definición o acotación tiene varias direcciones, pero actualmente la más aceptada es la que hace Zarit, describiéndolo como el grado en el que los cuidadores perciben su salud y su vida, tanto social como personal. Se distingue entre sobrecarga subjetiva, respuesta emocional del cuidador a cuidar, relacionado con las dificultades y las recompensas, y la objetiva, que está relacionado con las actividades observables y la carga física, es decir, variables del paciente y las características de su cuidado <sup>(19)</sup>. La sobrecarga objetiva y subjetiva varía en función de la edad del cuidador. Por ejemplo la sobrecarga subjetiva es más predominante en los cuidadores jóvenes. Esto es debido a que sienten que cuidar les está suponiendo perder oportunidades en otros ámbitos de su vida, valorando los cuidados como algo difícil de mantener en el tiempo <sup>(23)</sup>.

El proceso de cuidar lleva implícito varios elementos estresantes. Para poder valorar esa sobrecarga tenemos la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit <sup>(19)</sup> <sup>(27)</sup>. Es un instrumento que mide la sobrecarga subjetiva de los cuidadores, es decir, como perciben ellos su propia salud. Es una escala auto-administrada. Consta de 22 preguntas relacionadas con las sensaciones del cuidador. Cada pregunta se puntúa con un gradiente que va desde el 0 (nunca) al 4 (Casi siempre). Los resultados se basan en <sup>(20)</sup> (anexo I):

- <46: no existe sobrecarga.
- 47-55: sobrecarga leve.
- >56: sobrecarga intensa.

Algunos autores describen una serie de factores para detectar la sobrecarga del cuidador de una forma precoz <sup>(30)</sup>:

- Deterioro cognitivo y funcional de la persona cuidada.
- Duración de la enfermedad.
- Trastornos conductuales del paciente.
- Parentesco con la persona cuidada. Cuánto más cercano, mayor riesgo.
- La tensión relacionada con el desempeño del papel.
- Estrategias de afrontamiento utilizadas.
- Apoyo social y familiar.
- La motivación para cuidar: cumplir con un deber, obligación de hacerlo, por reciprocidad, por altruismo, por estima, sentimientos de culpa del pasado, por aprobación social.

### 3. LA ENFERMERÍA Y EL CUIDADOR.

Generalmente el cuidado se lleva a cabo de una forma instintiva y natural, sin ningún tipo de conocimiento científico o técnico. Se adopta la posición de ensayo-error en el día a día, suponiendo un desgaste para la salud del cuidador, como se ha descrito anteriormente<sup>(31)</sup>.

El apoyo de los servicios sociales a los cuidadores es la manera de conservar ese servicio de cuidado informal en el hogar<sup>(31)</sup>.

Los profesionales de la salud tienen un papel importante en este punto, ya que mediante la educación para la salud y sus intervenciones pueden disminuir notablemente ese desgaste y sufrimiento que esta ocasionado por la falta de preparación<sup>(31)</sup>.

Concretamente, la Enfermería tiene una posición privilegiada para poder actuar ante la figura del cuidador. De una forma tradicional la Enfermería se ha centrado en las personas dependientes y enfermas, dejando de lado completamente a su cuidador, lo que le afecta directamente<sup>(31)</sup>.

Es función de la enfermera trabajar junto al cuidador y al resto del equipo de salud, para plantearse los objetivos conjuntamente y poder, por un lado, hacer que su labor sea ejecutada correctamente, y por otro a que conserve su propia salud<sup>(31)</sup>.

La introducción en el día a día de la enfermera del cuidado del Cuidador informal debe de ser de forma sistemática y real<sup>(31)</sup>.

El cuidado de personas con dependencia en el hogar es difícil, implica atención de necesidades físicas, emocionales, espirituales y psicosociales; constituye un área de oportunidad para desarrollar intervenciones interdisciplinarias y psicoeducativas de enfermería<sup>(31)</sup>.

