



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Cuidados de Enfermería al Paciente Terminal: Dolor y Apoyo a la Familia

Autor/es

Marta Molinero Moreno

Director/es

Ana Carmen Lucha López

E.U. Ciencias de la Salud
2008-2012

INDICE

INTRODUCCIÓN	3-7
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA	8-9
DESARROLLO	9-14
CONCLUSIÓN	15
BIBLIOGRAFÍA	15-16
ANEXO 1	17
ANEXO 2	18
ANEXO 3	19
ANEXO 4	20

INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Paliativos, o cuidados tipo Hospice como se denominaron en muchos países anglosajones en sus orígenes, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Procuran conseguir que los pacientes estén libres de dolor, con los síntomas bajo control.

Los Cuidados Paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir, Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos, enfermeros y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal en un entorno favorable que incluye el hogar, la familia y los amigos¹.

La mayor parte de las muertes que ocurren en Europa y en los países desarrollados se producen en personas mayores de 65 años, con una tendencia progresiva.

El porcentaje de población española² mayor de 60 años era del 21% en el año 2000 y se espera que en el año 2020 sea del 27%. De este tramo de edad, el segmento que más aumentará proporcionalmente será el de los mayores de 85 años. Para el año 2020 se prevé, debido a este envejecimiento de la población, que en España las tres principales causas de muerte sean: la enfermedad isquémica cardiaca, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El cáncer de pulmón, tráquea, bronquios ocupará el quinto puesto.

Por todo lo anterior es de gran importancia aproximarse al dato de población susceptible de recibir cuidados paliativos; sin embargo, existen dificultades metodológicas y de registro para definir dicha población.

En nuestro país, aunque existen registros específicos de cáncer en las distintas CC.AA., la información no está accesible ni es comparable en todos los casos.

El método que se propone para la estimación de la población diana de Cuidados paliativos ha sido similar al descrito en el estudio de McNamara³.

Se han seleccionado las diez patologías propuestas por McNamara en su estimación de mínimos: cáncer, insuficiencia cardiaca, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, EPOC, ELA y enfermedades de motoneurona, Parkinson, Huntington, Alzheimer y SIDA.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) ha publicado las cifras de mortalidad y su clasificación por causas. De entre ellas, se ha obtenido el número de fallecidos por cáncer y por el conjunto de las otras 9 causas no oncológicas seleccionadas por McNamara. Los resultados se pueden observar en la siguiente tabla (ANEXO1)².

A nivel Nacional según el estudio realizado por McNamara se observan 100.244 defunciones por patología oncológica, 130.150 defunciones de las 9 patologías no oncológicas haciendo un total de 230.394 defunciones.

En nuestra CC.AA. Aragón, se observan 3.534 defunciones por patología oncológica, 4.529 defunciones por las 9 patologías no oncológicas haciendo un total de 8.063 defunciones.

Con esto observamos que se producen más muertes por las 9 patologías no oncológicas que por patologías oncológicas.

En 1990 La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ adoptó la definición de cuidados paliativos como el "Cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados

paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares”.

La OMS declara que los objetivos⁵ de los Cuidados Paliativos son fundamentalmente:

- **Alivio del dolor y otros síntomas.**
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- **Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.**

Las bases de la terapéutica en pacientes terminales son⁶:

1. Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.

2. **El enfermo y la familia son la unidad a tratar.** La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.

3. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.

4. Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "no hay nada más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.

5. Importancia del "ambiente". **Una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación** influyen de manera decisiva en el **control de síntomas.**

En toda esta información expuesta se refleja continuamente la importancia del control de síntomas y la actuación sobre la familia, porque son los dos pilares primordiales para los cuidados paliativos y la evolución del paciente.

La familia es la principal en los cuidados del enfermo, por lo que tiene que recibir la atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados, para no influir negativamente en la evolución del paciente y no desarrollar ella misma nuevos problemas. Para ello la Enfermería tiene que brindarle una educación, un soporte práctico y emocional, y ayuda en la rehabilitación y tratamiento del duelo.

La enfermería ocupa, dentro del equipo de salud, un lugar de privilegio, ya que es quien permanece la mayor cantidad de tiempo junto al paciente. Aunque su papel tradicional ha sido y es el cuidado del enfermo recuperable, en los últimos años ha adquirido un protagonismo especial en la terminalidad a través de estos cuidados⁷. La enfermería junto con el resto del equipo debe esforzarse en aliviar los problemas, facilitar los procesos de adaptación a la situación de terminalidad, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados⁸.

