



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2019-2020

Trabajo de Fin de Grado

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
DETERIORO COGNITIVO LEVE TRAS EL CESE
DE LOS CUIDADOS EN UN CENTRO DE DÍA**

Sandra Cruz Rodríguez García

Tutor: Agustín Mayo Iscar

Cotutora: Ana Isabel Aguado de la Fuente

RESUMEN

Es conocido que las personas mayores pueden perder calidad de vida tras una hospitalización. Por el contrario, para usuarios de centros de día no hay disponibles estudios que hayan medido la posible pérdida de calidad de vida asociada a la interrupción de la asistencia terapéutica que recibían de los mismos.

Objetivo: evaluar la pérdida en calidad de vida relacionada con la salud en personas con deterioro leve de la función cognitiva que sufren una interrupción en la asistencia que reciben de centros de día y evaluar el incremento de sobrecarga que sufre su cuidador familiar.

Metodología: estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo. Los sujetos incluidos en el estudio serán 100 usuarios con DCL, mayores de 70 años, que acudieron a un centro de día regularmente durante al menos los 6 meses previos a la clausura de los mismos por la proclamación del estado de alarma asociado a la pandemia por la COVID-19 y que convivan con un cuidador familiar que sea su hijo o hija. Se recogerá la información de los mayores y del cuidador familiar mediante videollamadas.

Utilidad clínica de los resultados: Si esta investigación ofreciera evidencias quedaría motivada la implementación, desde enfermería de atención primaria, de programas de intervención y cuidados específicos, que se llevarían a cabo con la colaboración del personal de los centros de día, para intentar mitigar la pérdida de calidad de vida del paciente en el domicilio y evitar un incremento de la sobrecarga del cuidador familiar y, por tanto, la posterior institucionalización del paciente.

Palabras clave: deterioro cognitivo leve, persona mayor, calidad de vida, cuidador familiar y centro de día.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	6
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	8
3. MATERIAL Y MÉTODOS	9
DISEÑO	9
POBLACIÓN.....	9
MUESTRA	9
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	9
DURACIÓN	9
PROCEDIMIENTO	10
VARIABLES A RECOGER Y ANALIZAR	11
INSTRUMENTOS DE MEDIDA	11
CRONOGRAMA	14
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	15
CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES	15
RECURSOS QUE SE UTILIZARÁN	16
PRESUPUESTO.....	16
4. RESULTADOS A ESPERAR.....	17
LIMITACIONES	17
FORTALEZAS.....	17
FUTURA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	17
5. APLICABILIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA. CONCLUSIONES	18
6. BIBLIOGRAFÍA	19
7. ANEXOS	23

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Presupuesto.....	16
Figura 1. Hoja de entrevista referida al usuario	25
Figura 2. Mini-Mental State Examination.....	26
Figura 3. Escala de valoración socio-familiar de Gijón.....	27
Figura 4. Índice de Barthel.....	28
Figura 5. Escala de Norton.....	29
Figura 6. EuroQol 5D-5L.....	30
Figura 7. Escala de Downton.....	31
Figura 8. Entrevista al cuidador familiar.....	32
Figura 9. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.....	33
Figura 10. Escala de ansiedad de Hamilton.....	34

Siglas y abreviaturas

DCL: Deterioro Cognitivo Leve

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

NANDA: diagnósticos desarrollados por Nanda International

NOC: Nursing Outcomes Classification

NIC: Nursing Interventions Classification

1. INTRODUCCIÓN

El porcentaje de la población de 65 años o más está aumentando en todos los Estados miembro de la Unión Europea. Este crecimiento puede explicarse por la disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. Respecto a esta última nuestro país registró en 2016 la tasa más alta, con una media de 83 años, siendo 85.7 años para las mujeres y 80.4 años para los hombres ^{1,2}.

España se encuentra entre los 6 países más envejecidos del mundo. A pesar de que nacen más hombres que mujeres, las mujeres son mayoritarias en la vejez. Respecto al envejecimiento territorial dentro de España, Castilla y León se encuentra entre las comunidades autónomas más envejecidas ³.

El envejecimiento progresivo de la población representa un reto para el sistema sanitario, ya que el gasto sanitario per cápita aumenta rápidamente con la edad. Un considerable incremento de la duración de la vida hará que muchas personas desarrollen limitaciones generalizadas, lo que llevaría a un estado de dependencia. Según el Comité de Ministros de los Estados Miembros (Consejo de Europa) sobre Dependencia, esta se define como: “Un estado en que la personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias”. Cada vez más personas de edades avanzadas, más o menos discapacitadas, demandan los servicios necesarios con el consecuente gasto sanitario ⁴⁻⁷.

Por otro lado el término calidad de vida se refiere al bienestar físico, emocional y social de las personas, así como a la capacidad de las mismas para desenvolverse y desarrollar las tareas de la vida cotidiana. La finalidad de la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es proporcionar una evaluación del estado de salud de un individuo o grupo y una valoración de los posibles beneficios y riesgos de la atención sanitaria ^{8,9}.

