

VII. ANEXOS

ENTREVISTA AFECTADOS Y FAMILIARES

Paciente

Sexo:

Edad:

Estado laboral:

1. ¿En qué fecha tuvo el ictus?
2. ¿Qué tipo de lesión sufrió (tipo de ictus)?
3. ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado?
4. ¿Qué secuelas le quedaron tras la lesión cerebral?
5. En cuanto a la atención recibida:
 - ¿Recibió la información que necesitaba sobre lo que le había pasado?
 - ¿Le dieron rehabilitación durante la hospitalización o después de ella?
 - ¿Tras el alta hospitalaria, fue derivado a otro recurso?
 - ¿Le ayudaron con la tramitación de ayudas sociales?
 - ¿En qué aspectos considera que no recibió la atención que necesitaba?
6. Necesidades percibidas tras el alta:
 - ¿Tuvieron necesidad de información? ¿De qué tipo?
 - ¿Qué tipo de ayudas técnicas necesitó debido a las secuelas?
 - ¿Tuvieron que realizar cambios en el domicilio? ¿Cuáles?
 - ¿Precisó acudir a algún tipo de centro socio sanitario, como residencia o centro de día (temporal o permanente)?

- ¿Tuvo o tiene necesidad de ayuda a domicilio? ¿Para qué tareas?
- ¿Ha solicitado el servicio de Teleasistencia?
- ¿Tras el alta, tuvo la necesidad de continuar con la rehabilitación: física, cognitiva, psicológica, de comunicación...?
- ¿Necesita ayuda para las ABVD? ¿Para cuales?
- ¿Necesita transporte espacial para los desplazamientos? ¿Qué tipo de transporte utiliza?
- ¿Tiene la necesidad de ayuda con la tramitación de ayudas, así como de orientación legal o laboral?

Familiar

Edad:

Vínculo:

Estado laboral:

- ¿Qué tipo de repercusiones ha tenido la enfermedad para el cuidador en el ámbito laboral?
- ¿Cómo ha cambiado el funcionamiento familiar?
- ¿Qué tipo de necesidades económicas ha tenido la familia a causa del ACV?
- ¿De qué manera se han visto afectadas las relaciones sociales tanto del afectado como de la familia?

ÍNDICE DE BARTHEL

Nombre**Fecha****Unidad/Centro****Nº Historia**

4.1 AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – INDICE DE BARTHEL –

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20.

– Índice de Barthel –

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulaci3n

15	Independiente	puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	en 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	supervisi3n física o verbal
0	Dependiente	incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

**Puntuaci3n Total**

Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretaci3n son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

CUESTIONARIO ZARIT

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

8.4 CUESTIONARIO –ZARIT-

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado**

Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.					
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
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 Vd.?	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 Vd.?	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 tu familiar?	0	1	2	3	4
PUNTUACIÓN TOTAL					