La metodología de trabajo que utiliza la enfermería para establecer y cumplir estas actuaciones es el Proceso de Atención de Enfermería mediante el cual elabora e implementa un Plan de Cuidados que consta de cinco etapas^{8,9}:

- **Valoración inicial:**

Identificar el origen y grado de malestar que presentan los pacientes, detectando problemas y necesidades reales y potenciales en las áreas físicas, psico-emocional, sociales y espirituales y familiares. Se produce la recogida, validación, organización y registro de los datos.

- **Diagnóstico de Enfermería:**

Análisis de los datos y elaboración de inferencias e hipótesis, formulación de los problemas detectados y realización de un diagnóstico de la situación real del paciente.

- **Planificación de los cuidados:**

Fijación de prioridades, formulación de objetivos o resultados esperados, determinación de intervenciones y actividades y registro del plan. Implica la participación de todo el recurso humano, incluida la familia, cuidadores principales en el domicilio.

- **Ejecución :**

Se ponen en práctica las intervenciones planificadas que ayudan a satisfacer las necesidades del paciente y familia, y así lograr los objetivos propuestos a través de un plan de acción individualizado. Se debe garantizar continuidad en la atención independientemente del lugar en que permanezca el paciente, ya sea el hospital o el domicilio.

- **Evaluación final:**

La unidad de tratamiento es el paciente y la familia por lo cual el proceso evaluativo incluye a ambos y en una visión global.

Es necesario realizar reevaluaciones continuas, ya que se trata de un paciente plurisintomático y multicambiante.

Esta es la última etapa del proceso enfermero, se debe realizar una valoración de la situación actual del paciente, comparación con los objetivos marcados y emisión de un juicio y mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados.

OBJETIVOS

Elaborar un Plan de Cuidados basado en dos pilares fundamentales, el dolor y el apoyo a la familia, del paciente terminal, para exponer las intervenciones, actividades y resultados que se deben alcanzar y realizar para aliviar, afrontar y apoyar dichos aspectos, así también como, reflejar el papel que cumple la enfermería en los cuidados paliativos.

METODOLOGÍA

El diseño de estudio aplicado es un Proceso de Atención de Enfermería utilizando los lenguajes estandarizados de NANDA, NOC y NIC.

Fuentes de información:

La información utilizada proviene de diversas fuentes. He utilizado como herramientas de información el buscador Google Académico y la base de datos Scielo, recogiendo información de artículos y revistas científicas. También he recogido información de libros y webs de organizaciones científicas:

- <<http://www.secpal.com/presentacion/index.php?acc=historia%20CP>> [Consulta: 14 de Junio 2012].
- <<http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=252&sel=269>> [Consulta: 14 de Junio 2012]
- <<http://ucienf.blogspot.com.es/2011/02/eva-escala-simple-y-visual-para-valorar.html>> [Consulta: 4 de septiembre 2012]
- <http://salpub.uv.es/SALPUB/pspic/docs/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Tes_t_Zarit.pdf> [Consulta: 14 junio 2012]
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Escalera_analg%C3%A9sica_de_la_OMS> [Consulta: 14 junio 2012]

Para la búsqueda de esta información he utilizado los siguientes términos: cuidados paliativos, tratamiento dolor, cuidados de enfermería en pacientes paliativos, papel de enfermería en cuidados paliativos...

DESARROLLO

El objetivo y las principales actividades⁴ que debe realizar y alcanzar la enfermería, junto con la familia, están orientadas a conseguir que el paciente viva el tiempo que le queda con la mayor comodidad posible, partiendo del mayor respeto a la dignidad, a la independencia del paciente y a su derecho a participar en lo que sucede a su alrededor.

El Plan de Cuidados que voy a desarrollar está centrado en el control y alivio del dolor y el apoyo a la familia del paciente terminal. Son las actividades más importantes que se deben realizar, ya que el dolor¹⁰, aun a pesar de no ser el único síntoma, es el que más angustia genera al paciente y a su familia. Y por ello, hay que tratarlo y actuar sobre la familia prestando educación y apoyo para afrontar los cuidados que requiere el paciente.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración

Consiste en la recogida, validación, organización y registro de los datos del paciente.

