



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

PROGRAMA EDUCACIÓN PARA LA SALUD
DIRIGIDO A CUIDADORES PRINCIPALES DE
PACIENTES INMOVILIZADOS

Autor/es

Héctor Mercado Castillo

Director/es

D. Juan Francisco León Puy

Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

2012

TRABAJO FIN DE GRADO

0. ÍNDICE	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS DEL TRABAJO	6
2.1. OBJETIVOS GENERALES	6
3. METODOLOGÍA	6
3.1. CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN	6
3.2. DETECCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD	6
4. DESARROLLO	8
4.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA EDUCACIONAL	8
4.2. POBLACION DIANA	8
4.3. CONTEXTO ÁMBITO LOCAL	8
4.3.1º MARCO LEGAL	8
4.4º ACTIVIDADES	9
4.5º EVALUACIÓN	13
5. CONCLUSIONES	14
6. BIBLIOGRAFÍA	15
7. ANEXOS	17

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida (83 años para mujeres y 76 años para hombres) ⁽¹⁾ experimentado en los últimos años debido al desarrollo socioeconómico y a una mejora de las condiciones sanitarias, ha conducido a un progresivo envejecimiento de la población. ^(2,3) Según datos publicados por el instituto Nacional de Estadísticas (INE) en el censo de población y viviendas de 2001, había contabilizadas en España 6.958.516 personas de 65 y más años, cifra que corresponde al 17% del total de la población. A partir de este censo se realizó una proyección que establecía que en el año 2050 habrá en España 16.387.874 personas mayores que corresponden al 30,8% del total, es decir a mitad de siglo la población mayor alcanzara a ser casi un tercio del total; Aunque todo esto está en el aire ya que no se pueden controlar los movimientos migratorios. ⁽⁴⁾

Gran parte de ésta población presenta una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, que en muchos casos pueden ser incapacitante, dificultando o imposibilitando la realización de actividades de la vida diaria (AVD). En España el 8,5% de la población (3.847.854 personas) declara alguna discapacidad o limitación para AVD, de ellos, 2.148.548 son dependientes (55,8%), es decir precisan la ayuda de una tercera persona pues no pueden valerse por sí mismos. ⁽⁵⁾ En Aragón el 8,8% de la población (113.108 personas) manifiesta alguna limitación para AVD, de ellos 60.738 son dependientes (53,7%). ⁽⁶⁾ Desde un punto de vista cuantitativo, la dificultades de movilidad son las más frecuentemente referidas por las personas mayores con dependencia. ^(5,6) Lo que complica llegando a imposibilitar el acceso al centro de salud con la consiguiente demanda de ayuda médica, social y familiar. ⁽²⁾

En atención primaria se considera paciente inmovilizado a aquellas personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo pueden abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses.

⁽⁷⁾

Con la aprobación el día 14 de diciembre, de la ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se aprobó un nuevo derecho universal, para ayudar y cuidar a las personas dependientes y para proporcionar la autonomía de los cuidadores. El papel de enfermería es clave para proporcionar un soporte integral e integrado a las personas con dependencia y sus cuidadores, ya que no es posible mantener el personal sanitario 24h en el domicilio del paciente. ^(8,9) Más concretamente, enfermería debe de proporcionar un soporte integral y continuado a la familia y principalmente al cuidador principal, en el cual recae todo el peso del cuidado ^(2, 8, 10), y también debe mejorar la eficacia de los recursos asistenciales destinados a las personas dependientes y establecer conexiones entre los recursos formales e

informales, desempeñando así las funciones como gestora de cuidados y como intermediaria entre el usuario y el sistema público. (9, 11,12)

Los cuidados en el domicilio han tenido un incremento considerable, y nos encontramos con que los familiares deben hacerse cargo de los pacientes. Esta nueva situación genera una creciente atención socio-sanitaria a domicilio e importantes cambios en la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta. La mayoría de las familias se adaptan satisfactoriamente, aunque pasen por periodos de inestabilidad o dificultad, los cuales incluso pueden precipitar crisis que pueden afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal. (2, 8, 9, 11, 12)