Actualmente, la cronicidad, pluripatología y edad avanzada de los pacientes constituyen un problema sanitario global. Las personas de más de 80 años pueden presentar hasta más de ocho enfermedades crónicas, entre las más

frecuentes se encuentran: demencia, insuficiencia cardíaca, ictus, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, diabetes y EPOC. Presentándose en pocos casos como enfermedades únicas ^{10,11}.

La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. Suele ir acompañada de un deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación, que interfieren paulatinamente en la autonomía de las personas que la padecen ¹².

Sin embargo, un gran número de personas mayores padecen estadios pre-demencia no diagnosticados. El deterioro cognitivo leve (DCL) es un estado intermedio entre cognición normal y demencia. La prevalencia de DCL se incrementa con la edad, siendo del 10% en personas de 70 a 79 años y de un 25% en aquellas con 80 a 89 años. El DCL está relacionado con el riesgo vascular elevado y las micro-hemorragias cerebrales, así como con algunos trastornos endocrinos, metabólicos y enfermedades infecciosas. Tras un diagnóstico de DCL, entre el 8-15% evolucionan cada año a demencia y en torno a un 20% revierten a un estado normal. La detección de deterioro cognitivo se realiza con la exploración del estado de la memoria, de la orientación, del lenguaje y de la capacidad para comunicarse ^{13,14}.

El tratamiento farmacológico de la demencia se realiza combinando diferentes medicamentos para tratar diferentes aspectos y/o síntomas. Mientras que el tratamiento no farmacológico son aquellas medidas para tratar o paliar un síntoma o complicación cubriendo aspectos como el soporte emocional, la participación en entornos sociales, gestión del estrés, resolución de problemas y reestructuración cognitiva. Hay que tener en cuenta que se deben hacer con ciertas precauciones, que pasan por la necesidad de hacer una evaluación minuciosa y continuada de las capacidades del enfermo, ya que la ejecución inadecuada puede traer consecuencias muy negativas a medio o largo plazo para la evolución de la enfermedad ¹⁵.

Es importante responder a todas las necesidades de las personas mayores dependientes, sean del origen que sean. Para ello los sistemas de atención

deberán incluir la provisión de mecanismos de apoyo formales e informales. Muchas personas mayores prefieren la atención domiciliaria frente a la institucionalización. Los centros de día son una opción intermedia de apoyo para las personas mayores dependientes y sus familias ⁷.

Los Centros de Día terapéuticos tienen como finalidad proporcionar una atención continuada en aspectos físicos, psíquicos y sociales a las personas con deterioro cognitivo, realizando un abordaje integral tanto al usuario como su entorno familiar inmediato, puesto que el impacto en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico ¹⁶.

El cuidador informal de una persona dependiente suele ser un cuidador familiar que dedica gran parte de su tiempo y esfuerzo en atender a la persona que cuida, lo que implica sacrificar otras actividades. El perfil del cuidador informal es una mujer, de mediana edad, casada, con bajo nivel de estudios y familiar directo del paciente, generalmente hija o cónyuge. Los cuidadores informales de las personas con demencia que viven en el domicilio perciben un elevado grado de sobrecarga y una pobre calidad de vida (mayor frecuencia de ansiedad y depresión), por ello es necesario contar con intervenciones que se diseñen específicamente para reducir esta carga ^{15,17,18}.

Desde atención primaria se contribuye al mantenimiento de las personas mayores dependientes en su domicilio. Al ser los cuidados el eje central de la enfermería, hace que se concilien el sistema formal de cuidados, sistema sanitario, con el sistema informal de cuidados, cuidadores familiares. Una valoración de enfermería mediante la taxonomía NANDA, NIC, NOC facilitaría la planificación de los cuidados. Permitiría realizar posibles diagnósticos enfermeros, identificar los resultados asociados con los factores de riesgo y planificar las intervenciones con las actividades oportunas para mejorar la situación del usuario, ayudando también al cuidador familiar mediante educación para la salud a través de la consulta telefónica o la atención domiciliaria ¹⁹.

Por otro lado, la medida de la CVRS es una herramienta útil para la medición del impacto de una enfermedad y de la eficacia y la efectividad de los tratamientos e intervenciones sanitarias. Esta medición debe incorporarse de manera sistemática a la práctica clínica, y es preciso investigar su utilidad en el diagnóstico, abordaje clínico y evaluación prospectiva de los usuarios, especialmente en afecciones crónicas o tratamientos e intervenciones que afecten la vida del individuo ²⁰.