#### 3.1 Objetivos que debe incluir una intervención dirigida al cuidador informal

Las intervenciones dirigidas a los cuidadores deben de incluir los siguientes puntos<sup>(31)</sup>:

- Disminuir la sobrecarga descrita en el anterior capítulo, y que sufren la gran mayoría de los cuidadores. Se llevará a cabo mediante el ofrecimiento de apoyos para evitar el fracaso de la actividad.
- Aportar conocimientos, información, recursos y todo aquello necesario para que los cuidadores lleven a cabo su labor en las mejores condiciones posibles. Aquí la enfermera adquiere un papel importante ya que desde el proceso enfermero, y su etapa de valoración puede detectar estos déficits y actuar posteriormente sobre ellos.

Las intervenciones deben de ir dirigidas a las distintas áreas problemáticas. Como guía se expone una tabla en el Anexo II<sup>(31)</sup>.

### 3.2 Plan de cuidados de Enfermería

Las enfermeras mediante el Proceso de Atención de Enfermería, disponen de una herramienta muy útil para poder actuar sobre estos problemas de una forma independiente<sup>(32)</sup>.

El Proceso de Atención de Enfermería se define, según Alfaro, como un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden determinado para asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería.

En esta monografía se está llevando a cabo el análisis de la realidad del cuidador informal, el cuál desarrolla diferentes alteraciones de su salud, y que la Enfermería puede atajar mediante la aplicación de un Plan de Cuidados Enfermeros.

En términos de taxonomía enfermera los principales diagnósticos serían<sup>(32) (34) (35) (36)</sup>:

- Riesgo de cansancio del rol de cuidador.
- Cansancio del rol de cuidador.
- Afrontamiento inefectivo
- Ansiedad
- Baja autoestima situacional.
- Conocimientos deficientes.

#### **RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (00062)**

Nombra una situación en que el cuidador habitual de la familia tiene la sensación de que le resulta difícil seguir desempeñando ese papel.

Factores relacionados:

- El cuidador no descansa lo suficiente.
- El cuidador carece de experiencia.
- El cuidador tiene un conflicto de roles.

#### **NOC**

**Descanso (0003):** Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física. Puntuación diana de resultado: Desde “Gravemente comprometido” (1) hasta “No comprometido” (5).

Indicadores:

- 000301 Tiempo de descanso
- 000303 Calidad de descanso
- 000304 Descansado físicamente
- 000305 Descansado mentalmente
- 000308 Descansado emocionalmente.

## **NOC**

**-Control del riesgo (1902):** Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables. Puntuación diana de resultado: desde “Nunca demostrado” (1) hasta “Siempre demostrado” (5).

Indicadores:

- 190201 Reconoce factores de riesgo.
- 190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.
- 190216 Reconoce cambios en el estado de salud.

**-Ejecución del rol (1501):** Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol. Puntuación diana de resultado: Desde “Inadecuado” (1) hasta “Completamente adecuado”.

Indicadores:

- 150101 Capacidad para cumplir las expectativas del rol.
- 15103 Ejecución de las conductas de rol familiares.
- 150108 Descripción de los cambios conductuales con ancianos dependientes.
- 150111 Estrategias referidas para el cambio de rol.

## **NIC**

**-Apoyo al cuidador principal (7040):** Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

Actividades:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.

**-Asistencia en el mantenimiento del hogar (7180):** Ayudar al paciente/familia a mantener el hogar como un sitio limpio, seguro y placentero.

Actividades:

- Determinar las necesidades de mantenimiento en casa del paciente.
- Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en la realización de sus papeles.
- Ayudar a la familia a utilizar la red de apoyo social.

**-Grupo de apoyo (5430):** Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud de sus miembros.

Actividades:

- Determinar el nivel de convivencia del sistema actual de apoyo al paciente.
- Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder.
- Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.
- Ayudar al grupo a progresar en las etapas del desarrollo grupal: desde la orientación pasando por la cohesión hasta la conclusión.

### **CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR (00061)**

Nombra una situación en que el cuidador habitual de la familia tiene dificultad para seguir asumiendo ese papel.

Factores relacionados:

- Falta de recursos recreativos.
- Falta de apoyo de otras personas significativas.
- Falta de información.
- Alejamiento de la familia, amigos, compañeros de trabajo.