En España, los pacientes dependientes viven mayoritariamente en zonas urbanas, aunque cabe destacar que el 28,4% vive en zonas rurales, un agravante añadido a su situación. El 18,1% de esos pacientes vive en soledad, el resto viven normalmente con el cónyuge o con los familiares más allegados. En Aragón las cifras son algo similares el 36,9% vive en zonas rurales, y el 21,4% de los pacientes dependientes vive en soledad. Estadísticamente el perfil del paciente dependiente se trata de un paciente del sexo femenino mayor de 60 años y con un nivel bajo de estudios. (5,6, 11)

El perfil más frecuente de la persona cuidadora principal es el de una mujer con una edad media superior de 50 años, casada, con estudios primarios o inferiores y como ya he mencionado, son del entorno familiar. Los cuidados proporcionados por los cuidadores principales son intensos y de larga duración. Nueve de cada diez cuidadores principales manifiesta proporcionar cuidados todos o casi todos los días de la semana, la mayoría en jornadas de más de 8 horas. Además, el 34,2% lleva 8 o más años cuidando. (5, 6, 11)

Este trabajo intenso conlleva una serie de consecuencias. Los cuidadores principales declaran dificultades físicas, debido a la movilización de pacientes mayores y en ocasiones con sobrepeso, (entre un 27-38,7%) un 12% manifiesta dudas sobre cómo sería mejor proporcionar los cuidados, y entre un 11-13,8% cree que para llevar a cabo los cuidados necesitaría mas formación especializada de la que tiene. (5,6,13)

Recientes estudios en los que se ha preguntado por las consecuencias negativas del cuidado día a día de los pacientes encamados revelan que los principales efectos son el deterioro de la salud, la sensación de cansancio y la depresión, efectos que se acentúan en las mujeres. También se resienten las relaciones sociales, el trabajo y el ocio.

Determinados autores, a este conjunto de síntomas lo denominan "síndrome del cuidador", (8, 15, 16, 17) añadiendo repercusiones de otras esferas como el deterioro de la situación económica y el deterioro de la calidad de vida. (16) Este síndrome causa cada vez más morbilidad en las zonas básicas de salud, según estudios publicados, las principales causas de consulta son las siguientes: dolor de espalda, cansancio, insomnio y ansiedad. En ocasiones estos síntomas son manifestados por más del 50% de los cuidadores estudiados. (8,14,) Por consiguiente toda sobrecarga física y

emocional repercute en la salud del cuidador con el riesgo de convertirse en otro enfermo ⁽¹⁵⁾

En la múltiple revisión bibliográfica consultada he constatado que la instauración de programas de salud dirigidos a cuidadores principales en personas dependientes es muy eficaz y muy saludable tanto para la persona que proporciona los cuidados como el paciente que los recibe. ^(10, 15,11, 18)

Entre los datos más reseñables se encuentran aumentos en los test Family Apgar y descensos en las puntuaciones en los test de sobrecarga del cuidador. ^(10, 15, 11, 18) Por estos datos y por los cuidadores que dedican el mayor tiempo de su vida a proporcionar cuidados sin ningún tipo de lucro queda más que justificado el tema de mi programa de educación para la salud.

2. OBJETIVOS

- ❖ Desarrollar mediante el programa educacional de salud, actitudes positivas ante el problema de salud y el envejecimiento por parte de los cuidadores principales.
- ❖ Proporcionar conocimientos básicos para la promoción de esa salud, fomentar y reforzar hábitos de autocuidado encaminados a una longevidad sana y un cuidado correcto por parte de los cuidadores principales.
- ❖ Mejorar la calidad asistencial de los pacientes encamados optimizando los recursos disponibles y disminuir tanto la demanda de atenciones socio-sanitarias como el impacto económico que esto implica.

3. METODOLOGÍA

3.1 Conocimiento de la población

Inicialmente seleccionare a los pacientes de mi ZBS según la cartera de servicios “pacientes inmovilizados”, los extraeré del programa informático OMI. El cual se encuentra en todos los centro de salud.

A continuación, realizar una valoración enfermera completa de todos los pacientes inmovilizados mediante estas escalas:

- ❖ BARTHEL: Para valorar el grado de dependencia del paciente inmovilizado.
- ❖ YASEVAGE: Para valorar si existe trastorno depresivo en el paciente inmovilizado.
- ❖ FAMILY APGAR: Para valorar la percepción que tiene el paciente inmovilizado sobre su familia.
- ❖ BRADEN: riesgo de UPP.