El pasado 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud elevó la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19 a pandemia internacional. Como consecuencia, el Gobierno de España declaró el pasado 14 de marzo de 2020 el Estado de alarma de acuerdo al Real Decreto 436/2020 en todo el territorio nacional, limitando la libertad de circulación de las personas y quedando suspendida entre muchas otras, la actividad en los Centros de Día ²¹.

Justificación

Esta suspensión ha interrumpido de manera inesperada la estimulación que recibían los usuarios desde estos centros y el apoyo familiar. Además un tipo de cuidador que responde al perfil de hijo o hija del mayor, que trabaja de forma presencial o telemática, ha tenido que responder a los cuidados y atenciones de una persona dependiente.

Aunque sí existen algunas investigaciones sobre la pérdida de calidad de vida en personas mayores dependientes tras su hospitalización, no hemos encontrado estudios asociados a la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores dependientes tras la interrupción de la estimulación y el apoyo psicosocial que recibían de los centros de día terapéuticos a los que acudían.

Con motivo de la elaboración de este proyecto de investigación hemos realizado varias entrevistas a responsables de centros de día de nuestra región, que nos han transmitido que disponen de ciertas evidencias, obtenidas de forma informal, de la pérdida de calidad de vida en los mayores que acudían a los centros de día bajo su responsabilidad, apareciendo más síntomas de

desorientación, de pérdida de movilidad y por tanto un mayor riesgo de caídas. Ellos creen que esta pérdida se ha producido por el abandono de rutinas, por permanecer una mayor cantidad de tiempo encamados y por la pérdida de las fuentes de estimulación continuas que constituían sus cuidadores y los otros mayores en el centro. También han percibido un mayor nivel de ansiedad en sus cuidadores.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis:

Los usuarios con deterioro cognitivo leve que ven interrumpida su asistencia terapéutica por el cese inesperado del centro de día al que acudían pierden calidad de vida de un modo acelerado y sus cuidadores familiares sufren un incremento en sobrecarga.

Objetivo general:

Evaluar la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores con deterioro leve de la función cognitiva que sufren una interrupción en la asistencia que reciben de centros de día y evaluar el incremento de sobrecarga que sufre su cuidador familiar.

Objetivos específicos:

Medir la pérdida de la calidad de vida de usuarios con deterioro cognitivo leve.

Cuantificar la sobrecarga y la calidad de vida del cuidador familiar de una persona mayor dependiente.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio cuasi experimental, longitudinal y prospectivo.

Población

Personas mayores de 70 años con deterioro cognitivo en estadio leve que acudían a un centro de día asistencial antes de la declaración de la pandemia mundial por COVID-19 cuidados por sus hijos.

Muestra

La muestra estará formada por 100 mayores seleccionados al azar entre los usuarios de los centros de día participantes. Una muestra de este tamaño nos permitirá estimar pérdidas en calidad de vida a los 6 meses, manteniendo el error de estimación por debajo del 0.2 desviaciones típicas (con una confianza del 95%).

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: usuarios con deterioro cognitivo en estadio leve mayores de 70 años, que acudieron durante al menos 6 meses a un centro de día antes de proclamarse el estado de alarma y en el momento del desarrollo del proyecto de investigación convivan con un hijo/hija que trabaje .

Criterios de exclusión: usuarios cuyo cuidador principal no maneje las herramientas de videconferencia y correo electrónico.

Duración

El proyecto tiene una duración de 4 meses. Durante los cuales mediremos el estado de salud inmediato previo al confinamiento, con las valoraciones

recogidas por la institución. Realizaremos una medición del estado de salud empleando una entrevista protocolizada cerrada al usuario y/o cuidador mediante una videollamada, interesándonos por su salud en general, su CVRS, y la sobrecarga y estado de salud del cuidador familiar. Pasados 3 meses, realizaremos otro seguimiento videotelefónico al cuidador (o usuario) de su supervivencia, estado de salud en general, su CVRS y la sobrecarga y estado de salud del cuidador familiar para comparar resultados.

Procedimiento

Utilizaremos las valoraciones realizadas a los usuarios por el personal del centro de día anteriores al cese inesperado de la actividad terapéutica. Estas van a recogerse de forma retrospectiva en este estudio prospectivamente. Es habitual, por las entrevistas anteriormente mencionadas, que los centros de día dispongan de valoraciones del Mini Mental y de la escala de Barthel.

Entrevista protocolizada cerrada, una vez presentado y aceptada la participación en el proyecto (firma en formato digital del consentimiento informado), dirigida al usuario y/o cuidador. En ella recogeremos los siguientes datos: edad, género, nombre “de pila” de usuario y cuidador, número de teléfono del usuario y/o cuidador, número de familiares (con edad y sexo) con los que convive, antecedentes médicos, medicación habitual, Mini Mental (de detección de trastornos cognitivos), valoración socio-famililiar de Gijón, índice de Barthel (de autonomía para las ABVD), escala Norton (de riesgo de UPP), escala EuroQol 5D-5L (de calidad de vida relacionada con la salud) y escala Downton (de riesgo de caídas).