Características definitorias:

- Preocupación por el estado de salud de la persona cuidada.
- Preocupación por la capacidad del cuidador para prestar los cuidados.
- Dificultad para aceptar los efectos de la enfermedad sobre la persona cuidada.
- Cambios en el estado de salud del cuidador: Físicos, emocionales (trastornos en el sueño, labilidad emocional, deterioro del afrontamiento).
- Conflictos familiares o preocupación por los miembros de la familia.

### **NOC**

**-Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203):** Gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador. Puntuación diana del resultado: desde "Grave" (1) hasta "Ninguno" (5) y "Gravemente comprometido" (1) "hasta no comprometido" (5).

Indicadores:

- 220315 Trastorno de la rutina. (grave a ninguno).
- 220302 Realización del rol.
- 220306 Interacciones sociales.
- 220308 Actividades de ocio.
- 220309 Productividad laboral.-

**-Bienestar del cuidador principal (2508):** Alcance de la percepción positiva del estado y de las circunstancias del proveedor de cuidados primarios. Puntuación diana del resultado: desde "No del todo satisfecho" (1) hasta "Completamente satisfecho" (5).

Indicadores:

- 250801 Satisfacción con la salud física.
- 250802 Satisfacción con la salud emocional.
- 250803 Satisfacción con el estilo de vida.

- 250812 Disponibilidad de descansos.

**-Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204):** Interacciones y conexiones positivas entre el cuidador principal y el receptor. Puntuación diana del resultado: desde “Gravemente comprometido” (1) hasta “No comprometido” (5).

Indicadores:

- 220401 Comunicación efectiva.
- 220408 Compromiso a largo plazo.
- 220411 Solución de problemas en colaboración.
- 220413 Sentimiento mutuo de unión.

## **NIC**

**-Apoyo al cuidador (7040):** Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

Actividades:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Estudiar junto con el cuidador sus puntos fuertes y débiles.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo.
- Informar al cuidador sobre los recursos sanitarios y comunitarios.
- Explorar con el cuidador principal cómo lo está afrontando.
- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.

**-Potenciación del roles (5370):** Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y completando las conductas de papeles específicos.

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar períodos de transición de papeles a lo largo de la vida.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el cambio de roles o a roles nuevos.
- Facilitar la discusión de expectativas entre el paciente y el ser querido en los papeles recíprocos.

## **AFRONTAMIENTO INEFECTIVO (00069)**

Nombra una situación en que la persona no es capaz de valorar acertadamente los agentes estresantes a los que se enfrenta, elegir las respuestas prácticas o utilizar los recursos de los que dispone.

Factores relacionados:

- Sentimientos de incertidumbre o falta de control.
- Situaciones de crisis.
- Falta de preparación para el manejo de agentes estresantes.

- Desconfianza en las propias aptitudes.

Características definitorias:

- Percepción de incapacidad para afrontar la situación.
- Percepción de incapacidad para cumplir las expectativas del rol.
- Percepción de incapacidad para satisfacer las propias necesidades.
- Alteración en el patrón del sueño.
- Reducción en el uso del apoyo social disponible.

### **NOC**

**-Afrontamiento de los problemas (1302):** Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. Puntuación diana del resultado: desde “Nunca demostrado” (1) hasta “Siempre demostrado” (5).

Indicadores:

- 130203 Verbaliza sensación de control.
- 130204 Refiere disminución del estrés.
- 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas.
- 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico.

**-Niveles de estrés (1212):** Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente. Puntuación diana del resultado: desde “grave” (1) hasta “ninguno” (5).

Indicadores:

- 121201 Elevación de la presión sanguínea.
- 121202 Aumento de la frecuencia del pulso radial.
- 121205 Aumento de la tensión muscular en el cuello, hombros y/o espalda.
- 121220 Irritabilidad.
- 121221 Depresión.
- 121222 Ansiedad.
- 121234 Cambios en la libido.

### **NIC**

**-Aumentar el afrontamiento (5230):** ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, amenazas, perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades:

- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Favorecer el desarrollo de relaciones.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

**-Aumentar los sistemas de apoyo (5440):** Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, amigos y la comunidad.

Actividades:

- Determinar grado de apoyo familiar.
- Observar la situación familiar actual.
- Explicar a los demás implicados la manera en la que pueden actuar.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

### **ANSIEDAD (00146)**

Nombra una situación en que la persona experimenta una señal de alerta, un sentimiento de aprensión o de vaga amenaza, relacionada con la anticipación de un peligro, que por norma general se desconoce y que se acompaña de una respuesta del sistema nervioso autónomo que le permite tomar medidas necesarias para afrontar la amenaza.

