



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL APOYO A
CUIDADORES NO PROFESIONALES ORIENTADO A
LOGRAR UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO.**

Autor: Daniel Núñez Pérez

Tutora: Virtudes Niño Martín

RESUMEN

Según los pronósticos de la OCDE en 2050 se triplicará el coste de atención sanitaria a personas dependientes y será necesario un 29,6% más de cuidadores informales para mantener la actual atención. Con estos datos se hace necesaria la colaboración entre la institución pública, cuidadores informales, asistentes personales y organizaciones privadas sin ánimo de lucro para que las personas mayores (PM) puedan lograr un envejecimiento activo. (SIIS Centro de Documentación y Estudios. Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco, 2012)

El interés de este trabajo reside en investigar cuales son los déficits de conocimientos sobre envejecimiento activo de 23 cuidadores informales en cinco centros de salud de Valladolid, para que la enfermera incluya en su función docente estos aspectos fundamentales. En las conclusiones se han tenido en cuenta las futuras medidas sanitarias tales como el borrador del IV Plan de atención sociosanitario de CyL, que marcará la política sanitaria hasta 2020 y el nuevo enfoque de atención al paciente crónico con el actual “Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico complejo” de 2013.

Palabras clave: anciano, envejecimiento activo, factores de riesgo del cuidador no profesional, cuidador informal.



Mis agradecimientos a todos los cuidadores que han participado en este estudio y a todas las enfermeras de Atención Primaria que colaboraron en este trabajo y en especial a los Centros de Salud de Valladolid: “La Victoria”, “Magdalena”, “Delicias”, “Rondilla” y “Circular”. Vuestra dedicación a la docencia es inspirador en el resto de los profesionales de la Salud.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	
1.1. Marco teórico del envejecimiento activo_____	4
1.2. Perspectiva sociodemográfica del envejecimiento en CyL._____	5
1.3. Perspectiva sociosanitaria del envejecimiento en CyL._____	6
1.4. Justificación _____	7
2. OBJETIVOS	
2.1. Objetivos generales. _____	8
2.2. Objetivos específicos._____	8
3. MATERIAL _____	8
4. MÉTODO _____	9
5. RESULTADOS _____	11
6. DISCUSIÓN _____	20
7. CONCLUSIONES _____	21
8. BIBLIOGRAFÍA _____	23
9. ANEXO I _____	25
10. ANEXO II _____	26
11. ANEXO III _____	27
12. ANEXO IV _____	28



1. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico del envejecimiento activo

A continuación se exponen varios conceptos clave que se van a utilizar a lo largo del trabajo, obtenidos de distintos autores.

Persona Mayor/ Anciano (PM): La edad cronológica y la biológica configuran la idea de vejez. A efectos administrativos y estadísticos se fija a partir de los 65 años, pero la edad de referencia está aumentando, puesto que ser mayor es un rasgo de identidad construido socialmente. (Roger García, 2010)

Envejecimiento demográfico: El envejecimiento de una población se entiende como el aumento de la proporción de personas mayores de 65 años con respecto al total de los individuos, que habitualmente se expresa en forma de porcentaje. (Robles Raya, Miralles Basseda, Llorach Gaspar, & Cervera Alemany, 2006)

Envejecimiento activo: proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Optimización de las oportunidades de la salud: promoción de la salud, prevención de enfermedades, acceso equitativo de Atención Primaria (AP) y enfoque equilibrado en los cuidados de larga duración.

Envejecimiento participativo: en el mercado laboral, actividad económica, actividades no profesionales (cuidadores de personas dependientes), esencial para el mantenimiento de la sociedad civil.

Envejecimiento seguro: seguridad económica, personal y del entorno (espacio de vida, disponibilidad de servicios y recursos asistenciales) (Díez Hoces de la Guardia & Rodríguez Fernández, 2009)



Cuidadores informales/familiares: conjunto de personas que dedican una importante actividad diaria al cuidado de personas con dependencias permanentes. (Delicado Useros, García Fernández, López Moreno, & Martínez Sánchez, 2000)

Se adjuntan más definiciones, recogidas en el Anexo I.

1.2 Perspectiva sociodemográfica del envejecimiento en CyL

El modelo de poblamiento en Castilla y León (CyL), es el resultado del éxodo rural iniciado en los años sesenta, a lo que se une un descenso de la natalidad. Es la comunidad autónoma con más personas mayores (PM) y con la mayor esperanza de vida de toda España con 79,5 años en varones y 85,6 en mujeres. (Instituto Nacional de Estadística, 2012). En el futuro CyL se espera que siga la tendencia del conjunto nacional, con un descenso de su población, un aumento de las personas de más de 65 años y un “envejecimiento del envejecimiento” debido al elevado número personas de más de 80 años.

En cuanto a la provincia de Valladolid, se aproxima a la media de edad nacional y una edad media en las PM de 76,18 años. En el futuro se espera una mayor emigración e inmigración, aunque con saldo migratorio negativo. Su tasa de dependencia es la más baja de CyL, aunque se trata del 30,2% en 2013 y se estima para el año 2023 una tasa del 41,7%, esto significa que casi la mitad de la población no tendrá capacidad productiva. (Fernández Portela & Vidal Domínguez, 2014)

En España el grupo de edad a partir de 75 a 84 años en adelante, es el que tiene más problemas de salud y la dependencia funcional es mayor en mujeres que en hombres. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) están limitadas en un 83,8% por problemas físicos (Instituto Nacional de Estadística, 2012).

Observando los datos anteriores, el problema demográfico no radica en la aceleración del envejecimiento, sino en la disminución de población en las nuevas generaciones (base del gráfico poblacional) que no podrán sostener con su capacidad productiva, el incremento del gasto público (de la parte alta del gráfico poblacional).



1.3 Perspectiva sociosanitaria del envejecimiento en CyL

Actualmente en CyL contamos con el borrador del IV Plan de atención sociosanitaria de CyL, que marcará la política sanitaria hasta 2020 con 5 áreas de intervención destacando el nuevo enfoque de atención al paciente crónico.