Entrevista al cuidador, recogeremos datos como la edad, el sexo, la relación de parentesco con el usuario, el estado civil, el número de familiares implicados en los cuidados (sexo y edad de cada uno), situación laboral, recogeremos datos sobre la sobrecarga del cuidador de personas dependientes mediante la escala de Zarit y valoraremos el nivel de ansiedad mediante la escala de ansiedad de Hamilton.

Variables a recoger y analizar

Variables dependientes:

- Usuario: estado cognitivo medido mediante el MiniMental Test, la autonomía para las ABVD medido mediante la escala de Barthel, el riesgo de desarrollar UPP medido mediante la escala de Norton, el riesgo de sufrir caídas medido mediante la escala de Downton, valoración socio-familiar de Gijón y la CVRS medida mediante la escala EuroQol 5D-5L.
- Cuidador familiar: sobrecarga del cuidador medida mediante la escala de Zarit y nivel de ansiedad medido mediante la escala de ansiedad de Hamilton.

Variables independientes:

- Variables clínicas del usuario: antecedentes médicos y medicación habitual.
- Variables sociodemográficas del usuario y su cuidador: edad, sexo, relación de parentesco, estado civil, situación laboral y número de familiares con los que conviven.

Instrumentos de medida

1. Mini-Mental State Examination (MMSE)

El “Mini Mental State Examination” (MMSE) fue desarrollado por Folstein et al en 1975 como instrumento práctico para la detección de trastornos cognitivos. Es una prueba escrita con una puntuación máxima de 30, en la que las puntuaciones inferiores indican problemas cognitivos más graves, indicando una puntuación entre 9-12 demencia ^{22,23}.

2. Escala de valoración socio-familiar de Gijón

La escala de Gijón permite la detección de situaciones de riesgo o problemática

social, siendo útil como instrumento específico de medición de la situación social, para la incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención socio o sanitaria. Consta de 5 ítems (situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social), con 5 posibles categorías en cada uno de ellos. La puntuación oscila entre 0 y 20 puntos, lo cual indica que a mayor puntuación, peor situación social. Clasifica a los adultos mayores de 65 años en buena situación social (5-9 puntos), en riesgo social (10-14 puntos) y con problema social (≥ 15 puntos) ²⁴.

3. Índice de Barthel

El Índice de Barthel valora el nivel de independencia del individuo con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

Las ABVD incluídas son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente), siendo un resultado < 20 (grado de dependencia total), entre 20-35 (dependencia grave), entre 40-55 (grado de dependencia moderado) y ≥ 60 (grado de dependencia leve) ²⁵.

4. Escala de Norton

La escala de Norton mide el riesgo de que el usuario desarrolle una úlcera por presión. Esta escala considera cinco parámetros: estado físico, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia, y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo. Clasificación: ≤ 12 puntos (riesgo alto), ≤ 16 puntos (riesgo moderado) ²⁶.

5. EuroQol 5D-5L

El cuestionario EuroQol 5D-5L tiene como objetivo medir el estado de salud. Considera cada dominio de forma independiente, teniendo en cuenta la premisa de que la calidad de vida es multifactorial. Consta de dos partes: un sistema descriptivo, que define la calidad de vida relacionada con la salud en 5 dimensiones (movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), cada una con 5 niveles de severidad (1- ningún problema, 2- problema leve, 3- problema moderado, 4- problema grave y 5- problema extremo); y una escala analógica visual (Visual Analogue Scale-VAS), en la que el paciente refiere como se siente en una escala de 0 a 100, donde 0 representa el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor ²⁷.

6. Escala de Downton

La escala Downton o de riesgo de caídas es útil para evaluar el riesgo que tiene una persona de sufrir una caída, con el fin de implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas. Esta escala cuantifica el riesgo de caída según cinco ítems y sus subítems, implicando la suma total superior a 2, alto riesgo de caída ^{28,29}.

7. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

La escala de escala de Zarit es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Consta de un listado de 22 preguntas que describen como se sienten a veces los cuidadores, para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con la que se siente así, siendo: 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (bastantes veces) y 5 (casi siempre). Luego se suman las puntuaciones de cada ítem obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga leve (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56) ³⁰.

8. Escala de ansiedad de Hamilton

Es una escala para medir el grado de ansiedad de una persona. La escala consta de 14 preguntas, cada una con una puntuación que oscila entre 0 y 4. Puntuación ≤ 17 (ansiedad leve), entre 18-24 (ansiedad moderada) y entre 24-30 (estado severo de ansiedad) ³¹.

Cronograma

Primera semana

- Selección de los usuarios de los centros que cumplen con los criterios de inclusión.

