



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2018 / 2019
TRABAJO FIN DE GRADO

**PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL
CUIDADOR INFORMAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO
CRÓNICO DEPENDIENTE**

Autor: Arturo Baquedano García
Director: Ángel Orduna Onco

ÍNDICE

1. Resumen	<u>Pág. 1-2</u>
2. Introducción	<u>Pág. 3-7</u>
3. Objetivos	<u>Pág. 8</u>
4. Metodología	<u>Pág. 9-10</u>
4.1. Metodología del Plan de cuidados	<u>Pág. 9-10</u>
4.2. Metodología de búsqueda	<u>Pág. 10</u>
5. Desarrollo	<u>Pág. 11-35</u>
5.1. Valoración Funcional	<u>Pág. 13-16</u>
5.2. Formulación de problemas	<u>Pág. 17-18</u>
5.3. Diagnósticos enfermeros	<u>Pág. 18-35</u>
6. Conclusiones	<u>Pág. 36</u>
7. Bibliografía	<u>Pág. 37-41</u>

1. RESUMEN

Introducción: La situación actual de los últimos años en España refleja un incremento de la población mayor de 65 años que se ve acompañada de una demanda mayor en la atención y los cuidados correspondientes debido a los diversos problemas de dependencia que presentan. Como consecuencia, en España ha aumentado el número de cuidadores informales, que derivado de los cuidados que brindan se ven sobrecargados, presentando un alto riesgo de sufrir el síndrome del cansancio del cuidador.

Objetivo: el propósito de este estudio, es la elaboración de un plan de cuidados estandarizado dirigido a mejorar la atención y apoyo prestados a los cuidadores informales a través de la formación de los profesionales del ámbito sanitario.

Material y métodos: Para la elaboración del plan de cuidados estandarizado se realizó una búsqueda avanzada de la literatura científica publicada desde 2008 a 2019 sobre el cuidador informal de pacientes geriátricos crónico-dependientes. Los criterios de inclusión fueron: a) El perfil de estudio debía ser de cuidadores informales de personas mayores no institucionalizadas, b) los pacientes geriátricos sobre los cuales se brindan los cuidados debían presentar problemas de dependencia y c) los cuidados que se prestan al paciente debían desarrollarse en el domicilio.

Conclusiones: Las principales carencias que se originan fruto de la sobrecarga en el cuidado son actualmente abordadas por medio de intervenciones en su mayoría psicoeducativas y psicoterapéuticas que van encaminadas a reducir el malestar del cuidador, sin embargo los estudios realizados en nuestro país sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones son en estos momentos escasos.

Palabras clave: Cuidador informal, Complicaciones del cuidado, Paciente geriátrico crónico-dependiente, Intervenciones.

1. ABSTRACT

Background: The current situation in recent years in Spain reflects an increase in the population over 65 years of age that is accompanied by a greater demand in the attention and care due to the various problems of dependency they present. As a result, the number of informal caregivers has increased in Spain, which, due to the care they provide get overwhelmed, presenting a high risk of suffering from the caregiver's fatigue syndrome.

Objective: the purpose of this study is to develop a standardized care plan aimed at improving the care and support provided to informal caregivers through the training of health professionals.

Material and methods: For the elaboration of the standardized care plan, an advanced search was made of the scientific literature published from 2008 to 2019 on the informal caregiver of chronic-dependent geriatric patients. The inclusion criteria were: a) The study profile should be informal caregivers of non-institutionalized elderly people, b) the geriatric patients on whom the care is provided should have dependence problems and c) the care provided to the patient should be developed at home.

Conclusions: The main deficiencies that arise as a result of the overload in care are currently addressed through interventions mostly psychoeducational and psychotherapeutic that are aimed at reducing the discomfort of the caregiver, however the studies conducted in our country on the effectiveness of interventions are currently scarce.

Key words: Informal caregiver, Complications of care, Chronic-dependent geriatric patient, Interventions.