Según se expuso en la Estrategia de atención al paciente crónico en 2013 los pacientes crónicos protagonizaron el 80% de las consultas en AP, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 33% de las visitas en urgencias. Esta estrategia implica nuevas competencias y roles de los profesionales sanitarios y además pone en marcha las unidades de continuidad asistencial (UCA) para agilizar la gestión entre los niveles de asistencia de AP y hospitalaria. Son unidades integrales de atención a los pacientes crónicos. De esta manera se potencia los cuidados enfermeros en el domicilio, el modelo se evaluará en 2016. (Junta de Castilla y León, 2013)

Cabe destacar en CyL el establecimiento en 2014 de un Programa Integral de Envejecimiento Activo que coordina todas las instituciones que trabajan con las PM. Este programa trabaja conjuntamente con el Club de los 60, perteneciente a la Gerencia de Servicios Sociales de CyL (GSS) y tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las PM. (BOCYL, 2014). Gracias a este programa los centros residenciales se reconvierten en Centros Multiservicios que atienden tanto a personas que no pueden permanecer en su domicilio como a personas que necesitan ayuda a domicilio y su permanencia en él.

Teniendo en cuenta estas y otras reformas, España y en especial CyL, se está preparando para un futuro que exige en 2050 un 29,6% más de cuidadores informales para mantener la actual atención y según la OCDE se triplicará el coste de atención sanitaria a personas dependientes. Además se prevé un aumento del anciano frágil con gran dificultad para realizar las ABVD. (SIIS Centro de Documentación y Estudios. Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco. , 2012). Con este ritmo resultará difícil mantener la ayuda a las personas dependientes y en especial a las familias, que tendrían que asumir el coste de la atención y la participación en el cuidado informal, además la “ley de dependencia” tiene cada vez menos presupuesto en España debido a la crisis económica.



1.4 Justificación

Uno de los objetivos específicos del Borrador del IV Plan de Salud de CyL (BPS) es promover un envejecimiento activo y saludable con el fin de mantener la capacidad funcional y la vida independiente el mayor tiempo posible. (Junta de Castilla y León, 2015).

Para ello se debe reconocer socialmente al cuidador familiar como un elemento clave del envejecimiento activo por sus actividades no profesionales sobre las personas dependientes y puesto que Enfermería es sinónimo de excelencia en los cuidados, somos el colectivo más indicado para educar a aquellos, que pretenden ofrecer un cuidado y de esta manera obtener unos resultados con un mínimo de seguridad y calidad.

Con la enfermera como docente en materia de cuidados, lo que se pretende es mejorar los conocimientos de los cuidadores, para disminuir futuras visitas al C.S. tanto por parte del cuidador como del anciano, atender de forma indirecta al anciano, retrasar el ingreso en instituciones y evitar que el cuidador abandone en sus tareas por falta de conocimientos.

Otro motivo para promocionar el envejecimiento activo, es que ayudará a disminuir los recortes en otras áreas de la sanidad pública y el gasto sanitario futuro, que aumenta a medida que envejece la población, sobretodo en materiales y suministros en ascenso desde el año 2011 y el 2,3% de incremento en política sanitaria de CyL en el último año. (Gabinete técnico de CCOO y FSS de CCOO de CyL, 2014)

Por estos motivos surgió este trabajo de investigación, centrado en la función docente de la enfermera hacia el cuidador informal, para descubrir las principales carencias de conocimientos en el cuidador y lograr un envejecimiento activo en la persona.



2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos generales

- ✓ Determinar los principales déficits de conocimientos en los cuidadores informales para lograr un envejecimiento activo.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Entrevistar a los cuidadores para evaluar posibles déficits de conocimientos y/o dificultades que impiden un envejecimiento activo de su familiar.
- ✓ Analizar los resultados de los cuestionarios y posibles causas
- ✓ Sugerir posibles soluciones al problema.

3. MATERIAL

El área de estudio está delimitada a cinco centros de salud (CS) de Valladolid: “La Victoria”, “Magdalena”, “Delicias”, “Rondilla” y “Circular”. Cada uno con diferente nivel de participación. El muestreo fue realizado entre febrero y mayo de 2015 consiguiendo una muestra de 23 cuidadores informales, que aunque no nos permite generalizar los resultados al resto de la población de Valladolid (validez externa), si nos permite sugerir intervenciones educativas enfermeras sobre el grupo de estudio (validez interna).

La muestra es intencional/determinista (elección subjetiva), debido a que solamente se ha entrevistado a aquellos cuidadores que podían ser más colaboradores según su aparición en la consulta de Atención Primaria (AP). Se anotan objetivamente las respuestas del cuestionario (Anexo II), un informe de resultados de cuidados (Anexo III) y la escala de Zarit (Anexo IV).

El cuestionario consiste en 22 preguntas acerca de sus datos personales, estudios, formación y conocimientos en diferentes áreas del envejecimiento activo. Se explica a los participantes el motivo del cuestionario y se les garantiza la privacidad de sus datos. Después los datos se analizan mediante de una tabla de Excel, organizando las



frecuencias de cada variable comparándose con el informe de cuidados y las preguntas de la escala de Zarit. Los resultados obtenidos serán expuestos en el apartado de desarrollo del tema.

4. MÉTODO

A nivel teórico:

Se delimita el estudio a los conocimientos sobre envejecimiento activo de los cuidadores informales, estableciendo un marco teórico, realizando una búsqueda de artículos relacionados en los buscadores: Clinical Key, Cochrane, Scielo y Lilacs. Se utilizaron palabras clave como anciano, envejecimiento activo, factores de riesgo del cuidador no profesional y cuidador informal.

De la lectura bibliográfica surge la siguiente pregunta: “Los conocimientos del cuidador en materia de envejecimiento activo, ¿afectan en sus resultados de cuidados y/o en su sobrecarga?”

En cuanto al papel de la enfermera sobre el cuidador informal surgen tres preguntas más:

1. ¿Qué consejos son prioritarios en materia de envejecimiento activo para un cuidador informal?
2. ¿Qué consejos son prioritarios para mejorar el autocuidado del cuidador informal?
3. ¿Existe una relación significativa entre el interés por formarse y la formación recibida?

A nivel metodológico:

Hemos utilizado un diseño observacional/no experimental transversal para observar la causa-efecto de las variables en este momento y en determinados centros de salud. No hay un seguimiento de los cuidadores.

Se ha realizado un muestreo determinista intencional y secuencial. Intencional debido a que hemos seleccionado a los individuos que hemos tenido fácil acceso. Secuencial



porque se van recopilando datos hasta que se consigue suficiente evidencia para tomar decisiones con la información obtenida. (Danae, 2008).