Factores relacionados:

- La persona percibe una amenaza de cambio de rol o de las funciones que debe llevar a cabo para desempeñarlo.
- Cambio en su salud.
- Cambio en sus relaciones.
- Situación personal que le lleva a un alto grado de estrés.

Características definitorias:

- *Conductuales:* la persona disminuye su productividad, se muestra nerviosa, inquieta, se queja de insomnio, manifiesta preocupación debida a cambios en acontecimientos vitales.
- *Afectivas:* la persona se muestra irritable, temerosa, angustiada.
- *Fisiológicas:* La persona se muestra inestable, la voz temblorosa.
- *Cognitivas:* La persona sufre bloqueo del pensamiento, reducción del campo perceptual de la atención y concentración. Olvidadiza, confusa, preocupada.

### **NOC**

**-Afrontamiento de problemas (1302):** acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. Puntuación diana del resultado: desde "Nunca demostrado" (1) hasta "siempre demostrado" (5).

Indicadores:

- 13203 Verbaliza sensación de control.
- 13204 Refiere disminución del estrés.
- 13205 Verbaliza aceptación de la situación.
- 13209 Utiliza el apoyo social disponible.
- 13218 Refiere aumento del bienestar.

**-Autocontrol de la ansiedad (1402):** Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada. Puntuación diana del resultado: "Nunca demostrado" (1) hasta "Siempre demostrado" (5).

Indicadores:

- 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.
- 140210 Mantiene el desempeño del rol.
- 140214 Refiere dormir de forma adecuada.
- 140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.

### **NIC**

**-Disminución de la ansiedad (5820):** Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Escuchar con atención.
- Identificar cambios en el nivel de ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

### **BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00120)**

Nombra una situación en que la persona, ante una situación específica responde con una autoevaluación negativa.

Factores relacionados:

- Cambios en el desarrollo o el rol social.
- Alteración en la imagen corporal o el deterioro funcional.
- Sentimientos de haber fallado o de ser rechazada.

Características definitorias:

- La persona expresa verbalmente una evaluación negativa sobre si misma.
- La persona expresa verbalmente que la situación a la que se enfrenta la sobrepasa.
- Se siente insegura, desesperanzada, indecisa, inútil.

### **NOC**

**-Modificación psicosocial: cambio de vida (1305):** Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante. Puntuación diana del resultado: Desde "Nunca demostrado" (1) hasta "Siempre demostrado" (5).

Indicadores:

- 130501 Establecimiento de objetivos realistas.
- 130504 Expresiones de utilidad.
- 130505 Expresiones de optimismo sobre el presente.
- 130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro.
- 130511 Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida.

**-Autoestima (1205):** Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicadores:

- 120501 Verbalizaciones de auto-aceptación.
- 120508 Cumplimiento de los roles significativos personales.
- 120519 Sentimientos sobre su propia persona.

### **NIC**

**-Potenciación de autoestima (5400):** Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Reafirmar virtudes personales que identifique el paciente.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- Explorar razones de autocrítica o culpa.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia.
- 

### **CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126) (especificar)**

Nombra una situación en que la persona carece de información cognitiva suficiente o fidedigna sobre un tema específico relacionado con salud.

### **NOC**

**-Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803):** Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta. Puntuación diana del resultado: Desde "Ninguno" (1) hasta "Extenso" (5).

Indicadores:

- 180302 Descripción del proceso de la enfermedad.
- 180307 Descripción del curso habitual de la enfermedad.
- 180309 Descripción de las complicaciones.
- 180311 Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones.

**-Conocimiento: procedimientos terapéuticos (1814):** Grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico. Puntuación diana del resultado: Desde "Ninguno" (1) hasta "Extenso" (5).

Indicadores:

- 181401 Descripción del procedimiento terapéutico.
- 181403 Descripción de los pasos del procedimiento.
- 181409 Descripción de las acciones apropiadas durante las complicaciones.