Las fuentes para obtener los datos son varias y, entre ellas, la principal es el propio usuario, al que cabe añadir la familia o las

personas allegadas a él, la historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud.

Los métodos para obtener la información requerida son, básicamente, la entrevista, la observación y el examen físico⁹.

Mediante estos métodos podemos evaluar y valorar el dolor, así como también el estado y grado de sobrecarga de la familia.

Para el dolor identificaremos el tipo de dolor que es, las características, la localización y irradiación y su intensidad con una de las siguientes escalas¹¹ (ANEXO 2)¹²:

- Escala de caras de Wong-Baker
- Escala análoga visual (EVA)
- Escala de puntuación numérica
- Escala de puntuación verbal

Para la medición del grado de sobrecarga de la familia o cuidador del paciente paliativo se debe utilizar la Escala de sobrecarga del cuidador – Test de Zarit¹³ (ANEXO 3)¹³.

Consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre).

Su interpretación es:

- <47 : No sobrecarga
- 47 a 55 : Sobrecarga leve
- >55 : Sobrecarga intensa

Esta escala se debe reevaluar cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Diagnósticos

- 1- Dx Dolor crónico¹⁴: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.

Dolor crónico r/c incapacidad física crónica m/p alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas e informes verbales de dolor

- 2- Dx Riesgo de cansancio del rol de cuidador¹⁴: El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.

Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c enfermedad grave del receptor de los cuidados y falta de experiencia para cuidar.

Planificación y ejecución

1. Dx Dolor crónico

NOC: Objetivos¹⁵

- Control del dolor:
 - Reconoce el comienzo del dolor
 - Utiliza los analgésicos de forma apropiada
 - Refiere dolor controlado
- Control de síntomas:
 - Reconoce la persistencia del síntoma
 - Refiere control del los síntomas
- Bienestar personal:

- Ejecución de roles usuales
- Satisfacción con la capacidad de superación
- Calidad de vida:
 - Satisfacción con las condiciones medioambientales
 - Satisfacción con los objetivos conseguidos en la vida

NIC: Intervenciones¹⁶

Administración de analgésicos:

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo. Se debe tener conocimiento de la escala de la analgesia (ANEXO 4)¹⁷.
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta de la analgesia.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario.
- Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente opiáceos (adicción y riesgo de sobredosis).

Manejo del dolor:

- Proporcionar información acerca del dolor, sus causas, el tiempo de duración y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (iluminación, ruidos...).
- Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.
- Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor.

2. Dx Riesgo del cansancio del rol de cuidador

NOC: Objetivos¹⁵

- Apoyo familiar durante el tratamiento:
 - Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo.
 - Los miembros de la familia colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria.
- Bienestar del cuidador principal:
 - Satisfacción con la salud física y emocional
 - Capacidad para el afrontamiento
- Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos e indirectos:
 - Conocimiento del proceso de enfermedad
 - Conocimiento del plan de tratamiento

NIC: Intervenciones¹⁶

Fomentar la implicación familiar:

- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en la familia.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.
- Informar a la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.

Apoyo al cuidador principal:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad y el bienestar del paciente
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés
- Educar al cuidador sobre los procesos de quejas
- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente
- Educar y apoyar al cuidador en el duelo.

Como este plan de cuidados no está ejecutado no se puede evaluar la evolución del paciente terminal y de la familia.

CONCLUSIONES

Según toda la información recopilada y expuesta he llegado a la conclusión de que la enfermería juega un papel principal en los cuidados paliativos, porque no solo realiza actividades curativas sino también paliativas y es la que tiene un mayor contacto directo con el enfermo. De todas las actividades que se deben realizar en un paciente paliativo la principal es el control del dolor y el apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo por lo que la enfermería realiza un plan de cuidados para llevarlas a cabo y plantear los objetivos e intervenciones que se quieren conseguir y realizar.