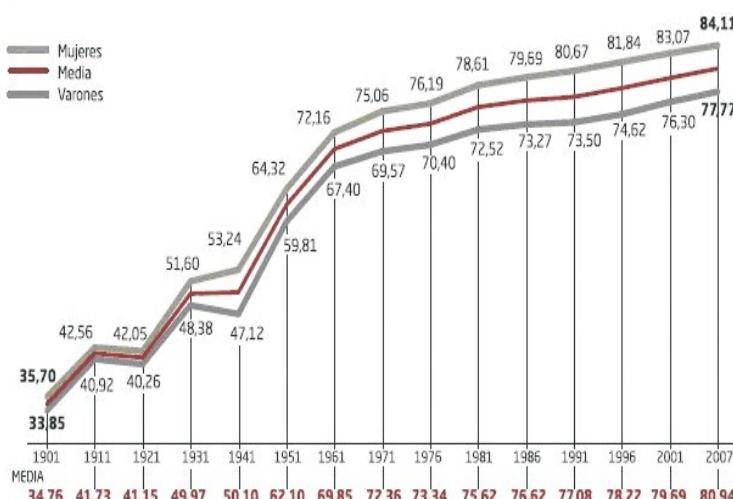
2. INTRODUCCIÓN

Los constantes avances e innumerables mejoras en materia sanitaria, las previsiones de mejora en el nivel educativo y socioeconómico, que contribuye a la práctica de hábitos de vida saludables, la ampliación del conocimiento humano y la reestructuración de las políticas públicas, han influido directa y significativamente en la vida de las personas, prolongando el tiempo de vida sin enfermedad o discapacidad y mejorando el afrontamiento a las enfermedades, dejándonos como resultado una población más envejecida. Aunque el periodo de enfermedad y discapacidad se reducirá, acabará concentrándose en el último tramo de la vida, lo cual refleja en la previsión para 2020 un incremento de la dependencia del 50% respecto al momento actual. (1, 2)

En igual medida que la población de tercera edad en España aumenta, la demanda de sus necesidades personales, sociales y familiares se ven incrementadas en la misma proporción. (1, 2)

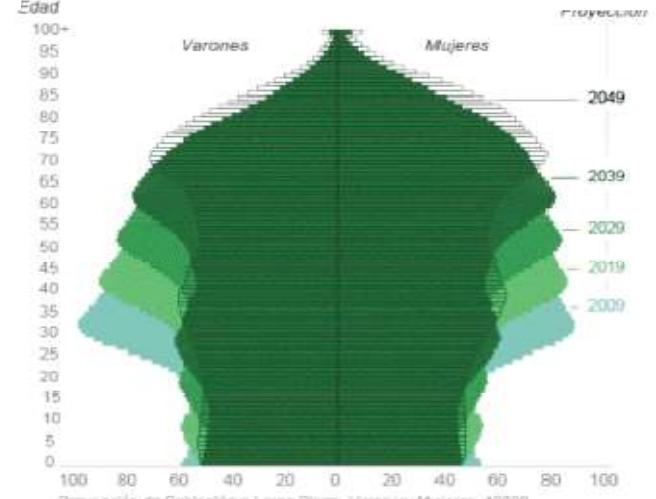
Según la ONU, "la esperanza de vida en España (**Figura 1**), que en 1901 era de 34,76 años, en un siglo ha alcanzado los 79,69 años, es decir, se ha duplicado. Desde 1900 la población mayor se ha multiplicado por ocho en términos absolutos, siendo más fuerte el incremento de los mayores de 80, que entre 1991 y 2001 aumentaron en un 42%. En el 2025 casi uno de cada cuatro ciudadanos tendrá más de 65 años y la mitad serán mayores de 50 años (**Figura 2**)". (1)

FIGURA 1: EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN ESPAÑA



Fuente: Teófilo Rodríguez J, González Cabezas AN, Díaz Veiga P. Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES [Internet]. España; 2011 [cited 2019 Apr 24]. Available from: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm50.pdf>