**-Conocimiento: recursos sanitarios (1806):** Grado de comprensión transmitido sobre recursos sanitarios relevantes. Puntuación diana del resultado: Desde "Ninguno" (1) hasta "Extenso" (5).

Indicadores:

- 180601 Descripción de los recursos que aumentan la salud.

- 180602 Descripción de cuándo contactar con un profesional sanitario.
- 180607 Descripción de los recursos sociales de ayuda disponibles.

**-Conocimiento régimen terapéutico (1813):** Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico. Puntuación diana del resultado: Desde “Ninguno” (1) hasta “Extenso” (5).

Indicadores:

- 181302 Descripción de las responsabilidades de los cuidados para el tratamiento actual.
- 181304 Descripción de los efectos esperados del tratamiento.
- 181316 Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad.

## **NIC**

**-Educación sanitaria (5510):** Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Actividades:

- Determinar el contexto personal e historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria.
- Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo objetivo.
- Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.
- Utilizar estrategias y puntos de intervención variados en el programa educativo.

**-Enseñanza: Procedimiento/tratamiento (5618):** Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades:

- Determinar las experiencias anteriores del paciente/ser querido y nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento o tratamiento.
- Dar tiempo al paciente o ser querido para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán.
- Describir las actividades del procedimiento o tratamiento.

**-Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602):** Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Proporcionar información al paciente acerca de su enfermedad.
- Evitar promesas tranquilizadoras vacías.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Instruir al paciente/ ser querido sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

A modo de resumen:

<b>DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA</b>	<b>DE</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062)		-Descanso (0003) -Control del riesgo (1902) -Ejecución del rol (1501)	-Apoyo al cuidador principal (7040) -Asistencia mantenimiento del hogar (7180) -Grupo de apoyo (5430)
Cansancio del rol del cuidador (00061)		-Alteración del estilo de vida del cuidador (2203) -Bienestar del cuidador principal (2508) -Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)	-Apoyo al cuidador principal (7040) -Potenciación del rol (5370)
Afrontamiento inefectivo (00069)		-Afrontamiento de problemas (1302) -Niveles de estrés (1212)	-Aumentar el afrontamiento (5330) -Aumentar sistemas de apoyo (5440)
Ansiedad (00146)		-Afrontamiento de problemas (1302) Autocontrol de la ansiedad (1402)	-Disminuir la ansiedad (5820)
Baja autoestima situacional (00120)		-Modificación psicosocial: cambio de vida (1305) -Autoestima (1205)	-Potenciación de la autoestima (5400)
Conocimientos deficientes (00126)		-Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803) -Conocimiento: procedimientos terapéuticos (1814) -Conocimiento: recursos sanitarios (1806) -Conocimiento: régimen terapéutico (1813)	-Educación sanitaria (5510) -Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618) -Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602)

## Conclusiones

Con la realización de esta monografía se ha observado que desde el inicio de los tiempos ha existido una figura en el entorno familiar que se hacía cargo de los cuidados de los enfermos, generalmente una mujer. Tras la evolución histórica aparece el sistema formal, que presta cuidados basados en unos conocimientos científicos y de forma remunerada. En la actualidad el Sistema formal coexiste con un sistema informal, ambos con los mismos objetivos, contribuir para mejorar o minimizar un problema de salud de una persona dependiente o enferma. En cambio el sistema informal tiene una sobrecarga importante de trabajo, a lo que debemos añadir que es una actividad no remunerada y sin ningún tipo de preparación.

Los cuidadores informales, la mayoría de los casos mujeres con relación de parentesco cercano a la persona dependiente, se ven muchas veces implicadas en un proceso complejo y totalmente nuevo para ellas de un día para otro. La sobrecarga que padecen es notable y tiene consecuencias directas sobre su salud física, psíquica o social, e incluso para su economía. A todo esto le debemos añadir el factor tiempo. Generalmente los cuidadores informales realizan su tarea por un largo período de tiempo. Todo esto, va desgastando al cuidador, pasando a ser el mismo el objeto de cuidado, pero es el gran olvidado en el sistema formal.