Segunda y tercera semana

- Primer contacto vía videotelefónica con el usuario y el cuidador familiar.
- Presentación e información detallada del proyecto de investigación.
- Firma digital del consentimiento informado del usuario y/o cuidador.
- Entrevista referida a la situación actual del usuario.
- Entrevista referida a la situación actual del cuidador familiar.

Tercer mes

- Seguimiento videotelefónico al cuidador (o usuario) de su supervivencia, estado de salud general, su CVRS. Repetición de escalas de valoración al usuario.
- Seguimiento videotelefónico al cuidador de su estado de salud, repetición de escalas de valoración de sobrecarga del cuidador y ansiedad.

Última semana

- Recopilación de las valoraciones realizadas por el centro de día, anteriores al cese inesperado de la actividad terapéutica, a los usuarios seleccionados.
- Realización de análisis estadístico y obtención de resultados.

Análisis estadístico

Realizaremos un análisis estadístico, empleando IBM SPSS V23 con licencia de la Universidad de Valladolid. Para las variables numéricas se emplearán medias y desviaciones típicas y para las variables cualitativas porcentajes. Para los correspondientes parámetros poblacionales se obtendrán intervalos de confianza al 95%. Para contrastar el cambio en las variables numéricas tras el cese de la actividad en el centro de día, se empleará la t de Student para datos apareados. Las variables explicativas se utilizarán en su escala cualitativa o se categorizarán si son numéricas. Estudiaremos la relación entre los cambios observados en las variables numéricas con las variables explicativas con el análisis de la varianza y los test de comparaciones múltiples asociados. Se consideraran como estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0.05.

Consideraciones ético-legales

Para la realización de este proyecto de investigación se tendrá que obtener el permiso de los centros de día participantes y la aprobación del Comité Ético de referencia.

Será preciso recoger el consentimiento informado firmado por el usuario y/o el cuidador, en el cual se acepte participación voluntaria así como su derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento. Se explicará la información en relación al proyecto y se asegurará el anonimato de la información recaudada, dado que los datos de los usuarios se manejan por medio de un código. Cumpliendo de esta forma la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales.

Así mismo los miembros del equipo investigador deberán firmar un compromiso de confidencialidad.

Recursos que se utilizarán

Recursos humanos: enfermero/a

Recursos materiales: dispositivo electrónico (ordenador/tableta) con conexión a internet.

Presupuesto

Para la realización del proyecto se necesita un enfermero/a que no tendrá costo alguno. Los gastos de difusión del proyecto derivados de la participación en congresos y reuniones de carácter científico (incluyendo inscripción, manutención, desplazamiento...) suponen 800 euros. Añadimos un 10% de costes indirectos que incluirían otros gastos sin detallar que irían asociados al proyecto.

Tabla 1. Presupuesto

Concepto	Gastos
Gastos directos (personal)	Sin costo
Gastos indirectos (material fungible, informático, conexión a internet)	80 euros
Gastos de difusión	800 euros
Total	880 euros

4. RESULTADOS A ESPERAR

Limitaciones

La muestra a estudiar puede verse disminuida por la voluntariedad en la participación, por el abandono de participantes durante el desarrollo del proyecto o por escasos conocimientos tecnológicos digitales por parte del usuario y/o del cuidador.

En relación al trabajo, se ha encontrado escasa bibliografía sobre la pérdida de calidad de vida de personas mayores dependientes cuando dejan de acudir durante un determinado tiempo a un centro de día terapéutico para su estimulación y apoyo psicosocial, lo que justifica la realización de este estudio de investigación.

Fortalezas

El estudio incluye al cuidador familiar, lo que puede ayudar a la obtención de datos más fiables. Es un estudio barato y rápido de realizar.

Futura línea de investigación

No existen investigaciones que evalúen la pérdida de calidad de vida de las personas mayores dependientes que recibían un apoyo psicosocial en centros de día y por motivos externos a ellos han tenido que prescindir de ese apoyo. Por tanto, consideramos importante la realización de un estudio con una muestra más amplia permitiendo conclusiones más determinantes y poder llevar a cabo las intervenciones oportunas, planificando los cuidados necesarios para evitar grandes pérdidas en poco tiempo.

5. APLICABILIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA. CONCLUSIONES

Si la investigación propuesta evidenciara pérdidas en calidad de vida por la interrupción de la asistencia terapéutica ofrecida por los centros de día, quedaría motivada la implementación, desde enfermería de atención primaria, de programas de intervención y cuidados específicos, que se llevarían a cabo con la colaboración del personal de los centros de día, para intentar, en situaciones en las que estos centros estén cerrados, mitigar la pérdida de calidad de vida del paciente en el domicilio y evitar un incremento de la sobrecarga del cuidador familiar y, por tanto, la posterior institucionalización del paciente. En ese caso, la medición de la CVRS debe incorporarse de manera sistemática a la práctica clínica, siendo preciso investigar su utilidad en el diagnóstico, abordaje clínico y evaluación prospectiva de los pacientes, especialmente en afecciones crónicas o tratamientos e intervenciones que afecten la vida del individuo.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Estructura demográfica y envejecimiento de la población [Internet]. Ec.europa.eu. [citado 18 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2WEQkyt>
2. Arrizabalaga A. España registra la mayor esperanza de vida en la UE [Internet]. EfeSalud. 2018 [citado el 18 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.efesalud.com/espana-mayor-esperanza-vida-ue/>
3. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Informes de Envejecimiento en red nº22; 2019 [citado el 7 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
4. Ahn N , Alonso Meseguer J , Herce San Miguel J . Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España . Documentos de Trabajo , no. 7. Bilbao: Fundación BBVA; 2003.
5. Relación de dependencia de vejez [Internet]. Ec.europa.eu. 2020 [citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00198/default/table?lang=en>
6. Rodríguez Blas M. ESTADÍSTICA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO 2018: Principales resultados [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2020 [citado el 25 de marzo de 2020]. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
7. O' Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. 1st ed. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2003
8. Ruiz M, Pairdo A. Calidad de vida relacionada con la salud; definición y utilización en la práctica clínica. Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles. 2005; 2 (1): 31-43.

9. Badia Llach X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27 (Supl 3): 2-6.
10. Cronicidad, pluripatología y edad avanzada de los pacientes representan un problema de sanidad a nivel global [Internet]. *iSanidad*. 25 de mayo de 2018 [citado el 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://isanidad.com/113774/cronicidad-pluripatologia-y-edad-avanzada-de-los-pacientes-representan-un-problema-de-sanidad-a-nivel-global/>
11. Los pacientes de más de 80 años pueden presentar hasta más de ocho enfermedades crónicas, siendo la diabetes la más destacada [Internet]. *iSanidad*. 29 de mayo de 2017 [citado el 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://isanidad.com/88497/los-pacientes-de-mas-de-80-anos-pueden-presentar-hasta-mas-de-ocho-enfermedades-cronicas-siendo-la-diabetes-la-mas-destacada/>
12. Demencia [Internet]. OMS. 2019 [citado el 25 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
13. Custodio N, Herrera E, Lira D, Montesinos R, Linares J, Bendezú L. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. *An Fac med*. 2012; 73(4):321-30.
14. Vega Alonso T, Millares Espí M, Mangas Reina J.M, Castrillejo Pérez D, Rivas Pérez A.I, Gil Costa M, et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*. 2018; 33(8):491-498. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.10.002>
15. Miguel González S. Calidad de Vida y Calidad de los Cuidados de las personas con demencia y sus cuidadores informales [Doctorado en Ciencias de la Salud]. Universitat Jaume I; 2017.
16. Bermejo Pareja F. Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia. 2da ed. Ediciones Díaz de Santos; 2004
17. Peña A, Machado A, Mur T, Saiz M. Las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de pacientes dependientes. *Elsevier Aten Primaria* [Internet]. 2018 [citado el 20 de mayo de 2020]; 50(1): 66–67. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2017.02.014>

18. Domínguez J.A, Ruiz M, Gómez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo M.T. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Semergen*. 2012; 38(1):16-23.

19. García Cueto B, García Martínez C. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2017 Agosto; 5(3): 30-44

20. Lizán Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Atención Primaria*. 2009;41(7):411-416.

21. I.Disposiciones generales. Declaración del estado de alarma [Internet]. *Boe.es*. 2020 [citado el 26 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/dof/spa/pdf>

22. Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, “et al.”. Mini-Mental State Examination (MMSE) para la detección de la demencia en las personas de 65 años o mayores. [Internet]. *cochrane.org*. 2016. [Citado el 7 de mayo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011145.pub2>

23. Butman J, Arizaga R, Harris P, Drake M, Baumann D, de Pascale A et al. El “Mini - Mental State Examination” en español. Normas para Buenos Aires. *Rev Neurol Arg* [Internet]. 2001 [citado el 7 de mayo de 2020]; (1):Vol. 26. Recuperado a partir de: https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Mangone/publication/255664013_El_Mini_Mental_State_Examination_en_Espanol_Normas_para_Buenos_Aires/links/02e7e53b4c3a1a41e1000000.pdf

24. Portal Opimec: Comentarios de la sección 4. ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN [Internet]. *Opimec.org*. [citado el 7 de mayo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.opimec.org/documentos/2997/atencion-a-pacientes-pluripatologicos-proceso-asistencial-integrado/6550/comentarios/>

25. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El

Índice de Barthel. Esp Salud Pública (2). 1997; 71:127-137.