FIGURA 2: PIRÁMIDES DE POBLACIÓN EN ESPAÑA



Fuente: Teófilo Rodríguez J, González Cabezas AN, Díaz Veiga P. Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES [Internet]. España; 2011 [cited 2019 Apr 24]. Available from: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm50.pdf>

Los datos estadísticos nos evidencian un éxito sustancial de las mejoras sanitarias y sociales de la enfermedad, lo que se traduce en un aumento de la esperanza de vida (**Figura 3**), siendo la de nuestro país una de las más altas en el mundo. (1)

FIGURA 3: ESPERANZA DE VIDA (AÑOS)



Fuente: Teófilo Rodríguez J, González Cabezas AN, Díaz Veiga P. Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES [Internet]. España; 2011 [cited 2019 Apr 24]. Available from: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm50.pdf>

Según el informe del IMSERSO de 2016, "los cambios sociodemográficos experimentados en la población española en los últimos años indican un envejecimiento progresivo y un aumento de la población anciana **dependiente**, presentándose en limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria. El 20,7% de la población de 65 años y más (el 15% de los hombres y el 25,2% de las mujeres) tienen dificultad para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria y esto se agrava con la edad. En el grupo de 85 años y más, las limitaciones afectan al 53,7%. En este grupo de edad, el 38,8% de los hombres y el 61,8% de las mujeres tienen alguna dificultad." (3)

Ante el experimentado crecimiento de la población dependiente en Europa, el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó en 1998 una recomendación relativa a la dependencia, en la cual se definía la dependencia como «la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana», o de manera más exacta, como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos

corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal». (2)

La relación directa entre el envejecimiento y la dependencia va de la mano de un factor añadido, la cronicidad, entendiéndose por ésta la afección o condición de enfermedad que se mantiene en un tiempo mayor de seis meses y cuya progresión es lenta. Por consiguiente, podemos entender por paciente geriátrico crónico dependiente, aquel individuo mayor de 65 años pluripatológico que presenta de manera mantenida en el tiempo la necesidad de ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (Comité de Ministros del Consejo de Europa, OMS). (2,3,4,5)

Debido al progresivo incremento de personas geriátricas dependientes, se incrementa y prolonga el tiempo de cuidados surgiendo de la necesidad la figura de un individuo que ejerza el rol de cuidador, siendo este un elemento socio sanitario esencial y un recurso de una importancia cada vez mayor, debido a su función que permite conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a las personas mayores, facilitando la integración en su entorno, estimulando las funciones que todavía están conservadas y supliendo las capacidades perdidas por otras además de aumentar la supervivencia y viabilidad funcional de los mayores en la comunidad.(2,6,7,8)

La creciente demanda de los pacientes, por percibir los cuidados sanitarios en su hogar, apoyado por los organismos públicos que animan al retraso de la institucionalización con el fin de reducir los costes económicos para las familias, posponer el impacto psicológico que acarrea dolor y malestar en la familia del paciente y fomentar el mejor estado posible del anciano, ha supuesto que el cuidado de los pacientes dependientes haya recaído en su mayor proporción en las personas más allegadas al enfermo, surgiendo así la figura del cuidador informal, y siendo estos cuidados informales –aquellos cuidados que se dispensan de forma altruista construida en base a relaciones afectivas y de parentesco, que no son llevados a cabo por un profesional de la salud, ni son remunerados y fundamentalmente son llevados a cabo por familiares-. (2,6,7,8,9)

Al mismo tiempo, los cambios sociales acaecidos en nuestro país, tales como la incorporación de la mujer al mercado laboral, la disminución de la estabilidad familiar, la desaparición de la familia extensa, el aumento de la movilidad social y laboral, y la disminución del tamaño de las viviendas, hacen que haya menos personas en disposición de cuidar. (2,7)