Además de la valoración enfermera realizaré un perfil del paciente en base a los datos obtenidos y los cotejaré con las estadísticas oficiales existentes en Aragón.

El perfil del paciente dependiente en Aragón es el siguiente:

- ❖ Es un paciente de sexo femenino (66,6%), por encima de los 65 años (7 de cada 10) que vive mayoritariamente en el entorno urbano (63,1%) con un nivel de estudios bajo, y que el 21,4% vive solo. (6)

Posteriormente haré la valoración enfermera completa de los cuidadores principales mediante estas escalas:

- ❖ ZARIT: Para valorar si existe sobrecarga en el desempeño del rol de cuidador.
- ❖ HAMILTON: Para valorar si existe trastorno depresivo en el cuidador principal.

Además de la valoración enfermera realizaré un perfil del cuidador principal en base a los datos obtenidos y los cotejare con las estadísticas oficiales existentes en Aragón.

El perfil más frecuente de la persona cuidadora principal en Aragón es el siguiente:

- ❖ Mujer con una edad media de 57 años, casada, con estudios primarios o inferiores, que suele ser la hija o cónyuge de la persona necesitada de cuidados. La ayuda diaria proporcionada al paciente encamado es intensa y de larga duración (más de 8 horas diarias y mínimo de 6 o 7 días a la semana). ⁽⁶⁾

3.2. Detección de los problemas de salud

Con toda esta valoración quiero detectar principalmente los siguientes problemas de salud y/o diagnósticos de enfermería:

- ❖ Riesgo de sobrecarga del rol del cuidador.
- ❖ Riesgo de autoestima baja
- ❖ Déficit autocuidado
- ❖ Riesgo de deterioro de integridad cutánea
- ❖ Manejo inefectivo del régimen terapéutico

3.3. Protocolos manejados:

- ❖ Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía. Servicio andaluz de salud.
- ❖ Guía para el cuidador. Xunta de Galicia.
- ❖ Guía para la prevención y cuidado de las ulceras por presión para personas cuidadoras. Servicio andaluz de salud.
- ❖ Como cuidar en casa a una persona en situación de dependencia. Diputación de Zaragoza.
- ❖ La formación de las personas cuidadoras en el entorno familiar. Gobierno de Aragón. Departamento de servicios sociales y familia.

4. DESARROLLO

4.1. Objetivos específicos del programa:

- ❖ Tratar los diagnósticos de enfermería obtenidos en la valoración inicial a través de sesiones a modo charlas taller dirigidas mayoritariamente por enfermería durante 3 meses y de manera cíclica.
- ❖ Se realizará en el centro de salud correspondiente a esa ZBS y participarán otros profesionales del sector socio-sanitario (fisioterapeutas, terapeutas profesionales, trabajadores sociales... etc.)

4.2. Población diana:

Cuidador principal de un paciente inmovilizado dentro de la cartera de servicios 313 de atención primaria en Aragón. Y que además este diagnosticado por la enfermera de alguno de los diagnóstico mencionados con anterioridad.

4.3. Marco legal:

El programa de salud que propongo desarrollar se basa en los principios de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, entre los que se encuentran *“La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada”*, *“la valoración de las necesidades de las personas atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real”* y *“participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representan”*.⁽¹⁹⁾

Se basa también en el capítulo II artículo 36 donde se especifica la formación y cualificación de profesionales y cuidadores. *“se atenderá a la formación básica y permanente de los profesionales y cuidadores que atiendan a las personas en situación de dependencia”*.⁽¹⁹⁾

Dicho programa se desarrollará según el decreto 5/2007 de 16 de enero del gobierno de Aragón por el que se distribuyen las competencias en materia de promoción de la autonomía y atención a personas en situación de dependencia entre los diferentes órganos de

la administración de la CC.AA. de Aragón. ⁽²⁰⁾ Y dentro de la cartera de servicios nº 313 de atención primaria, por lo que es un programa que se puede desarrollar en cualquier ZBS en Aragón.

4.4. Actividades a desarrollar

El programa de salud se dividirá en dos bloques temáticos. Y los contenidos de desarrollaran en sesiones de dos horas en horario de consulta de enfermería. ⁽²⁵⁾

I BLOQUE: HABILIDADES Y TECNICAS PARA LOS CUIDADORES

OBJ: Conseguir mediante formación, consejos e intercambio de información que las personas cuidadoras conozcan la forma más fácil, segura y adecuada de llevar a cabo los cuidados.