A nivel analítico:

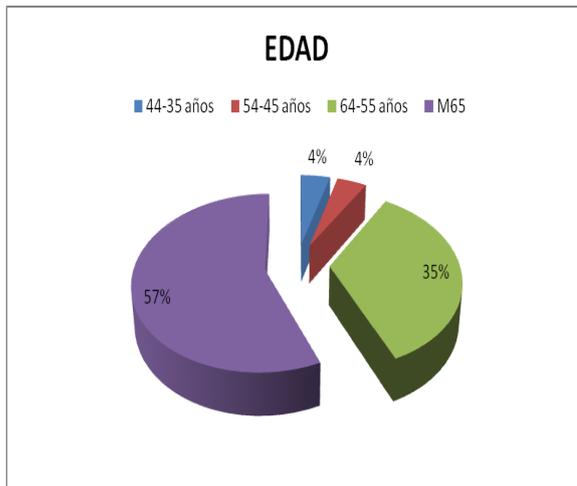
En cuanto a las variables se organizaron en tablas de Excel con frecuencias y porcentajes relativos, representadas en gráficas de sectores. En cuanto a las variables formación e interés por formarse, se utilizaron tablas de contingencia para comparar las variables y con el método de chi cuadrado de Pearson para descartar o aceptar la hipótesis nula. El resultado determinó que son independientes.



5. RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados más destacables del estudio.

Variables estudiadas respecto a la edad:

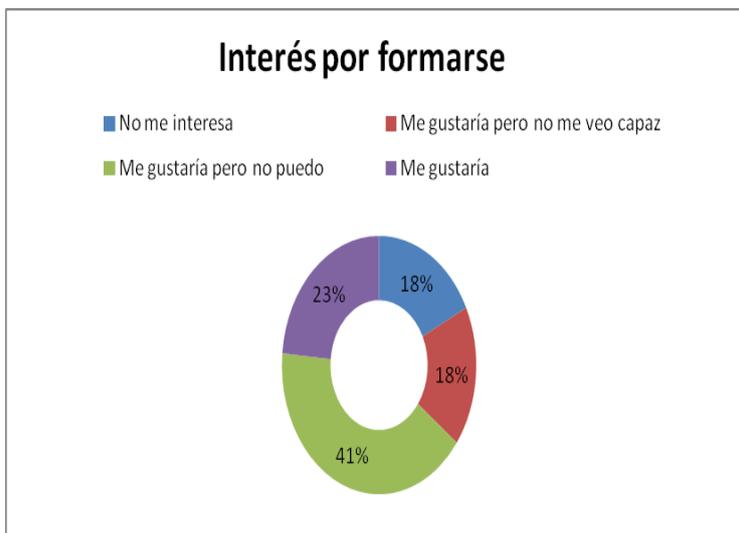


El 35% de los sujetos tienen una franja de edad de entre 55 a 64 años y un 57% son mayores de 65 años.

Un 60% de los cuidadores informales son mujeres, de las cuales, la mitad tienen más de 65 años. En los hombres el 80% tiene más de 65 años. El 75% de los cuidadores tienen estudios primarios.

Variables estudiadas respecto a la formación de cuidadores:

A continuación cuando hablamos de la formación al cuidador, nos referimos a reuniones, cursos u otras actividades por parte del CS que implican delegar los cuidados en una red social de apoyo para poder asistir.



De los cuidadores que no han recibido formación sobre cuidados, solamente podemos formar a un 23% (4 de cada 17 cuidadores). Son pocos los cuidadores que pueden acceder a una formación. Si analizamos los datos obtenidos de los

cuidadores, existen muchas variables que pueden influir en este porcentaje como las limitaciones psicológicas o físicas (52%) y las limitaciones cognitivas (30%).

Analizando la formación del cuidador y el interés por formarse, no existen diferencias significativas, luego son independientes y los datos entran dentro de lo esperable porque el intervalo de confianza incluye el cero.

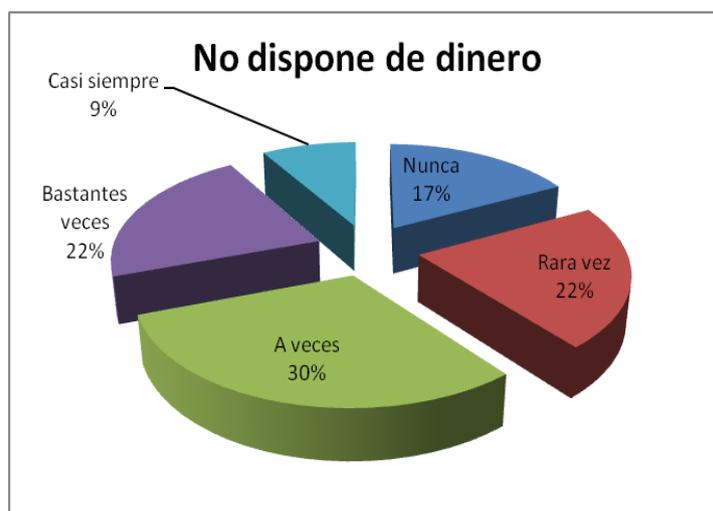
Otras variables que suceden bastantes veces o casi siempre son:

Alteraciones en la relación con la PM (39%), no tener tiempo para ellos mismos (47%), agotamiento junto al familiar (35%) o la falta de vida privada (35%) que pueden influir de manera significativa en el interés por formarse del cuidador.

Como se puede observar existe una gran sobrecarga que ayuda a los cuidadores a no poder formarse en su tiempo libre. Estos resultados implican que estos cuidadores no tienen una buena red social de apoyo para poder dedicar unos minutos al día en su formación.

Variables estudiadas relacionadas con el riesgo de abandono del cuidador:

El 31% de los cuidadores creen que no disponen de dinero suficiente para cuidar de su familiar, además de sus otros gastos, además el 56% de los cuidadores siente bastantes



veces o casi siempre temor por el futuro que le espera a su familiar.

Un 17% de los cuidadores casi siempre piensan que no van a ser capaces de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo. En todos estos casos la enfermera debe gestionar el enlace entre los diferentes

niveles asistenciales o entre los distintos profesionales y detectar los puntos débiles de la atención continua al paciente crónico pluripatológico.

Llama la atención la perspectiva de los cuidadores refiriendo en el cuestionario un 40% que se sienten muy sobrecargados, mientras que escala de Zarit refleja que realmente es un 80% de los cuidadores, los que tienen una sobrecarga intensa.