No obstante, el cuidado de estas personas mayores dependientes, también se presta por medio de la institucionalización o por medio de profesionales de la salud. Sin embargo, estas opciones son hoy en día minoritarias, y en la mayoría de las ocasiones el cuidado se produce dentro del entorno familiar, reflejándose en la proporción de mayores que viven en instituciones, los cuales oscilan entre el 5 y el 10% en los distintos países desarrollados y en España es de un 4,4%. (2,3,7,10,11)

En todo cuidado implícito en el sistema familiar del enfermo distinguimos la figura del cuidador principal que asume las tareas y responsabilidades del cuidado básico, siendo percibido por los restantes miembros de la familia como máximo responsable del cuidado del enfermo, y sin que generalmente haya llegado a desempeñar ese papel por un acuerdo explícito de la familia. Suelen optar a ejercer el rol de cuidador principal, los hijos (en su mayoría hijas), el cónyuge, o en casos más aislados, otro familiar o vecino. (2,6,7,8,9,12)

El cuidador principal suele definirse como aquel individuo que dedica una gran parte de su tiempo, medido en número de horas al día, al cuidado de dicho enfermo y que ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas. Según investigaciones del IMSERSO, "*los cuidadores en la mayoría de los casos (85% del total) prestan su ayuda todos los días al familiar mayor, dedicando más de 5 horas a estos cuidados un 53% de los cuidadores, y entre 3 y 5 horas el 20% de los casos*". En numerosas ocasiones no reciben ayuda de ninguna otra persona para llevar a cabo su labor y no tienen ningún día libre a la semana para descansar de su función. (2,7,8,9,12,13)

El cuidado continuado y sin descanso va consumiendo la vida personal del propio cuidador, viéndose mermado su tiempo libre y por consiguiente restringiendo su vida social, sumándose a todo ello una decadencia en su vida familiar y laboral, y una clara alteración de su bienestar y salud personal. El evidente desbordamiento del cuidado nos conduce a una sobrecarga del cuidador, convirtiéndose paradójicamente en otro objetivo de asistencia sanitaria. ¿Qué ocurre cuando los roles se ven invertidos? ¿Sigue siendo un agente de salud?

3. OBJETIVOS

Objetivo General:

- ❖ Elaborar un plan de cuidados estandarizado de acuerdo al modelo de Marjory Gordon y la terminología NANDA, NIC-NOC, con la finalidad de mejorar la atención y apoyo prestados a los cuidadores informales a través de la formación de los profesionales del ámbito sanitario.

Objetivos Específicos:

- ❖ Identificar los factores de riesgo de la sobrecarga del cuidador.
- ❖ Identificar las principales necesidades afectadas del cuidador informal.
- ❖ Determinar las intervenciones y actividades a realizar con el fin de satisfacer las necesidades carentes.
- ❖ Fomentar el conocimiento de los recursos disponibles para los cuidadores informales.
- ❖ Prevenir el síndrome del cuidador.
- ❖ Proporcionar un material docente específico que sirva para la formación de los profesionales del ámbito sanitario.

4. METODOLOGÍA

4.1. Metodología del Plan de cuidados:

La confección de este plan de cuidados estandarizado se quiere llevar a cabo desde una perspectiva biopsicosocial, entendiéndose la atención y el cuidado que se quiere dar a este problema desde un marco de interacción entre todos los distintos elementos que afectan al mismo, siendo estos el paciente, el cuidador principal, la familia, la red social y el entorno en el que se desarrollan.

El presente documento va dirigido hacia el ámbito de los profesionales de salud, con la única finalidad de allanar el camino hacia la identificación de los distintos pacientes en riesgo y el desarrollo de la ejecución de las diversas y específicas intervenciones a poner en marcha orientadas a mejorar el bienestar del cuidador y por consiguiente del paciente.