CONTENIDOS:

1^a SESION:

HIGIENE PERSONAL Y ENTORNO

2^a SESION:

ALIMENTACION

3^a SESION:

MOVILIZACION

4^a SESION:

ELIMINACION

Trabajaremos en estas sesiones los Dx Nandas 00102, 00109, 00108, 00110: ^(21,24)

- ❖ **Déficit autocuidado r/c disminución o falta motivación m/p falta de autonomía en la realización de AVD:**

Con el siguiente objetivo Noc (22):

0300 Autocuidados. Para la realización AVD.

Escala: Barthel: (ANEXO 1)

V5: 100 Independiente

V4: \geq 60 Leve

V3: 40-55 Moderado

V2: 20-35 Grave

V1: < 20 Total

Con la siguiente intervención Nic (23):

7110 Fomentar la implicación familiar.

5^a SESION:

ADMINISTRACION DE FARMACOS

Trabajaremos en esta sesión el Nanda 00078: (21,24)

- ❖ **Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c complejidad régimen terapéutico m/p verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen terapéutico en las labores diarias.**

Con los siguientes objetivos Noc (22):

1813 Conocimiento Régimen Terapéutico

Con los siguientes indicadores:

Conocimiento tránscurso de la enfermedad.*

Conocimiento medicación prescrita.*

1608 Control Síntomas

Con los siguientes indicadores:

Utiliza medidas preventivas.*

Utiliza medidas de alivio del síntoma.*

Con las siguientes intervenciones Nic (23):

2380 manejo de medicación

5602 enseñanza proceso enfermedad.

*ESCALA: V1 Nunca demostrado, V2 Raramente demostrado, V3 A veces demostrado, V4 Frecuentemente demostrado, V5 Siempre demostrado.

6^a SESIÓN:

ULCERAS POR PRESIÓN

Trabajaremos en esta sesión el Nanda 00047: (21,24)

Riesgo deterioro integridad cutánea r/c inmovilización física.

Factores de riesgo: inmovilización física y factores mecánicos.

Con el siguiente objetivo Noc (22):

1101 integridad tisular: piel, membranas y mucosas.

Escala: Braden (ANEXO 2)

ALTO RIESGO: <12 puntos

RIESGO MODERADO: 13-14 puntos.

RIESGO BAJO: 15-16 si es menor de 75 años. 15-18 si es mayor o igual a 75 años

Con las siguientes intervenciones Nic (23):

3540 Prevención Ulceras

3500 Manejo de Presiones

3590 Vigilancia Piel.

II BLOQUE: AUTOCUIDADO PARA LOS CUIDADORES

OBJ: Desarrollar formas de afrontamiento saludable mediante el aprendizaje de habilidades asertivas y emocionales.

CONTENIDOS:

7^a SESIÓN:

AUTOESTIMA

Trabajaremos en esta sesión el Dx Nanda 00120: (21,24)

- ❖ **Baja autoestima situacional r/c cambios del rol social m/p evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.**

Con el siguiente objetivo Noc ⁽²²⁾:

1305 Modificación psicosocial: cambio de vida.

Escala: Hamilton. (ANEXO 3).

V5: No deprimido: 0-7
V4: Depresión ligera/menor: 8-13
V3: Depresión moderada: 14-18
V2: Depresión severa: 19-22
V1: Depresión muy severa: >23

Con las siguientes intervenciones Nic ⁽²³⁾:

5270 Apoyo emocional.

5230 Aumentar el afrontamiento.

8^a SESIÓN:

CUIDADOS AL CUIDADOR

Trabajaremos en esta sesión el Dx Nanda 00061: ^(21,24)

❖ **Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c enfermedad crónica.**

Factores de riesgo: cansancio, incapacidad física.

Con los siguientes objetivos Noc ⁽²²⁾:

2202 Preparación cuidador domiciliario.

Escala: Zarit (ANEXO 4)*.

V3: No sobrecarga <46

V2: Sobrecarga Intensa >56

V1: Sobrecarga muy intensa >70

2506 Salud emocional del cuidador principal

Escala: Hamilton: (ANEXO 3)

V5: No deprimido: 0-7
V4: Depresión ligera/menor: 8-13
V3: Depresión moderada: 14-18
V2: Depresión severa: 19-22
V1: Depresión muy severa: >23

Con las siguientes intervenciones Nic (23):

7040 Apoyo al cuidador principal

7110 Fomentar la implicación familiar

5100 Potenciación de la sociabilización

* No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

4.5. Evaluación del programa

❖ EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES (OBJETIVOS OPERATIVOS)

Las actividades se evaluaran con un diagrama de gant (ANEXO 5).