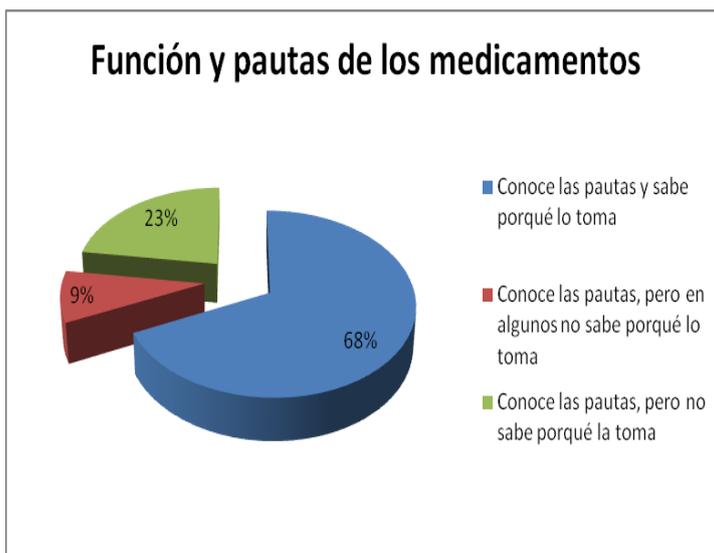
La diferencia entre los porcentajes, hace pensar que la estimación de la sobrecarga por los cuidadores es a la baja y no debemos infravalorar el esfuerzo del cuidador.

En cuanto a conocimientos en envejecimiento activo destacamos 6 puntos:

1. Adherencia al tratamiento:

Un 70% de los cuidadores refiere que casi siempre acude a las citas de la PM. De ellos un 80% refieren conocer las pautas de medicación y saber por qué la toma. Además un 62% de las PM que están con estos cuidadores siempre demuestran seguir la pauta prescrita y un 38% frecuentemente demostrado.

Del resto de cuidadores que acude menos veces al CS, sólo un 28% sabe porqué toma la medicación (frente a un 80% de los que acuden casi siempre).



Esta comparación con el informe de resultados, nos acerca más a la realidad de los hechos y confirma en mi opinión, el excelente trabajo de la enfermera de AP a la hora de educar en materia de adherencia en el tratamiento al cuidador. Sólo queda la asistencia del cuidador al CS puesto que es del 70% si es

posible, puesto que un 52% de cuidadores tiene limitaciones físicas o psicológicas.



De todos los cuidadores un 32% conocen la pauta del tratamiento pero refieren no saber el porqué toman alguna o toda la medicación, este dato puede estar influenciado por limitaciones cognitivas del cuidador (30%) o por acudir a veces o rara vez a las citas del CS (13%).

2. Actividad física (AF):

Según los datos del cuestionario sólo un 20% de los cuidadores conoce poco acerca de



los beneficios de la actividad física y un 13% pocos o ningún ejercicio de fuerza/movilidad.

Estos datos refuerzan el trabajo de educación de la enfermera en AP.

Un 35% de las PM no realiza AF alguna o no puede.

De todos los cuidadores que conocen muchos o casi todos los ejercicios, un 20% no los realiza o no puede y un 80% los practica de forma moderada o intensa. De los que conocen menos ejercicios sólo un 23% lo practica de forma moderada.

El conocimiento del cuidador sobre ejercicios de AF implica un aumento de PM que lo practican de forma moderada o intensa, es decir que se esfuerzan más.

De todas las personas que no pueden o no realizan AF un 75% revela que su integridad en la piel está moderada o sustancialmente comprometida. Sin embargo de las que realizan AF un 80% no tiene comprometida la integridad de la piel. Luego realizar algo de AF implica una buena integridad de la piel.

De las PM que no realizan AF y tienen su piel moderada o sustancialmente comprometida, sólo un 12% tiene un entorno completamente satisfecho y además un 37,5% tiene a su cuidador con una limitación física intensa.



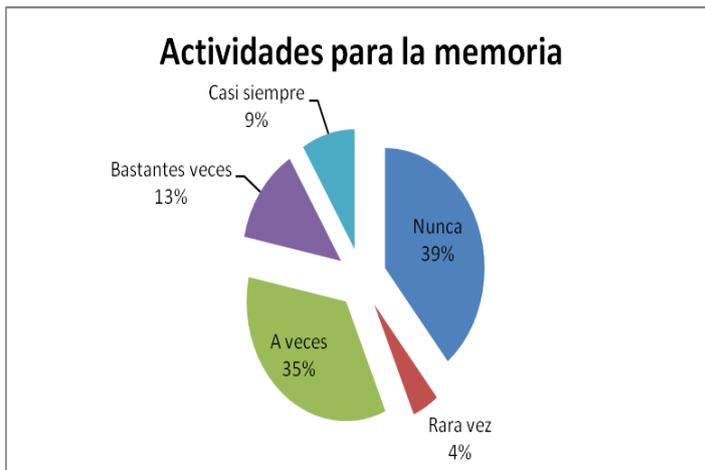
Esto demuestra que además del conocimiento acerca de la actividad física se necesita un buen entorno y un cuidador con menos limitaciones físicas.

Tenemos un 57% de los cuidadores son mayores de 65 años y el 52% tiene limitaciones físicas o psicológicas. Con estos datos es difícil reducir el 35% que no realiza o no puede realizar AF.

También hay un gran porcentaje de PM que están encamadas y que no se ha reflejado por no incluirse esta opción en el cuestionario. Además tan sólo un 27% de las PM está completamente o muy satisfecho con el control del dolor, lo que también influye a la hora de realizar ejercicio.

3. Actividades mentales (AM):

Un 57% de los cuidadores contesta que realiza actividades para mantener activa la



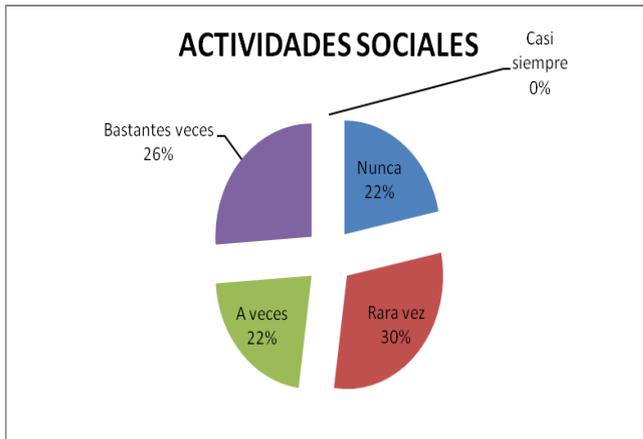
memoria, mientras que un 43% rara vez o ninguna. Observando las limitaciones, parece un buen porcentaje debido a que un 30% de los cuidadores presenta algún tipo de limitación cognitiva y el 52% presenta algún tipo de limitación psicológica.