Para el desarrollo del diseño de este plan de cuidados estandarizado se ha buscado el modelo y el lenguaje que mejor se adapten al enfoque generalizado de la figura del cuidador informal, optando por emplear los siguientes:

- ❖ **Modelo de Marjory Gordon:** el cual realiza una división estructurada en 11 patrones del funcionamiento humano integrado, entendiéndose como patrones una configuración de comportamientos más ó menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados ó la patología. (14)

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon permite una visión más amplia y generalizada a la hora de clasificar los datos, además de adaptarse muy bien al ámbito de la atención primaria, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad. (14,15)

Además de allanar el camino hacia el diagnóstico enfermero, debido a que los trece dominios de la taxonomía NANDA II fueron construidos y adaptados desde la tipología de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, la valoración según estos dominios resulta beneficioso para aquellos problemas de tipo psicosocial.(14,15)

❖ **Lenguaje NANDA - NIC - NOC**

4.2. Metodología de búsqueda:

Para la elaboración del plan de cuidados estandarizado se realizó una búsqueda de numerosas publicaciones a través de Internet, en bases de datos, como Dialnet, Scielo, Cuidatge y NNNCONSULT, en las distintas direcciones web relacionadas directamente con el tema como son IMSERSO, CSIC, SEAPA, CERMI, TERCERSECTOR.CAT y CONSELLERIA DE SANITAT DE LA GENERALITAT VALENCIANA y en buscadores como Medigraphic.

En la búsqueda de revisiones de estudios, encuestas, guías, programas y distintos materiales que contribuyesen a conocer la situación actual del cuidado informal, las complicaciones que derivan del propio cuidado y las posibles intervenciones a realizar para mejorar el estado de salud del cuidador, se ha tenido en cuenta que estuviesen publicados entre 2008 y 2019, con especial preferencia en la información de territorio nacional y contemplándose únicamente los artículos publicados a texto completo y en español.

Los criterios de inclusión para la selección de las investigaciones sobre el cuidador informal fueron los siguientes: a) El perfil de estudio debe ser de cuidadores informales de personas mayores no institucionalizadas, b) los pacientes geriátricos sobre los cuales se brindan los cuidados deben presentar problemas de dependencia, como son algunos que derivan de ciertas enfermedades crónicas y c) los cuidados que se prestan al paciente deben desarrollarse en el domicilio. Las investigaciones que no cumplían con los requisitos pertinentes fueron excluidas del trabajo, a excepción de la referencia nº7, la cual sobrepasaba la línea temporal establecida, sin embargo debido a su calidad en el contenido y ser una referencia reflejada en la mayoría de las investigaciones actuales sobre el tema, se decidió incluirla en el trabajo actual.

5. DESARROLLO

Previo a la elaboración de un plan de cuidados estandarizado de acuerdo al modelo de Marjory Gordon y la terminología NANDA, NIC-NOC, sobre el cuidador informal en pacientes crónico-dependientes, debemos identificar las principales necesidades que se ven alteradas debido a una sobrecarga en el cuidado, para lo cual tenemos que evaluar dicha carga en el cuidador.

En el transcurso de los últimos años el concepto de carga sobre cuidadores de personas dependientes se ha visto envuelto en una constante remodelación, atribuyéndole desde una visión unidimensional a otra multidimensional. Sin embargo, el concepto base de carga se sigue definiendo como "cualquier coste para la familia", entendiéndose como medida global de los efectos negativos de la situación de estrés en la que se pueden encontrar las personas que cuidan, independientemente del tipo de carga que sea, ya sea la *carga objetiva* referida a los acontecimientos, actividades y demandas en relación al familiar enfermo, o la *carga subjetiva* que comprende los sentimientos, actitudes y emociones del cuidador. (2,8,9,16)

La importancia de dicho concepto en el estudio es debida a las repercusiones negativas que conlleva tanto en el cuidador como en la persona receptora de cuidados, así como en la relación que el primero establece con el segundo. En consecuencia, la evaluación de la carga resulta esencial para delimitar las áreas en que el cuidador necesita apoyo, buscar posibles tratamientos para el familiar dependiente, valorar los cambios a lo largo del tiempo y diseñar los programas de intervención y estimar su impacto. (8,16)