26. García Fernández F, Pancorbo Hidalgo P, Soldevilla Ágreda J, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. GEROKOMOS 2008; 19 (3): 136-144

27. Instrumentos E. EQ-5D-5L - EQ-5D [Internet]. Euroqol.org. 2020 [consultado el 7 de mayo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>

28. González M, Suárez L. El riesgo de caída en adultos mayores. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación, Vol. 11, No. 3 (2019)

29. Luiz I.C, Ramos Brum A.K. Factores intrínsecos del riesgo de caída de ancianos en el domicilio: estudio descriptivo. Online Brazilian Journal of Nursing, Vol 16, No 4 (2017)

30. Álvarez L, González A, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2008; 22 (6): 618-20. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n6/carta1.pdf>

31. Sabater V. La escala de ansiedad de Hamilton [Internet]. La Mente es Maravillosa. 2018 [citado el 14 de mayo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://lamenteesmaravillosa.com/la-escala-de-ansiedad-de-hamilton/>

7. ANEXOS

Anexo I. Hoja de información

HOJA DE INFORMACIÓN AL USUARIO Y CUIDADOR

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Calidad de vida en pacientes con deterioro cognitivo leve tras el cese de los cuidados en un centro de día”

Investigador:

Sr./Sra. se le invita a participar en un estudio que se está llevando a cabo en el centro de día

Nuestra intención es facilitarle toda la información que precise para que usted decida si desea participar.

Por favor, lea atentamente este formulario y realice todas las preguntas que tenga sobre la información que contiene.

¿Por qué hacemos este estudio?

Se tratará de un estudio cuya finalidad es observar la posible relación entre la movilidad, dependencia, la calidad de vida del usuario con deterioro cognitivo leve que acudía a un centro de día antes de la pandemia por COVID-19

¿Qué le pedimos que haga?

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria. Usted puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales sociosanitarios ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento o atención sociosanitaria. Si usted decide participar en el estudio, le realizaremos una primera entrevista por videollamada en la que le haremos una serie de preguntas relacionadas con su movilidad y calidad de vida y una segunda pasados 3 meses de la primera. También se recogerá información de su historia clínica del centro de día de los meses previos al confinamiento.

¿Cómo se protegerá su intimidad?

De acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales, se mantendrá estrictamente el carácter confidencial de sus datos. Se utilizará un número de código para identificarle. Sólo tendrán acceso a sus datos los investigadores responsables del estudio. Los datos quedarán introducidos en un fichero informatizado para permitir su procesamiento. Los resultados de este proyecto de investigación podrán ser utilizados para su publicación en revistas médicas o científicas, sin embargo, en ningún caso se revelará su identidad ni ningún dato que permita identificarle.

¿Cuáles son los beneficios y los riesgos por participar?

A pesar de que no disfrutará de ningún beneficio directo por participar en el estudio, el resultado del mismo puede ayudar a mejorar el conocimiento sobre la movilidad y su relación con la calidad de vida, lo que podría ser útil para planificar las intervenciones y cuidados de enfermería necesarios para evitar su pérdida. El estudio no supone ningún riesgo. Usted recibirá la misma atención que tendría si no participase en el estudio. Este estudio únicamente implica una recogida de información.

Anexo II. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO: "Calidad de vida en pacientes con deterioro cognitivo leve tras el cese de los cuidados en un centro de día"

Yo

(Nombre y apellidos del usuario y/o cuidador si el usuario no pudiera)

He leído la hoja de información que se me ha entregado

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1° Cuando quiera

2° Sin tener que dar explicaciones

Entiendo que con mi participación en el estudio consiento en el acceso a mis datos personales y de salud en los términos establecidos en la Hoja de Información que se me ha entregado.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha

Firma del usuario o cuidador

Confirmando que he explicado al participante el carácter y el propósito del proyecto de investigación.

Firma del entrevistador miembro del equipo del proyecto.

Anexo III. Hoja de entrevista referida a la situación actual del usuario

Hoja de entrevista referida al usuario

Edad:

Género (V M)

Nombre "de pila" del usuario (sin apellidos):

Nombre "de pila" cuidador (sin apellidos):

Estado civil:

Nº familiares con los que convive; edad y género de cada uno (ejemplo: 90aV):

Tfno. Contacto:

Antecedentes médicos: Diabetes / insuf.Card. / EPOC / Cáncer / Demencia

Medicación (Apuntar nombre de los medicamentos que toma):

Quien contesta escalas (Usuario/Cuidador)

Comparado con mi estado últimos 12 meses, el actual es (mejor/igual/peor)

Escalas:

- Mini Mental State Examination
- Escala de Gijón
- Índice de Barthel
- Escala de Norton
- EQoL5D5L (Movilidad/ Autocuidado/ Act. cotidianas/ Dolor/ Ansiedad)
- EVA termómetro
- Escala de Downton