El reconocimiento de esta figura por parte del sistema formal es una meta a alcanzar, cuanto antes mejor, ya que la labor que realiza es importantísima, en cambio son los olvidados.

Con el Proceso de Atención de Enfermería, las Enfermeras tienen una herramienta eficaz para atajar este gran problema. Es por eso que se ha querido desarrollar en esta monografía para que aquellas profesionales que quieran, puedan utilizarlo y ayudar en el día a día a los cuidadores, a sobrellevar una actividad importante, pero a la vez muy dura. No sólo se trata de prestar cuidados a una persona enferma, si no que esa persona enferma es su familiar, y los componentes emocionales y psíquicos que se incluyen, hacen aún más difícil la actividad.

## Referencias Bibliográficas

- <sup>(1)</sup> Ortego Maté MC. La Familia en: Ortego Maté MC. Ciencias Psicosociales Aplicadas: Santander; 2009. Pág 163-177.
- <sup>(2)</sup> Mezquita Pipó C, Siles González J. El cuidado en el Paleolítico. El rol social de la mujer en los cuidados de supervivencia. Visión desde la narrativa de J.M. Auel. Temperamentvm. Cul Cuid [Serie en Internet] [Fecha de acceso:30/10/2013]; 2011; 13. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/temperamentum/tn13/,DanalInfo=www.index-f.com+t7577.php>
- <sup>(3)</sup> Murdock GP. Social Structure. Nueva York: MacMillan; 1949.
- <sup>(4)</sup> García Martín-Caro C, Martínez Martín ML. Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt ; 2001. Pág.15-21.
- <sup>(5)</sup> Félix Alemán A, Aguilar Hernández R.M<sup>a</sup>, Martínez Aguilar M<sup>a</sup> de la L, Avila Alpírez H, Vázquez Galindo L, Gutiérrez Sánchez G. Bienestar del cuidador/a familiar adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. Cul Cuid (Edición digital) [serie en Internet] [fecha de acceso: 30/10/2013]; 2012; 16, (33):81-88.Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.011>
- <sup>(6)</sup> Del Campo S, Rodríguez-Bioso MM. La gran transformación de la familia española durante la segunda mitad del siglo XX. Rev Esp Inv Sociol [Serie en Internet] [Fecha de acceso:30/10/2013]; 2002; 100: 103-165. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=642624>
- <sup>(7)</sup> Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº299 (15-12-2006).
- <sup>(8)</sup> Reques Velasco P. El análisis demográfico del envejecimiento: conceptos, técnicas y métodos. Santander: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cantabria; 2006. Pág 55-76.
- <sup>(9)</sup> Bódalo Lozano E. Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. Portularia Rev Trab Soc [Serie en Internet]. [Fecha de acceso: 16/12/2013]; 2010; 10(1): 85-97. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4279/b15919043.pdf?sequence=2>
- <sup>(10)</sup> Félix Alemán A, Aguilar Hernández R.M<sup>a</sup>, Martínez Aguilar M<sup>a</sup> de la L, Avila Alpírez H, Vázquez Galindo L, Gutiérrez Sánchez G. Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas. Cul Cuid (Edición digital) [serie en Internet] [Fecha de acceso:15/01/2014]; 2013; 17, (36): 50-58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.06>
- <sup>(11)</sup> Velasco A. Cuidador familiar del Adulto Mayor. Características y perfil de salud. Portales Médicos (Revista Electrónica) [serie en Internet] [Consultado 15/01/2014]; 2010. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2598/1/Cuidador-familiar-del-adulto-mayor-Characteristicas-y-perfil-de-salud.html>
- <sup>(12)</sup> Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. 2ª Ed. Madrid: Fundación BBVA; 2003