El impacto negativo que el cuidado tiene en la salud de quien lo ejerce se conoce como "el síndrome del cuidador", siendo este un profundo desgaste que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo crónico y comprende alteraciones físicas, psicosomáticas y emocionales. Entre las más frecuentes se encuentran: fatiga, insomnio, cefaleas, lumbago, problemas gastrointestinales, depresión, ansiedad y un deterioro de la función inmune. (2,8,9,12,13)

Una de las muchas consecuencias de una distribución del cuidado desproporcionado, y por tanto una mayor carga de trabajo para el cuidador principal, es una mayor afección en su bienestar físico y mental. La constante carga de trabajo, junto con la escasez de tiempo libre para el propio cuidador, acaba por modificar de forma negativa en una gran mayoría de los cuidadores la ejecución de ciertas conductas relacionadas con la salud. Según los estudios consultados, en un 93% de los casos los cuidadores disfrutan de menos tiempo de ocio que cuando no eran cuidadores, en un 65% duermen menos, en un 49% hacen menos ejercicio físico y en un 28% van menos al médico que antes. (2,6,7,8,17)

A nivel emocional los cuidadores manifiestan el desarrollo de distintos estados de ánimo, como la culpabilidad, preocupación, tristeza y nerviosismo, provocando un acumulo de estrés que desencadena en muchos casos en un estado de ansiedad o depresión en el cuidador. Además, se ha observado la relación de un deterioro de la salud física del cuidador con la experimentación por parte de éste de una alta carga de trabajo, bajos niveles de autoestima, y una baja satisfacción con el apoyo social recibido. (2,6,7,8,12,13,17)

Asimismo, la responsabilidad y el trabajo asumido por parte del cuidador acaban por consumir casi por completo su vida personal, viéndose afectada especialmente las relaciones familiares y laborales. Cabe reseñar, además, que a pesar de que los cuidadores se vean afectados tanto física como emocionalmente por el desempeño de su rol, muchas veces ellos mismos se niegan a aceptar que los síntomas que presentan pueden obedecer al hecho de que cuiden a su familiar (Pérez, 1997). (2,6,7,8,9,12)

En definitiva, podemos concluir que la ejecución del mismo acto de cuidar acarrea consecuencias tanto físicas como emocionales y por ello, con el fin de evitar la aparición y manifestación del síndrome del cuidador, debemos valorar las necesidades e intervenir precozmente para subsanar todo problema derivado del cuidado.

5.1. VALORACIÓN FUNCIONAL

La valoración consiste según Alfaro, "en recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas de salud. Al mismo tiempo que puede buscar evidencias de los recursos con los que cuenta el cliente". (15)

Una vez recopiladas las diversas carencias presentes en los cuidadores, tras la recogida de datos, se procede a su organización y clasificación en función de los patrones de Marjory Gordon. En la siguiente tabla se muestran los patrones alterados conforme a si cumplen o no los criterios que determinan su disfunción, y la manifestación que corrobora dicho trastorno.

TABLA 1: Patrones de Marjory Gordon (14)

PATRONES DE MARJORY GORDON	COMENTARIOS
<p>Patrón 1: Percepción- Manejo de salud</p> <p>El patrón está alterado si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La persona considera que su salud es pobre, regular o mala. ❖ Tiene un inadecuado cuidado de su salud. 	<p>*Patrón Alterado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Los cuidadores informales manifiestan en gran medida que el cuidado influye negativamente en su vida diaria, refiriendo posteriormente una salud empobrecida, regular o mala. (2,6,7,8,9,12) ❖ Se ven alterados los cuidados propios de su salud, consecuencia de la mala ejecución de determinadas ABVD (<i>65% duermen menos, un 49% hacen menos ejercicio físico y un 28% van menos al médico que antes</i>). (2,6,7,8,17)
<p>Patrón 4: Actividad /ejercicio</p> <p>El patrón está alterado si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Escasez o insuficiencia de ejercicio físico en la vida diaria. ❖ Escasez o insuficiencia de tiempo libre para las actividades recreativas y el ocio. ❖ Intolerancia a la actividad por alteraciones físicas. 	<p>*Patrón Alterado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Un alto porcentaje de cuidadores manifiestan haber sufrido diversos problemas de salud desde que ejercen el rol de cuidador, en concreto, la mayoría de ellos padecen o han padecido problemas osteomusculares, que pueden estar relacionados con la ejecución de las tareas propias del cuidado, como la movilización del paciente. (2,6,7,8)