Figura 1. Hoja de entrevista referida al usuario

Anexo IV. Mini-Mental State Examination (MMSE)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION	
(MMSE)	
<i>Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)</i>	
Nombre:	Varón [] Mujer []
Fecha:	F. nacimiento: Edad:
Estudios/Profesión:	N. H ^º :
Observaciones:	
¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)
<i>.DENOMINACIÓN.</i> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 <i>.REPETICIÓN.</i> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 <i>.ÓRDENES.</i> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 <i>.LECTURA.</i> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 <i>.ESCRITURA.</i> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 <i>.COPIA.</i> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)

a.e.g.(1999)

Figura 2. Mini-Mental State Examination

Anexo V. Escala de valoración socio-familiar de Gijón

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4").	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

Figura 3. Escala de valoración socio-familiar de Gijón

Anexo VI. Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL, valora actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTOS
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total		

RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Figura 4. Índice de Barthel

Anexo VII. Escala de Norton

ESCALA NORTON

ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4- Bueno	4 - Alerta	4- Camina	4- Complea	4- No hay
3- Débil	3- Apático	3- Camina con ayuda	3- Limitada ligeramente	3- Ocasional
2 - Malo	2- Confuso	2- En silla de ruedas	2- Muy limitada	2- Usualmente urinaria
1 - Muy malo	1- Estuporoso	1- En cama	1- Inmóvil	1- Doble incontinencia

Figura 5. Escala de Norton

Anexo VIII. EuroQol 5D-5L

EuroQol 5D-5L

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

MOVILIDAD

No tengo problemas para caminar

Tengo problemas leves para caminar

Tengo problemas moderados para caminar

Tengo problemas graves para caminar

No puedo caminar

AUTO-CUIDADO

No tengo problemas para lavarme o vestirme

Tengo problemas leves para lavarme o vestirme

Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme

Tengo problemas graves para lavarme o vestirme

No puedo lavarme o vestirme

ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas

Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas

Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas

Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas

No puedo realizar mis actividades cotidianas

DOLOR / MALESTAR

No tengo dolor ni malestar

Tengo dolor o malestar leve

Tengo dolor o malestar moderado

Tengo dolor o malestar fuerte

Tengo dolor o malestar extremo

ANSIEDAD / DEPRESIÓN

No estoy ansioso ni deprimido

Estoy levemente ansioso o deprimido

Estoy moderadamente ansioso o deprimido

Estoy muy ansioso o deprimido

Estoy extremadamente ansioso o deprimido

- No gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar. 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.
- Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =

La mejor salud que usted se pueda imaginar



La peor salud que usted se pueda imaginar

Figura 6. EuroQol 5D-5L

Anexo IX. Escala de Downton

Caídas Previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Sedantes-tranquilizantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
Déficits Sensitivo-Motores	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (paresias, parálisis, etc.)	
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Ambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
Edad	Menor de 70	0
	Mayor de 70	1

Figura 7. Escala de Downton

Anexo X. Entrevista al cuidador familiar

Hoja de entrevista referida al cuidador familiar

Edad:

Sexo: hombre/ mujer

Relación de parentesco:

Estado civil: casado/a o viviendo en pareja, soltero/a, divorciado/a o separado/a, viudo/a

Nº familiares implicados en los cuidados; edad y género de cada uno

Situación laboral:

Escalas:

- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit
- Escala de ansiedad de Hamilton

Figura 8. Entrevista al cuidador familiar

Anexo XI. 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					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

Figura 9. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Anexo XII. Escala de ansiedad de Hamilton

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

		0	1	2	3	4
1	ANSIEDAD: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión, irritabilidad					
2	TENSIÓN: Sensación de tensión, incapacidad de relajarse, tendencia a sobresaltarse, llanto fácil, tembloroso, sensación de inquietud					
3	TEMORES: A la oscuridad, a los desconocidos, a la soledad, animales grandes, al tráfico, a las multitudes					
4	TRASTORNOS DEL SUEÑO: Dificultad de conciliar el sueño, interrupción del sueño, sueño insatisfactorio, cansancio al despertarse, ensueños, pesadillas, temores noturnos.					
5	TRASTORNOS INTELECTIVOS: Dificultad de concentración, mala memoria					
6	DEPRESIÓN: Falta de interés, insatisfacción en las diversiones, deprimido, despertar prematuro, humor diurno oscilante					
7	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULARES): Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa					
8	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES): Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, hormigueos					
9	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, sensación de paro cardíaco					
10	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea					
11	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Dificultad para tragar, gases, dispepsia, dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborignos, movimientos intestinales, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento					
12	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micción frecuente, micción imperiosa, amenorrea, menorragias, frigidez, eyaculación precoz, trastornos de la erección, impotencia					
13	SÍNTOMAS VEGETATIVOS: Sequedad de boca, tendencia a ruborizarse, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea tensional, piloerección					
14	COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA: Rígido, no relajado, inquietud y desasosiego, manos temblorosas, cejas fruncidas, facies rígidas, palidez facial, "tragar saliva", eructos, sudoración, tics parpebrales					

Figura 10. Escala de ansiedad de Hamilton