❖ EVALUACION DEL PROCESO Y LA ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El proceso y la estructura del programa se evaluaran con unas encuestas al final de cada sesión. (ANEXO 6)

❖ EVALUACION DE LOS RESULTADOS

Para la evaluación de los resultados realizare tal y como esta protocolizado en la cartera de servicios 313 a los 30 días posteriores a la impartición del programa. Valorare los resultados realizando nuevamente la valoración enfermera explicada con anterioridad, si el programa está siendo efectivo veré disminuidos la sobrecarga del rol y el estado de depresión tanto del paciente como del cuidador principal. También observare el aumento en los valores del Family Apgar y una disminución del Braden en el riesgo de UPP.

5. CONCLUSIÓN

En mi trabajo fin de grado pretendo hacer llegar a los cuidadores principales de grandes dependientes, los recursos que proporciona el sistema y sobre todo los que los pacientes más valoran: la comprensión, la ayuda ante la dificultad y la profesionalidad por parte de enfermería.

Que el personal de enfermería realice una escucha activa y realice programas de salud dirigidos a los cuidadores principales es la mejor forma de prevención y no agravamiento de síntomas del paciente dependiente, que recibe los cuidados, ni del “paciente” que los presta.

Con este programa pretendo abordar desde una perspectiva metodológica a la par que práctica un problema de salud que produce un gran impacto bio-psico-social y económico al sistema de salud.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Salazar Agulló M. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. Index Enferm (edición digital) 2006 52-53. Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/52-53/0709.php>>.
2. Seira Lledós Mª Pilar, Aller Blanco Ana, Calvo Gascón Ana. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2012 Abr 15] ; 76(6): 713-721.
3. Cuesta Benjumea C. Familia y cuidados a pacientes crónicos. El papel de la enfermera en el cuidado familiar. Index de Enferm (edición digital) 2001; 34.
4. Equipo Portal Mayores (2006). "Indicadores de población, España 2001-2050". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 62. [Fecha de publicación: 03/10/2006].
5. ESPARZA CATALÁN, Cecilia (2011). "Discapacidad y dependencia en España". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 108. [Fecha de publicación: 08/04/2011].
6. ESPARZA CATALÁN, Cecilia (2011). "Discapacidad y dependencia en Aragón". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 111. [Fecha de publicación: 17/08/2011].
7. Servicio aragonés de salud. Cartera de servicios atención primaria 2010. Mayo 2010.
8. Roca Roger, M; Úbeda Bonet, I; Fuentelsaz Gallego, C; López Pisa, R; Pont Ribas, A; García Viñets, L; et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Aten Primaria. 2000;26(4):53-67.
9. Ubiergo-Ubiergo MC, Regoyos-Ruiz S, Vico-Gavilán MV, Reyes-Molina R. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. Enferm Clin. 2005;15(4):199-205
10. Velásquez Vilma, López Lucero, López Hedy, Cataño Nhora, Muñoz Esperanza. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. Rev. Panam salud pública . 2011 June; 13(3): 458-469.

11. García-Fernández Francisco Pedro, Carrascosa-García María I., Rodríguez-Torres María C., Gila-Selas Carmen, Laguna-Parras Juan M., Cruz-Lendínez Alfonso J.. Influencia de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. *Gerokomos* 2009 Dic; 20(4): 152-158.
12. Observatorio de personas mayores. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Perfiles y tendencias. Octubre 2008.
13. González-Valentín Araceli, Gálvez-Romero Carmen. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos*. 2009 Mar; 20(1): 15-21.
14. Rogero Garcia Jesus. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index Enferm* v.19 n.1 ene.-mar. 2010.
15. Bohórquez Bueno Viviana Carolina, Castañeda Pérez Bibiana Andrea, Trigos Serrano Leidy Johanna, Orozco Vargas Luis Carlos, Camargo Figuera Fabio Alberto. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2012 Abr 15] ; 27(3): 210-219.
16. López Gil Mª Jesús, Orueta Sánchez Ramón, Gómez-Caro Samuel, Sánchez Oropesa Arancha, Carmona de la Morena Javier, Alonso Moreno Francisco Javier. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam* 2009 Jun ; 2(7): 332-339.
17. Méndez L, Giraldo O, Aguirre-Acevedo D, Lopera F. Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología* 2010; 5: 137-145.
18. Espin Andrade Ana Margarita. Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *RFS Enero-Junio* (2011) 3-1: 9-19.

19. Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Decreto Ley 39/2006 BOE NUM, 299. 14 de diciembre 2006.
20. Distribución de competencias en materia de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia entre los diferentes órganos de la administración de la comunidad autónoma de Aragón. BOA NUM 11. 26 de enero de 2007.
21. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.
22. Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 4^a ed. Madrid: Mosby, 2009.
23. McCloskey JC, Bulecheck GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 5^a ed. Madrid: Harcourt, 2009.
24. Johnson M, Bulechek G, Mc Closkey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA NIC NOC. 2^o Ed. Madrid: Harcourt; 2006.
25. Saura Hernandez S, Sangüesa Gimenez R. capítulo 25. Promoción de salud en mayores. En: Mazarrasa y col. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Madrid. 2^a Edición. McGraw-Hill. Interamericana. 2003.

7. ANEXOS

ANEXO 1 ESCALA BARTHEL

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y 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. 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 ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. 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. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente.

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLÓN/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 ptos (90 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 ptos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 ptos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- 5- Dependiente total: <20 ptos.

ANEXO 2 INDICE BRADEN

	1 punto	2 Puntos	3 Puntos	4 puntos
Percepción sensorial Capacidad para responder de manera efectiva a la presión relacionada con el malestar	Completamente limitada: no responde (no gemir, estremecerse, o comprender) a los estímulos dolorosos, debido a disminución del nivel de conciencia o sedación. O Limitada capacidad para sentir dolor durante la mayor parte de la superficie corporal.	Muy limitada: sólo responde a estímulos dolorosos. No se puede comunicar molestia, excepto por el gemido o inquietud. O Tiene un impedimento sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en más de la mitad del cuerpo.	Ligeramente limitada: Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el malestar o la necesidad de dar vuelta. O Tiene algún tipo de impedimento sensorial, que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en 1 ó 2 extremidades.	No hay reducción: Responde a órdenes verbales. No tiene ningún déficit sensorial que pueda limitar la capacidad de sentir o expresar dolor o malestar.
Humedad Grado en que la piel está expuesta a la humedad	Constantemente húmeda: La piel se mantiene húmeda casi constantemente por la transpiración, orina, etc. húmededad se detecta a cada paciente el tiempo se mueve o gira.	Muy húmeda: La piel es a menudo, pero no siempre, húmeda. Ropa de cama debe ser cambiada por lo menos una vez por turno.	Ocasionalmente húmeda: La piel es ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio de ropa adicional aproximadamente una vez al día.	Raramente húmeda: La piel es generalmente seca, ropa de cama requiere cambiar sólo a intervalos de rutina.
Actividad Grado de actividad física	Encamado: Confinado a la cama.	Chairfast: La capacidad de caminar muy limitada o inexistente. No se puede sostener su propio peso y / o debe ser asistido en la silla o silla de ruedas.	Paseos de vez en cuando: Paseos en ocasiones durante el día, pero para distancias muy cortas, con o sin asistencia. Pasa la mayor parte de cada turno en la cama o silla.	Camina con frecuencia: Paseos fuera de la sala por lo menos dos veces al día y habitación en el interior al menos una vez cada 2 horas durante las horas de vigilia.
Movilidad Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	Completamente inmóvil: no hacer cambios más leves en el cuerpo o la posición de las extremidades sin asistencia.	Muy limitada: Hace ocasionales leves cambios en la posición del cuerpo o las extremidades, pero incapaz de hacer cambios frecuentes o significativos de forma independiente.	Ligeramente limitada: Hace frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades de forma independiente.	No hay limitaciones: Realiza los cambios más importantes y frecuentes de posición sin ayuda.