En cuanto a la atención a la familia es muy importante animar a la familia y darles apoyo porque en esta situación de enfermedad terminal, los conflictos sociales afloran y la familia sufre una seria alteración psicológica y deben afrontar no solo la enfermedad y la muerte, sino múltiples cambios en la estructura y funcionamiento familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. C. Centeno. Historia y Desarrollo de los Cuidados Paliativos. Marcos Gómez Sancho. Las Palmas: ICEPS, 1988.
<<http://www.secpal.com/presentacion/index.php?acc=historia%20CP>>
[Consulta: 14 de Junio 2012].
2. Pascual López A, Alonso Babarro A, Ballester Arnal R, Díez Cagigal R, Duarte Rodríguez M, García Pérez C et al. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
3. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Manage 2006; 32: 5-12.
4. Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y consumo. Sanidad; 2007 [Consulta: 14 de Junio 2012]

- <<http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=252&sel=269>>
5. Tizón Bouza E. y Vázquez Torrado R. Enfermería en Cuidados Paliativos: Hospitalización Durante los Últimos Días de Vida. Rev. electrónica. Noviembre; 2004.
 6. Grupo de trabajo Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. 5-6.
 7. Astudillo W, Orbegozo A, Latiegi A, Urdaneta E. Cuidados paliativos en Enfermería. Donostia: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2003.
 8. López Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Ed Panamericana, Madrid, España, 1998. 1-4.
 9. Luis Rodríguez M. T, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez M. V. De la Teoría a la Práctica. 3ª Edición Travessera de Gràcia, 17-21- Barcelona (España): Masson, S.A. 2005.
 10. Miguez Burgos A, Muñoz Simarro D. Enfermería y el Paciente en Situación Terminal. Enferm. Glob. n.16 Murcia jun. 2009
 11. Revista de la Sociedad Española del Dolor versión impresa ISSN 1134-8046 Rev. Soc. Esp. Dolor v.15 n.5 Narón (La Coruña) jun.-jul. 2008
 12. <<http://ucienf.blogspot.com.es/2011/02/eva-escala-simple-y-visual-para-valorar.html>> [Consulta: 4 de septiembre 2012]
 13. <http://salpub.uv.es/SALPUB/pspic/docs/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf> [Consulta: 14 junio 2012]
 14. Heather Herdman T, Ph D, RN. Nanda International Diagnósticos Enfermero: Definiciones y Clasificación 2009-2011. ISBN Edición Española Travessera de Gràcia, 17-21- Barcelona (España): Elsevier España, S.L. 2010.
 15. Moorhead S, Johnson M, Mass M. Proyecto de Resultados Lowa Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª Edición MMV en Español. Infanta Mercedes, 90-7 Madrid: Elsevier España, S.A. 2006.
 16. Gloria M. Bulechek. Howard K. Butcher. Joanne McCloskey Dochterman. Intervenciones De Enfermería (NIC). 5ª Edición versión en Español. Travessera de Gràcia, 70-21 Barcelona (España): Elsevier España, S.L. 2009.
 17. <http://es.wikipedia.org/wiki/Escalera_analg%C3%A9sica_de_la_OMS> [Consulta: 14 junio 2012]

ANEXOS

(ANEXO 1)²

Tabla 3. Mortalidad por causa y Comunidad Autónoma (año 2004)

Comunidad Autónoma	Población	Defunciones		TOTAL
		patología oncológica	9 patologías no oncológicas	defunciones onco + 9 no onco
Andalucía	7.687.518	16.028	21.910	37.938
Aragón	1.249.584	3.534	4.529	8.063
Asturias	1.073.761	3.427	4.203	7.630
Baleares	955.045	1.905	2.470	4.375
Canarias	1.915.540	3.450	3.819	7.269
Cantabria	554.784	1.492	1.891	3.383
Castilla-La Mancha	1.848.881	4.430	6.139	10.569
Castilla y León	2.493.918	7.397	9.282	16.679
Cataluña	6.813.319	16.182	20.794	36.976
Com. Valenciana	4.543.304	10.026	13.356	23.382
Extremadura	1.075.286	2.769	3.566	6.335
Galicia	2.750.985	7.848	10.597	18.445
Madrid	5.804.829	11.436	14.653	26.089
Murcia	1.294.694	2.485	3.524	6.009
Navarra	584.734	1.378	1.727	3.105
País Vasco	2.115.279	5.482	6.430	11.912
Rioja	293.553	763	981	1.744
Ceuta	74.654	110	145	255
Melilla	68.016	102	134	236
TOTAL ESPAÑA	43.197.684	100.244	130.150	230.394