De todos los cuidadores que realizan actividades mentales un 92% no tiene limitación cognitiva alguna y un 69% no tiene limitaciones psicológicas.

Estos resultados indican la dificultad de realizar actividades mentales con la PM cuando el cuidador tiene limitaciones cognitivas. No ocurre lo mismo con las limitaciones psicológicas (un 31% tiene limitaciones psicológicas y realiza AM).

4. Actividades sociales:

La PM puede participar en actividades sociales como programas interuniversitarios, acercamiento intergeneracional, actividades en asociaciones de PM, participación política o voluntariado social. En nuestro cuestionario se ha interpretado también como relaciones con amigos o familiares.



Un 22% de las personas mayores nunca realiza actividades sociales y un 30% rara vez, por lo que podemos decir que la mitad de las PM apenas tiene actividades sociales. Son datos pobres debido a que son pacientes pluripatológicos

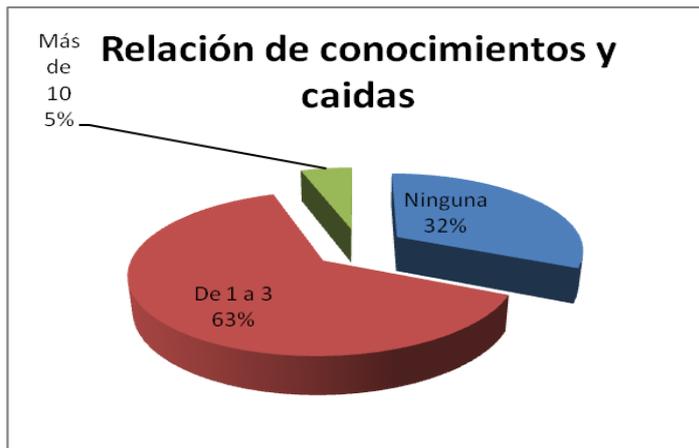
crónicos (PCP) en un 87% y la mayoría con más de 80 años.

Con respecto a la relación familiar el 39% de los cuidadores presenta algún tipo de alteración en la relación con su PM y el 38% de los cuidadores creen que se han visto afectadas sus relaciones sociales bastantes veces.

Muchas de las PM dependientes pierden la posibilidad de realizar actividades sociales, pero también los cuidadores informales a su cargo. Estos cuidadores son en un 57% mayores de 65 años y sin actividades sociales pierden uno de los pilares del envejecimiento activo para prevenir dependencias. Por este motivo la enfermera debe educar al cuidador para que no descuide sus actividades sociales.

5. Prevención de caídas:

Si los cuidadores quieren prevenir las caídas primero tienen que identificar los factores de riesgo. Según el cuestionario un 17% de los cuidadores posee pocos conocimientos en los factores de riesgo del entorno y un 18% de los cuidadores posee pocos conocimientos en los factores de riesgo personales sobre las caídas.

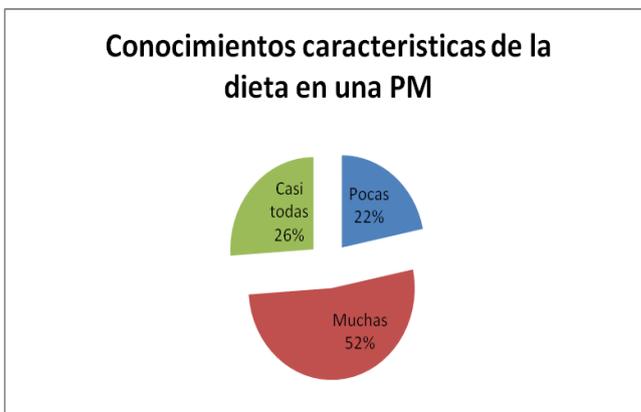


En cuanto al informe de cuidados, de todos los que aseguran conocer muchos o casi todos los factores de riesgo sobre las caídas, un 68% de las personas a las que cuidan se han caído al menos 1 vez en 6 meses. Se trata de unos bastante negativos.

En mi opinión los cuidadores no han respondido con toda franqueza en cuanto a sus conocimientos sobre caídas por miedo a que se trate como descuido o falta de atención por su parte o incluso pueden existir otros factores que afecten a los resultados como el entorno o las limitaciones del cuidador.

Las caídas desde la cama o sentada suponen un 30% y caminando son casi un 50%, siendo estos porcentajes tan altos la enfermera debe asegurar un entorno seguro y educar al cuidador. También influyen las limitaciones físicas o psíquicas en un 52% de los cuidadores, los cuales deben delegar estas tareas a otros familiares o buscar ayuda en centros de acción social (CEAS) para obtener recursos sociales.

6. Dieta equilibrada:



Las discapacidades cognitivas (30%) o físicas (52%) en los cuidadores disminuyen la capacidad para comprar alimentos o prepararlos y tienden a comprar alimentos líquidos o blandos con pobres nutrientes esenciales, disminuyendo la ingesta de

proteínas, vitaminas, minerales y fibra. (Rabat Restrepo, 2010)

Un 22% de los cuidadores posee pocos conocimientos sobre las características de la dieta en una persona mayor.

La ingestión alimentaria es moderadamente o ligeramente adecuada en un 26% de las PM y en la ingestión de líquidos es un 30%. Son datos que pueden estar relacionados con las limitaciones físicas o cognitivas o por falta de conocimientos. La enfermera debe seguir educando a estos cuidadores.

De todos los cuidadores cuyos resultados en ingestión alimentaria o líquidos es completamente / sustancialmente adecuada ninguno tiene pocos conocimientos sobre la dieta de una persona mayor. Lo que implica una fuerte relación entre el conocimiento de la dieta y los resultados de ingestión del cuidador en la PM.

Limitaciones en cuidadores:

1. Mayores de 65 años

La proporción de cuidadores con limitaciones moderadas/ligeras o ninguna son iguales. Las proporciones disminuyen en limitación intensa en mayores de 65. En total el 69% tiene algún tipo de limitación, de las cuales un 54% son limitaciones físicas, el 71% son limitaciones psicológicas y el 31% son limitaciones cognitivas.

2. De entre 64-55 años

Existe la misma proporción de cuidadores con distintas intensidades en cuanto a las limitaciones. En total el 75% de los cuidadores tiene algún tipo de limitación, de las cuales un 63% son físicas, un 25% son psicológicas y un 13% son cognitivas.