- <sup>(13)</sup> López López B, Casado Mejía R, Brea Ruíz M, Ruíz Arias E. Características de la provisión de cuidados a las personas dependientes. Nure Inv [Revista en Internet] [Consultado 4-02-2014]; 2011 Ene-Feb; 9 (56): [aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE56\\_original\\_provis\\_dep.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE56_original_provis_dep.pdf)
- <sup>(14)</sup> Villarejo Aguilar L, Zamora Peña MA, Casado Ponce G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. Enferm Global -Esp- [Serie en internet] [Consultado 10-02-2014]; 2012; 11 (3): 159-165. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.3.155111>
- <sup>(15)</sup> Guerra Martín MD, Zambrano Domínguez EM. Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. Enferm Global -Esp- [Serie en Internet] [Consultado 10-02-2014]; 2013; 12 (32). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400012&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000400012&script=sci_arttext)
- <sup>(16)</sup> IMSERSO. Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Colección Estudios Serie de Dependencia. Madrid: IMSERSO; 2005. [Consultado 10-02-2014] Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>
- <sup>(17)</sup> Manso Martínez ME, Sánchez López MP, Cuéllar Flores I. Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. Clínica y Salud [Serie en Internet] [Consultado el 10-02-2014]; 2013; 24 (1). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v24n1/original5.pdf>
- <sup>(18)</sup> Badía X, Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador informal del enfermo de Alzheimer. Revista de Atención primaria [Serie en Internet] [Consultado el 10-02-2014]; 2004; 34 (4): 170-177. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/calidad-vida-tiempo-dedicacion-carga-percibida-cuidador-13065825-originales-2004>
- <sup>(19)</sup> García-Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit [revista en la Internet] [Consultado 21-02-2014]; 2004; 18(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es).
- <sup>(20)</sup> Fernández de Larrinoa Palacios P, Martínez Rodríguez S, Ortiz Marqués N, Carrasco Zabaleta M, Solabarrieta Eizaguirre J, Gómez Marroquín I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. Psicothema [Serie en internet] [Consultado el 21-02-2014]; 2011; 23 (3): 388-393. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4098/Autopercepci%F3n%20del%20estado%20de%20salud%20en%20familiares%20cuidadores.pdf?sequence=1>
- <sup>(21)</sup> Martínez MA. Las familias ya no podemos más. Riesgo de exclusión social de las familias que cuidan de enfermos crónicos graves. Revista del Ministerio de trabajo y asuntos sociales [Consultado el 21-02-2014]; 2002; 35: 140-160. Disponible en: [http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/35/Rev35.pdf](http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/35/Rev35.pdf)

- (22) Fernández Lao I, Silvano Arranz A, Del Pino Berenguer M. Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. *Index Enferm* [Edición digital] [Consultado el 10-02-2014]; 2013. 22: 1-2. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/0520.php>>
- (23) García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit* [Consultado el 4/03/2014]; 2004; 18(Supl 1). Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/gv18s1/03sistema.pdf>
- (24) Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 22 Ed. 2001
- (25) Oliva Moreno J, Osuna Guerrero R. Los costes de los cuidados informales en España. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales. Presupuesto y Gasto Público 56/2009: 163-181. Disponible en: [http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu\\_gasto\\_publico/56\\_11.pdf](http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/56_11.pdf)
- (26) López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam* [Consultado el 22/03/2014]; 2009; 2 (7): 332-334. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004)
- (27) Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6:338-46.
- (28) Gómez Sánchez A. Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente. *Nuber Científ*. 2014; 2(11):21-26.
- (29) Ballester Fernando D, Juvinyà Canal D, Brugada Motjé N, Doltra Centellas J, Domingo Roura A. Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. *Rev Presencia* [Consultado 25/03/2014]; 2006 jul-dic; 2(4). Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/presencia/n4/,DanaInfo=www.index-f.com+56articulo.php>
- (30) Bermejo Caja C, Martínez Marcos M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Inv* [Consultado el 31/03/2014]; Diciembre 04-Enero 05; 11. Disponible en: [https://vpnuc.unican.es/FICHEROS\\_USUARIO/Proyectos\\_Imagenes/,DanaInfo=www.fuden.es+PROYECTO11.pdf](https://vpnuc.unican.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/,DanaInfo=www.fuden.es+PROYECTO11.pdf)
- (31) Egea Torres P, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD, Gejo Bartolome A. Programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores informales en salud. Necesidad de convergencia entre los programas formales y el apoyo informal. *Nursing* [Consultado el 31/03/2014]; 2008 Junio-Julio; 26 (6). Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/34075>
- (32) Peinado Gorlat P, Gorlat Sánchez B, Quero Rufián A, Mejías Martín Y, Bordajandi Quirante L, González Guerrero L. ¿Qué altera el bienestar de los cuidadores de pacientes dependientes? *Rev Paraninfo Digital* [Consultado el 31/03/2014]; 2011; 14. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/111d.php>

<sup>(33)</sup> Envejecimiento activo. Libro Blanco. 1ª Ed. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid: 2011.  
[http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088\\_8089Ibroblancoenv.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089Ibroblancoenv.pdf)

<sup>(34)</sup> Bulechek GM, Butcher HK, McCloskeyDochterman J, Editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier;2009.