Nutrición La comida habitual patrón de consumo	Muy pobre: Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier alimento ofrecido. Come 2 porciones o menos de proteínas (carne o productos lácteos) por día. Toma pocos líquidos. No toma un suplemento dietético líquido. O Se NPO y / o mantenidos con líquidos claros o IV durante más de 5 días.	Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de cualquier comida que se ofrece. La ingesta de proteínas incluye solamente 3 porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético. O Recibe menos que la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.	Adecuado: Se alimenta de más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de 4 porciones de proteínas (carne, productos lácteos) por día. De vez en cuando se niegan una comida, pero por lo general se toma un suplemento si se ofrece. O Es un tubo de alimentación o un régimen de nutrición parenteral que, probablemente, se reúne la mayor parte de las necesidades nutricionales.	Excelente: Se alimenta de la mayor parte de cada comida. Nunca rechaza una comida. Por lo general se come un total de 4 o más porciones de carne y productos lácteos. De vez en cuando se come entre las comidas. No requiere suplementos.
La fricción y el cizallamiento	Problema: Requiere de moderada a máxima asistencia en el movimiento. Levantamiento completo sin caer contra las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo reposiciónnamiento frecuente con la ayuda máxima. La espasticidad, las contracciones, o agitación conducen a la fricción casi constante.	Possible problema: mueve débilmente o requiere un mínimo de ayuda. Durante una medida probablemente se desliza la piel, en cierta medida contra las sábanas, sillas, sistemas de retención, u otros dispositivos. Mantiene la posición relativamente buena en la silla o la cama la mayor parte del tiempo, pero en ocasiones se desliza hacia abajo.	No hay problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para sentarse por completo durante el movimiento. Mantiene la posición buena en la cama o una silla en todo momento.	

ANEXO 3 ESCALA HAMILTON

1 - estado de ánimo depresivo (*tristeza, desesperado, impotente, inútil*)

- 0 Ausente.
 - 1 Estas sensaciones se indican sólo en el cuestionamiento.
 - 2 Estos estados emocionales de forma espontánea informó verbalmente.
 - 3 Comunica estados emocionales no verbales, es decir, a través de la expresión facial, postura, voz, y tendencia al llanto
 - 4 Informe del paciente prácticamente sólo los estados de ánimo en su comunicación espontánea verbal y no verbal.
-

2 - sentimiento de culpa

- 0 Ausente.
 - 1 Auto reproche, siente que ha decepcionado a la gente.
 - 2 Las ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.
 - 3 La enfermedad actual es un punishment. Los delirios de culpa.
 - 4 Oye voces acusatorias o de denuncia y / o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
-

3 - EL SUICIDIO

- 0 Ausente.
 - 1 Siente que la vida no es digna de ser vivida.
 - 2 Deseos de estar muerto o tiene pensamientos sobre la posible muerte a sí mismo.
 - 3 Ideas de suicidio o gestos.
 - 4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio 4).
-

4 - el insomnio temprano

- 0 No hay dificultad para conciliar el sueño.
 - 1 Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño, es decir, más de 1/2 hora.
 - 2 Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches.
-

5 - insomnio medio

- 0 Ninguna dificultad
 - 1 Paciente se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche.
 - 2 Despertarse durante la noche - todo para salir de 2 tipos de cama (excepto por motivos de evacuar).
-

6 - EL INSOMNIO TARDÍO

- 0 No hay dificultad.
 - 1 Se despierta a primeras horas de la mañana, pero se vuelve a dormir.
 - 2 No se puede volver a dormir si se levanta de la cama.
-

7 - TRABAJO Y ACTIVIDADES

- 0 Ninguna dificultad
- 1 Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionada con las actividades, trabajo o aficiones.
- 2 Pérdida de interés en la actividad, aficiones o el trabajo - ya sea directamente informado por el paciente, o indirecta, en la apatía, la indecisión y vacilación (siente que tiene que empujar auto al trabajo o actividades).
- 3 Disminución en tiempo real dedicado a actividades o disminución de la productividad. En el hospital, la tasa de 3 si el paciente no pasar por lo menos tres horas al día en las actividades (trabajo en el hospital o aficiones) exclusiva de las tareas del barrio
- 4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, la tasa de 4 si el paciente se involucra en ninguna actividad, excepto las tareas del barrio, o si el paciente no puede realizar tareas sin ayuda del barrio.