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Según los estudios del INMERSO, en un 93% de los casos los cuidadores disfrutan de menos tiempo de ocio que cuando no eran cuidadores, presentando una incompatibilidad en compaginar el cuidado con las actividades recreativas que realizaban antes de ejercer el rol de cuidador. (2,6,7,8,17)
<p>Patrón 5: Sueño- Descanso</p> <p>El patrón está alterado si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hace uso de fármacos para dormir o descansar. ❖ Verbaliza dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o inversión día/noche. ❖ Somnolencia diurna. ❖ Cansancio relacionado con la falta de descanso. ❖ Conducta irritable en relación a la falta de descanso. 	<p>*Patrón Alterado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Un 66 % de los cuidadores refieren dormir menos horas desde que ejercen el rol de cuidador, siendo estas horas descansadas menos de las recomendadas en adultos, que ascienden a un promedio de 7-8 horas de sueño, y como consecuencia presentando un cansancio continuado y acumulativo. (2,6,7,8,17) ❖ Se ha observado un aumento de somnolencia diurna en los cuidadores que son parte de la familia del paciente y pernoctan en el mismo domicilio. Como resultado de un descanso deficiente de manera continuada en el tiempo, los cuidadores presentan una mayor disposición a padecer estados de irritabilidad. (2,6,7,9)
<p>Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo</p> <p>El patrón está alterado si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Existen estados de mayor sensibilidad y negatividad, tristeza, sentimiento de culpabilidad, desesperanza, soledad e inutilidad. ❖ Se dan conductas de irritabilidad, agitación o inquietud. 	<p>*Patrón Alterado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Los cuidadores manifiestan el desarrollo de distintos estados de ánimo, como la culpabilidad, preocupación, tristeza y nerviosismo, provocando un acumulo de estrés. (2,6,7,8,12,13,17) ❖ La mayoría de los cuidadores (61,2%) señalan que tienen o han tenido problemas emocionales desde que cuidan a su familiar, siendo más predominantes los niveles de ansiedad (42.2%) y depresión (55.2%). (2,6,7,8,13,17)

<p>Patrón 7: Autopercepción- autoconcepto</p> <p>El patrón está alterado si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Existen problemas conductuales <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de irritabilidad, agitación y angustia ❖ “Otros Problemas”: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Presencia</i> de ansiedad y estados de autoestima baja. 	<p>*Patrón Alterado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La sobrecarga de trabajo sobre el cuidador, implica un aumento de los niveles de estrés que prolongados en el tiempo retroalimentan la aparición diversos estados emocionales, como son la angustia, frustración, depresión, ansiedad, etc. (2,6,7,8,13,17)
<p>Patrón 8: Rol- Relaciones</p> <p>El patrón está alterado si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Presenta problemas en las relaciones: sociales, familiares o laborales. ❖ Se siente solo. ❖ Presenta falta de comunicación. ❖ Tiene dificultad en las tareas de cuidador, apoyo insuficiente, cuidados negligentes... ❖ Insatisfacción con el rol o falta de motivación o de capacidad para asumirlo. 	<p>*Patrón Alterado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La aparición en la familia de la figura del cuidador principal habitualmente nace por adjudicación sin previo consenso o acuerdo explícito por parte de todos los miembros de la familia, llegando a poder ser un motivo de tensión entre los diferentes miembros que componen la familia. (2,6,7,8,9,12) ❖ Según investigaciones del INMERSO, los cuidadores en la mayoría de los casos (85% del total) prestan su ayuda todos los días al familiar mayor, dedicando más de 5 horas a estos cuidados un 53% de los cuidadores, y entre 3 y 5 horas el 20% de los casos. En numerosas ocasiones no reciben ayuda de ninguna otra persona para llevar a cabo su labor, lo que no ayuda en la atenuación de la carga del cuidador. (2,7,8,9,12,13) ❖ Dichas situaciones generan un aislamiento social y familiar, conduciendo al cuidador a una falta de comunicación, motivación y a degradar paulatinamente las relaciones sociales y familiares. (2,6,7,8,9,12)