Fuente: INE 2007

Fuente: Pascual López A, Alonso Babarro A, Ballester Arnal R, Díez Cagigal R, Duarte Rodríguez M, García Pérez C et al. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

(ANEXO 2)¹²

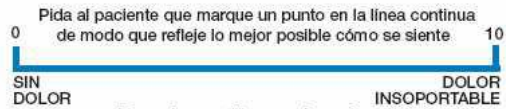
ESCALAS DE DOLOR

Pida al paciente que elija la cara que mejor describe cómo se siente



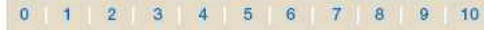
Escala de CARAS de Wong-Baker

De Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winklestein ML, Schwartz P. Wong's Essentials of Pediatric Nursing (ed 6), St Louis 2001, p 1301. Copyright de Mosby Inc. Reimpreso previa autorización.



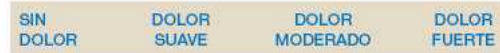
Escala análoga visual

Pida al paciente que elija, en una escala del 1 al 10, donde 0=sin dolor y 10=dolor insoportable, el número que mejor se adecua a su nivel actual de dolor



Escala de puntuación numérica

Pregunte al paciente qué palabra describe mejor su nivel de dolor actual



Escala de puntuación verbal

Fuente: <http://ucienf.blogspot.com.es/2011/02/eva-escala-simple-y-visual-para-valorar.html>

(ANEXO 3)¹³

Cuadro 1
Escala De Zarit

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0 1 2 3 4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	0 1 2 3 4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0 1 2 3 4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0 1 2 3 4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0 1 2 3 4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0 1 2 3 4
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	0 1 2 3 4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0 1 2 3 4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0 1 2 3 4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0 1 2 3 4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0 1 2 3 4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0 1 2 3 4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0 1 2 3 4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0 1 2 3 4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0 1 2 3 4
22. Globalmente, ¿qué grado de «carga» experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4

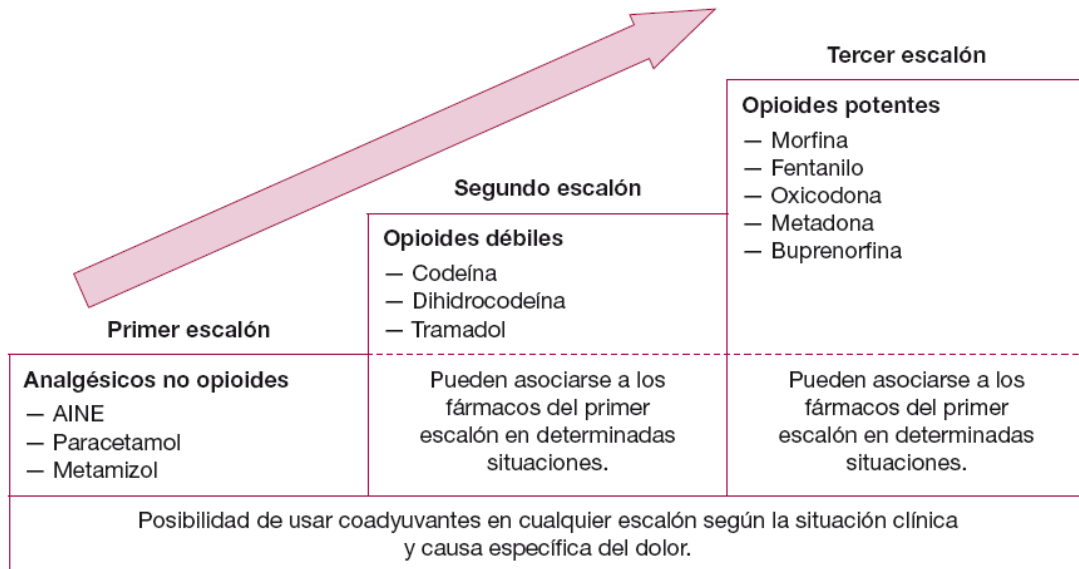
0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

Fuente:

http://salpub.uv.es/SALPUB/pspic/docs/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf [Consulta: 14 junio 2012]

(ANEXO 4)¹⁷

Tabla 4. Escalera analgésica de la OMS modificada



Fuente:

http://es.wikipedia.org/wiki/Escalera_analg%C3%A9sica_de_la_OMS

> [Consulta: 14 junio 2012]