8 - Retraso (*lentitud de pensamiento y de expresión; deterioro de la capacidad para concentrarse, disminución de la actividad motora.*)

- 0 Normal del habla y el pensamiento
 - 1 Ligero retraso en la entrevista.
 - 2 Evidente retraso en la entrevista
 - 3 Entrevista difícil.
 - 4 Completa estupor.
-

9 - AGITACIÓN

- 0 Ninguno.
 - 1 Intranquilidad
 - 2 Jugar con las manos, cabello, etc.
 - 3 Ponerse en movimiento, no puede quedarse quieto.
 - 4 Retorcimiento de las manos, morderse las uñas, arrancarse el pelo, morderse los labios.
-

10 - la ansiedad psíquica

- 0 No hay dificultad.
 - 1 Tensión subjetiva e irritabilidad.
 - 2 Preocupación por pequeñas cosas
 - 3 Actitud aprensiva en la cara o del habla.
 - 4 Los temores expresados, sin cuestionar.
-

11 - la ansiedad somática (*concomitantes fisiológicos de la ansiedad, tales como: -*

Gastrointestinales: sequedad de boca, gases, indigestión, diarrea, calambres, eructos - Cardiovasculares: palpitaciones, dolores de cabeza. Respiratorios: -. Hiperventilación, suspiros - la frecuencia urinaria. -. sudoración)

- 0 Ausente
 - 1 Leve.
 - 2 Moderado
 - 3 Grave.
 - 4 Incapacitante.
-

12 - somático síntomas gastrointestinales

- 0 Ninguno.
 - 1 Pérdida del apetito pero come sin el estímulo del personal. Sensación de pesadez en el abdomen.
 - 2 Dificultad para comer no se le insiste. Sigue laxantes o medicación para los intestinos o la medicación para los síntomas gastrointestinales.
-

13 - síntomas somáticos GENERAL

- 0 Ninguno
 - 1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dolores de espalda, dolor de cabeza, dolores musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
 - 2 Las claras las tasas de los síntomas 2.
-

14 - Los síntomas genitales (*Los síntomas tales como: pérdida de la libido, alteraciones menstruales*)

- 0 Ausente.
 - 1 Leve.
 - 2 Grave.
-

15 - Hipocondría

- 0 No está presente.
- 1 La auto-absorción (corporal).
- 2 Preocupación por la salud.

- 3 Quejas frecuentes, las solicitudes de ayuda, etc.
 - 4 Delirios hipocondríacos.
-

16 - PÉRDIDA DE PESO

A) Cuando se nota por la historia:

- 0 No hay pérdida de peso
- 1 Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
- 2 Definido (por el paciente) la pérdida de peso.

O

B) En la calificación semanal de la sala por el psiquiatra, cuando los cambios reales de peso se miden:

- 0 A menos de una libra (500 g), pérdida de peso en la semana
 - 1 Más de una libra (500 g), pérdida de peso en la semana.
 - 2 Más de 2 libras (1000 g), pérdida de peso en la semana.
-

17 - INSIGHT

- 0 Reconoce estar deprimido y enfermo
- 1 Cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, el clima, el exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2 Niega estar enfermo en absoluto.

ANEXO 4 DIAGRAMA DE GANT

	1º SESION	2º SESION	3º SESION	4º SESION	5º SESION	6º SESION	7º SESION
HORARIO	FECHA:						
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							

Tiempo programado	
Tiempo consumido	

ANEXO 5 ENCUESTA DE SATISFACCION

	Muy satisfactorio 5 poco satisfactorio 1	1	2	3	4	5
Evaluación del proceso	El numero de actividades del programa le han parecido					
	La calidad de las mismas le han parecido					
	Los recesos entre actividades le han parecido					
	La colaboración con otros organismo le ha parecido					
	La distribución de los horarios le ha parecido					
	El turno de preguntas abiertas le ha parecido					
Evaluación de la estructura	La formación de los ponentes le ha parecido					
	la información aportada le ha parecido					
	La claridad de exposición de los ponentes le ha parecido					
	La temática expuesta le ha parecido					
	La resolución de preguntas le ha parecido					
	La implicación de los ponentes le ha parecido					
	La participación del resto de personas le ha parecido					
	La elección de los espacios le ha parecido					
	El ambiente con el resto de participantes le ha parecido					
	La iluminación le ha parecido					
	La distribución de las salas le ha parecido					
	La ubicación del programa le ha parecido					
	Los materiales aportados le han parecido					
	Aportar medios audiovisuales al programa le ha parecido					