<sup>(35)</sup> Moorhead S, Johnson M, Maas M. L, Swanson E, Editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

<sup>(36)</sup> Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskeyDochterman J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones Nanda, Noc y Nic: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª Ed. Madrid: Elsevier; 2007.

## Anexo I:

### ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

## Anexo II

Tabla resumen que abarca los temas problemáticos y en los que debemos centrar las intervenciones en los cuidadores informales:

Áreas problemáticas más habituales	Intervenciones sugeridas
Alimentación e hidratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación sobre una dieta variada que incorpore todos los grupos alimentarios</li> <li>• Planificar un aporte hídrico adecuado</li> <li>• Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al esquema corporal y al estilo de vida</li> </ul>
Dormir y descansar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a planificar un programa de cuidados alternando momentos de descanso</li> <li>• Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia en la planificación de cuidados</li> <li>• Prevención de manifestaciones del cansancio en el rol de cuidador</li> <li>• Manejo de factores ambientales para facilitar una comodidad óptima</li> </ul>
Moverse y mantener posturas adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación en técnicas de movilización de familiares</li> <li>• Entrenamiento en la realización de transferencias</li> <li>• Educación en la realización de cambios posturales</li> <li>• Educación en aspectos relacionados con la higiene postural</li> <li>• Promocionar la actividad física regular</li> </ul>
Comunicación con los demás	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar las redes sociales y el apoyo social</li> <li>• Favorecer la calidad y la cantidad de las relaciones</li> <li>• Facilitar la accesibilidad con el sistema formal</li> <li>• Prevención del aislamiento social</li> <li>• Fomentar las actividades sociales y comunitarias</li> </ul>
Valores y creencias propias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar el desarrollo de cuidados informales respetando sus creencias</li> <li>• Facilitar la expresión de sentimientos y dar apoyo emocional</li> <li>• Ayudar a reconducir pensamientos que puedan interferir en las tareas de cuidado</li> </ul>
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar a la persona a expresar sus sentimientos y pensamientos</li> <li>• Potenciar la capacidad de hacer frente a situaciones difíciles</li> <li>• Aprender técnicas de relajación</li> <li>• Asesoramiento sobre el cuidado de la persona dependiente</li> <li>• Ayudar al cuidador a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad</li> <li>• Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico</li> <li>• Facilitar la accesibilidad al equipo de salud</li> </ul>
Realización personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la autoestima y los sentimientos de identidad</li> <li>• Elogiar y reconocer los esfuerzos realizados</li> <li>• Favorecer la conciliación de la vida familiar y profesional</li> <li>• Ayudar a identificar metas personales</li> <li>• Fomentar el protagonismo como agente informal de salud</li> </ul>
Participar en actividades recreativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer el tiempo libre</li> <li>• Favorecer climas lúdicos</li> <li>• Promover la realización de actividades recreativas y deportivas</li> <li>• Ayudar a identificar las actividades recreativas satisfactorias</li> <li>• Incluir al cuidador en la planificación de actividades recreativas</li> <li>• Ayudar a programar periodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria</li> </ul>
Aprender	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar, formar y capacitar en habilidades de cuidados informales</li> <li>• Favorecer la implicación del resto de miembros familiares en el aprendizaje y desarrollo de habilidades de cuidados</li> <li>• Asesoramiento e información sobre las principales adaptaciones a realizar en el domicilio</li> <li>• Informar sobre los distintos servicios de la comunidad</li> <li>• Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios</li> <li>• Orientar e informar sobre los diferentes programas formales de soporte a los cuidadores</li> </ul>