3. Menores de 54 años

Los dos únicos cuidadores menores de 54 años tienen limitaciones ligeras.



Los consejos prioritarios en materia de envejecimiento activo varían según las características personales de la PM dependiente, pero en general serían:

- ✓ Explicar los motivos por los que toma la medicación la PM a la que cuida.
- ✓ Educar en ejercicios de fuerza y movilidad para enseñar a la PM dependiente.
- ✓ Educar en las características de la dieta de una PM.
- ✓ Especial hincapié en las medidas de prevención y protección para evitar caídas, no basta con conocer los factores de riesgo.
- ✓ Animar a formarse en aquellos aspectos en que lo necesite y promocionar asociaciones sin ánimo de lucro que imparten cursos online. Como por ejemplo la fundación Intras y su plataforma para cuidadores Discover.

En cuanto a los consejos para mejorar el autocuidado de nuestros cuidadores informales:

- ✓ Encargar el cuidado a otro familiar de manera que el reparto de tareas sea equitativo y en caso necesario considerar la ayuda de Unidades de Convalecencia Sociosanitaria para el respiro familiar.
- ✓ Proporcionar la información básica de recursos de apoyo al cuidador informal.
- ✓ Potenciar la participación en los grupos de ayuda mutua y asociaciones.
- ✓ Promocionar un envejecimiento activo también en el cuidador.



6. DISCUSIÓN

Las variables donde se han detectado mejores resultados asociados al conocimiento son:

- ✓ El conocimiento de la causa de administración del medicamento a la PM por parte del cuidador asociado a la adherencia terapéutica de la PM.
- ✓ Ejercicios de fuerza o movilidad y los beneficios de la actividad física conocidos por el cuidador, asociados a los resultados en la intensidad de realizarlos por la PM.
- ✓ Ejercicios de fuerza o movilidad y los beneficios de la actividad física conocidos por el cuidador, asociados de forma indirecta a la integridad de la piel de la PM.
- ✓ Conocimientos de las características de la dieta en la PM por parte del cuidador, asociados a la ingesta de alimentos y de líquidos por parte de la PM.

Las variables donde se han detectado peores resultados asociados al conocimiento son:

- ✓ Conocimiento del cuidador sobre el entorno y los factores personales de la PM en asociación con las caídas de la PM. Puede que se trate de un sesgo de información por un efecto Hawthorne en el cuidador al saber que está siendo entrevistado o puede que sean las limitaciones del cuidador lo que explique los malos resultados en caídas teniendo bastantes conocimientos sobre las caídas.

Examinando otro estudio de 2007 del Instituto Gerontológico, éste nos muestra el perfil del cuidador como una mujer de 50 a 66 años, hija política del paciente, sin trabajo fuera del hogar, estudios primarios y nivel socioeconómico medio/bajo. Se trata de una mujer en un 80% de los casos, el 55% de los cuidadores sufre aislamiento social, entre un 38-70% de los cuidadores no tiene tiempo para otras actividades y entre un 50-60% de las cuidadoras muestra alguna alteración psíquica. (PRESS, 2007)

En nuestro estudio, se muestra que un 57% de los cuidadores tienen más de 65 años, un 60% son mujeres, el 38% de todos los cuidadores creen que sus relaciones sociales se han visto afectadas bastantes veces y un 52% tiene algún tipo de limitación física o psicológica.



No se pueden comparar los resultados de este estudio con otros estudios de otras poblaciones, pero como curiosidad ha aumentado el porcentaje de cuidadores varones y que existe una media de edad más alta en el cuidador. Puede que estos resultados se deban a que la muestra no es lo suficientemente grande, que la selección haya sido intencional o que realmente los resultados sean así.

La sobrecarga se puede disminuir suministrando recursos, conocimientos al cuidador e incidiendo sobre variables modificables tales como el tiempo libre, apoyo familiar o relaciones sociales.

A pesar de esto, es donde peor resultado se ha obtenido puesto que el 80% de los cuidadores tiene una sobrecarga intensa. Aquí es donde Enfermería debe actuar más energicamente, proporcionando información sobre cómo delegar tareas en la familia para poder respetar su ocio y relaciones sociales, ayudas socioeconómicas o simplemente satisfacer las necesidades del entorno del cuidador.

Para conseguirlo se sugiere la figura de la enfermera de enlace o gestora de casos en AP para garantizar la continuidad de los cuidados. Esta figura está muy implantada ya en Andalucía pero no es muy conocida en España y supone una práctica avanzada de cuidados desarrollada por Enfermería. (Romero, 2014)

Además para reducir la carga en la población con discapacidades excesivas, la estrategia de atención al paciente crónico en CyL clasifica a la población según sus necesidades sanitarias y sociales en 4 niveles con intervenciones específicas para cada uno, siendo G3 los pacientes crónicos pluripatológicos complejos. (Gerencia regional de Salud de CyL., 2014)

7. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha podido observar que la obtención de conocimientos en el cuidador sobre determinadas variables cualitativas de un envejecimiento activo, afecta positivamente en los resultados de cuidados e indirectamente en su sobrecarga. Es decir, se mejora la calidad de vida en la PM.



Se necesita una ciudadanía informada, competente, autónoma y con capacidad para tomar decisiones en su vida futura. (Sancho, 2012). Para ello se sugiere introducir en AP en tecnologías de información y comunicación (TIC) como la teleasistencia centrada en el autocuidado, con un enfoque más centrado en el ciudadano. (Valero, Sánchez, & Bermejo, 2007). De esta manera, la enfermera puede educar al cuidador y dar instrucciones precisas para situaciones que no sean complicadas para el cuidador, ni inseguras para la PM dependiente. Así no necesita desplazarse hasta el domicilio, puede atender a más personas y educar en materia de cuidados y envejecimiento activo con mayor frecuencia.

Con respecto a la PM la toma de decisiones y el control de sus planes de vida debe ser tenido en cuenta por la enfermera a la hora de ofrecer una atención centrada en la persona. (Rodríguez Rodríguez, 2013) Para ello se sugiere que la enfermera utilice la entrevista motivacional como herramienta terapéutica para identificar la disposición al cambio de la PM y pasando a ser protagonista de su propio tratamiento. (GETEM)

También se sugiere introducir la figura de la enfermera gestora de casos como solución a la atención integral en los cuidados, proporcionando información entre niveles asistenciales, asesoramiento profesional, buena atención, seguridad y tranquilidad en las familias. (Rodríguez Rodríguez, 2013).

Por este motivo potenciar la función docente y gestora de la enfermera tiene un gran impacto en la disminución de la demanda futura del servicio formal, buscando un seguimiento proactivo a través de los cuidadores de las PM dependientes y garantizando su continuidad asistencial.

Por último quisiera añadir, que este trabajo me ha permitido profundizar en nuevas competencias enfermeras que desconocía, a la vez que he establecido nuevos vínculos sociosanitarios con los cuidadores, despertando en mí la curiosidad para poder seguir investigando en este campo.



8. BIBLIOGRAFÍA

- BOCYL. (28 de 02 de 2014). Regulación del club de los 60 y aprobación del Programa integral de Envejecimiento Activo en CyL.
- Casabés Hita, J. M., Sánchez Iriso, E., Ollo López, A., & Errea Rodríguez, M. (2014). *Calidad relacionada con la salud en adultos*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Cuende Melero, J. I. (s.f.). Estadística, sistemas de información y nuevas tecnologías.
- Danae, P. (27 de 05 de 2008). *Universidad de Sonora, Departamento de Matemáticas*. Recuperado el 21 de 03 de 2015, de www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf
- de Ramón Garrido, E. (23 de 04 de 2009). *Bioestadística para no estadísticos*. Recuperado el 24 de 03 de 2015, de <http://bioestadistica.upc.edu/>
- Delicado Useros, M. V., García Fernández, M. Á., López Moreno, B., & Martínez Sánchez, P. (2000). *Cuidadoras informales: una perspectiva de género*. Córdoba.
- Díez Hoces dela Guardia, J. L., & Rodríguez Fernández, J. C. (2009). *Perspectivas del envejecimiento activo en CyL. Informe a iniciativa propia*. Valladolid: Consejo económico y social de CyL.
- DISCOVER. (s.f.). *Zona de aprendizaje*. Obtenido de <http://moodle.discover4carers.eu/?lang=es>
- Fernández Portela, J., & Vidal Domínguez, M. J. (2014). Cambio demográfico y socio territorial en un contexto de crisis. *XIV Congreso nacional de población, AGE*. Sevilla.
- Gabinete técnico de CCOO y FSS de CCOO de CyL. (2014). *Análisis y valoración del proyecto de presupuesto de sanidad para 2015*.
- Gerencia regional de Salud de CyL. (2014). *Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico complejo*. Valladolid.
- GETEM. (s.f.). *Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional*. Obtenido de <http://getem.org/>
- ICAL. (14 de 2 de 2015). *leónoticias*. Obtenido de <http://www.leonoticias.com/frontend/movil/Ponferrada-Dispone-De-Ocho-Plazas-De-Convalencia-Para-Dependientes-vn167168-vst472>
- Instituto Nacional de Estadística. (1 de 6 de 2012). *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado el 15 de 03 de 2015, de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase&L=0>
- Jiménez Lara, A. (s.f.). *Gerencia de servicios sociales Gobierno de CyL*. Recuperado el 29 de 05 de 2015, de http://www.serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/801/798/Las_personas_con_dependencia_en_Castilla_y_Leon.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername1=Cache-Control&blobheadername2=Expires&blobheadername3=Site&blobheadervalue1=n
- Junta de Castilla y León. (Marzo de 2015). *Junta de Castilla y León*. Recuperado el 04 de Marzo de 2015, de http://www.jcyl.es/junta/cp/Analisis_situacion_IVPdS.pdf
- Junta de Castilla y León. (2015). *Portal de Salud Castilla y León*. Recuperado el 20 de 04 de 2015, de <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon>



- Junta de Castilla y León. (2013). *Portal de Salud CyL*. Recuperado el 2015, de <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
- mayores, O. p. (2004). *UNAV*. Obtenido de http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=14&ved=0CC4QFjADOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.unav.edu%2Fmatrimonioyfamilia%2Fobservatorio%2FPlanfamilia%2Fcastillaleon%2FCastillaLeon_Guia-Mayores-2002-4.pdf&ei=mNNrVcfkDsu3Ub-DgMgF&usq=AFQjCNH
- Niño Martín, V., Rueda Estrada, J. M., Caballero Fernandez-Rufete, P., Delgado Urrecho, J. M., González González, Y., González-Posada Martínez, E., y otros. (2009). *Perspectivas del envejecimiento activo en Castilla y León*. Valladolid: Consejo Económico y Social de CyL.
- OMS. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. IMSERSO.
- OMS. (1983). *Nuevos métodos de educación sanitaria de salud*. Ginebra.
- PRESS, E. (18 de MAYO de 2007). *Instituto Gerontológico*. Obtenido de <http://www.igerontologico.com/noticias/dependencia/55-ciento-cuidadores-informales-sufre-2369.htm>
- Rabat Restrepo, J. M. (10 de 05 de 2010). *ANCYD*. Recuperado el 16 de 03 de 2015, de <http://sancyd.es/comedores/terceraedad/fisiopatologia.del.envejecimiento.php>
- Robles Raya, M. J., Miralles Basseda, R., Llorach Gaspar, I., & Cervera Alemany, A. (2006). Capitulo 1. En SEGG, *Tratado de Geriatría para residentes* (pág. 25).
- Rodriguez Rodriguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Rogero García, J. (2010). *El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Romero, G. (2014). La gestión de casos en enfermería, una gran desconocida. *Organización colegial de enfermería* .
- Sacyl. *Informe de resultados de cuidados*.
- Sancho, M. T. (08 de Agosto de 2012). *Instituto de Mayores y Servicios Sociales*. Recuperado el 20 de 03 de 2015, de http://www.imserso.es/imserso_01/actualidad/2012/agosto/IM_061351
- SIIS Centro de Documentación y Estudios. Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco. . (2012). *El servicio de ayuda a domicilio en un contexto de crisis económica. Principales tendencias en Europa*. Vitoria-Gasteiz: SiiS Centro de documentación y estudios.
- Valero, M. A., Sánchez, J. A., & Bermejo, A. B. (2007). *Servicios y tecnología de teleasistencia: tendencias y retos en el hogar digital*. Madrid: Informe de vigilancia tecnológica.



9. ANEXO I

Definiciones:

Autonomía: es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). (OMS, 2001)

Deficiencias: son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. (OMS, 2001)

Discapacidad: Indicador de los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales. Engloba las deficiencias (pérdida de una estructura corporal o función fisiológica), limitaciones en la actividad (dificultad de realización de una tarea o acción) o restricciones en la participación (problemas al involucrarse en situaciones vitales). Existe una Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). Los códigos de la CIF evalúan la gravedad del problema. (OMS, 2001)

Dependencia: estado de carácter permanente en que se encuentran las personas, que por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar ABVD o en el caso de discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. (OMS, 2001)

Educación para la salud: cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite. (OMS, 1983)



10. ANEXO II-CUESTIONARIO-

CIP CUIDADOR	Nº				
Género	Hombre	Mujer			
Edad	Mayor de 65	64-55	54-45	44-35	Menor de 35
Nivel de estudios	Sabe leer/escribir	Primaria	Secundaria	FP/Universitarios	Otros
¿Qué patología es la principal ?	Patología:	Más de una			
¿Es el único cuidador?	Si	No			
¿Ha recibido formación en los cuidados?	Si	No			
¿Le gustaría formarse sobre los cuidados?	Si	Si, pero no puedo	Si, pero no soy capaz	No, si me interesa	No me interesa
PREVENCIÓN DE CAIDAS					
¿Conoce los factores de riesgo del entorno en el lugar donde reside?	Casi todos	Muchos	Pocos	Muy pocos	Ninguno
¿Conoce los factores de riesgo personales de la persona a la que cuida?	Casi todos	Muchos	Pocos	Muy pocos	Ninguno
ALIMENTACIÓN					
¿Conoce las características de la dieta de una persona mayor?	Casi todas	Muchas	Pocas	Muy pocas	Ninguna
EJERCICIO					
¿Conoce los beneficios de la actividad física?	Casi todos	Muchos	Pocos	Muy pocos	Ninguno
¿Qué tipo de actividad física realiza?	Intensa	Moderada	Ligera	Ninguna	No puede
¿Conoce ejercicios para mejorar la fuerza y movilidad?	Todos	Muchos	Algunos	Pocos	Ninguno
REDES SOCIALES / ACTIVIDADES SOCIALES / MALTRATO PM					
¿Realiza con la PM actividades para mantener activa la memoria?	Casi siempre	Bastantes veces	A veces	Rara vez	Nunca
¿La PM que recibe sus cuidados, participa en actividades sociales y cuida sus relaciones?	Casi siempre	Bastantes veces	A veces	Rara vez	Nunca
¿Conoce los recursos sociales de su municipio?	Si	Algunos	Algunos, no se acceden	No, si me gustaría	No me interesa
¿Conoce la PM a la que cuida los proyectos de acogimiento de mayores a estudiantes?	Si, está en uno	Si, no se puede	Si, no quiere	No, si le gustaría	No me interesa
¿Conoce las situaciones de riesgo de maltrato en una PM?	Si, se como actua	Si, no sé actuar	Algunas, quiero saber	No, si me gustaría	No me interesan
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
¿Acude a las citas del centro de salud de la persona a la que cuida?	Casi siempre	Bastantes veces	A veces	Rara vez	Nunca
¿Sabe usted las pautas del medicamento que toma la PM ?	Si, se para que es	Si, no se el motivo	De algunos no las sé	No, si quiero saber	No me interesa



11. ANEXO III- INFORME DE RESULTADOS DE CUIDADOS-

INFORME DE RESULTADOS DE CUIDADOS

¶

Paciente: (Nombre, apellidos y CIP)¶ □	Centro de Salud¶ □				
ESTADO NUTRICIONAL □					
Inadecuada □	Ligeramente adecuada □	Moderadamente adecuada □	Sustancialmente adecuada □	Completamente adecuada □	
• → Ingestión alimentaria:	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
• → Ingestión de líquidos:	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
INTEGRIDAD DE LA PIEL, MEMBRANAS Y MUCOSAS □					
Gravemente comprometido □	Sustancialmente comprometido □	Moderadamente comprometido □	Levemente comprometido □	No comprometido □	
• → Piel intacta □	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
AUTOCUIDADOS HIGIENE □					
Gravemente comprometido □	Sustancialmente comprometido □	Moderadamente comprometido □	Levemente comprometido □	No comprometido □	
• → Mantiene una apariencia pulcra ^{(1)¶}	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO □					
Nunca demostrado □	Raramente demostrado □	A veces demostrado □	Frecuentemente demostrado □	Siempre demostrado □	
• → Sigue la pauta prescrita ^{(2)¶}	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
NIVEL DE COMODIDAD □					
No del todo satisfecho □	Algo menos satisfecho □	Moderadamente satisfecho □	Muy menos satisfecho □	Completamente satisfecho □	
• → Entorno físico ^{(3)¶}	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
• → Control del dolor □	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
CAÍDAS (en los últimos 6 meses) □					
mayor de 10 □	7 a 9 □	4 a 6 □	1 a 3 □	Ninguna □	
• → Número de caídas en la cama/sentado □	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
• → Número de caídas caminando □	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
FACTORES ESTRESANTES DEL CUIDADOR FAMILIAR □					
Intenso □	Sustancial □	Moderado □	Ligero □	Ninguno □	
• → Limitaciones físicas del cuidador □	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
• → Limitaciones psicológicas del cuidador □	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
• → Limitaciones cognitivas del cuidador □	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
• → Alteración de la relación entre el cuidador y el paciente □	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

(1) Higiene bucal, higiene de cama, cambios de pañales con frecuencia adecuada, uñas, pelo, etc. □

(2) Medicamentos y resto de medidas terapéuticas y preventivas. □

(3) Temperatura, limpieza habitación y resto, barreras físicas, etc. □

¶
 Fecha: Enfermero/a: ¶

(Sacyl)



12. ANEXO IV-ESCALA DE ZARIT-



8. VALORACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR – ESCALA ZARIT

	Nunca (1 pts)	Rara vez (2 pts)	A veces (3 pts)	Bastantes veces (4 pts)	Casi siempre (5 pts)
¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
¿Siente que, por el tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo para usted mismo?	1	2	3	4	5
¿Se siente estresado al tener que cuidar a su familiar y tener que atender otras responsabilidades?	1	2	3	4	5
¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos / familiares negativamente?	1	2	3	4	5
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?	1	2	3	4	5
¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Se siente incómodo/a para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que puede contar?	1	2	3	4	5
¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
¿Siente usted que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	1	2	3	4	5
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	1	2	3	4	5
En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
TOTAL					

Valoración
 < 46 puntos. No sobrecarga
 47-55 puntos. Sobrecarga leve
 > 56 puntos. Sobrecarga intensa

(Gerencia Regional de CyL, 2014)