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés

El patrón está alterado si:

- ❖ La persona manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo.
- ❖ Si ante cambios o situaciones difíciles de la vida el individuo no es capaz de afrontarlo de forma efectiva.
- ❖ Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas.

***Patrón Alterado:**

- ❖ El afrontamiento del estrés en los cuidadores en su mayoría es abordado desde el afrontamiento directo y activo y por medio de la aceptación. Sin embargo también se presenta un porcentaje significativo de cuidadores que tienden a la automedicación y otros métodos de afrontamiento ineficaces o inadecuados. (2,6,7,8)
- ❖ Según el informe del INMERSO un 38,4% de los entrevistados consumen ansiolíticos, los cuales utilizan en muchos casos para hacer frente a algunos de los problemas asociados al papel de cuidador, como problemas de sueño o nerviosismo. Es de destacar que todos los consumidores de psicofármacos de la muestra indicaron que su consumo bien se había iniciado, bien se había incrementado desde que eran cuidadores, lo que parece apuntar a una relación entre la asunción del papel de cuidador y este tipo de conducta. (2,6,7,8,17)

5.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS

Al finalizar con la valoración y clasificación de los datos según los patrones de Marjory Gordon, se identifican las distintas áreas de salud afectadas en el cuidador principal, haciendo posible tener una visión más global y directa de los diversos problemas a tratar.

En el ámbito sanitario de Atención Primaria, se enfoca al cuidador informal desde la doble perspectiva como “recurso” y “paciente secundario”, orientando las intervenciones a la atención a la salud del cuidador y el apoyo a la función de cuidar y cuidarse. (2)

Las intervenciones que se pueden llevar a cabo para apoyar a los cuidadores informales son muy heterogéneas, planteando objetivos diferentes, con una gran variedad de contenidos y de formatos de actuación, que se pueden desarrollar al mismo tiempo y combinadas entre sí. Pero todas ellas tienen como objetivo modular o eliminar los efectos negativos del cuidado o prevenir su aparición, para cuidarse a sí mismo y a su familiar. (2)

En el conocimiento actual del tema nos encontramos con el programa de intervención EDUCA, el cual tiene su origen en los estudios de sobrecarga del cuidador informal y en las consecuencias negativas que el estrés genera sobre el cuidado. Se sustenta en el modelo teórico del estrés del cuidador, que pone énfasis en el peso de variables ambientales, en los recursos personales y en los apoyos recibidos para explicar la sobrecarga y para orientar la prevención. (2)

Sin embargo, en este proceso queremos ir un paso más allá y dejar en un segundo plano el precursor principal del síndrome de cansancio del cuidador, siendo este el estrés por sobrecarga, es decir, el estrés prolongado en el tiempo sobre el cuidador, centrándonos en el origen del estrés, con el objetivo de minimizar su aparición y por tanto su repercusión sobre el cuidador.

A continuación se reflejan en la *Tabla 3* los diferentes diagnósticos enfermeros, haciendo una distinción entre los principales, que se presentan en mayor proporción y los posibles diagnósticos que se pueden presentar en el cuidador informal. Para la elaboración de los distintos diagnósticos de enfermería y planificación de las intervenciones a realizar se ha hecho uso del lenguaje NANDA - NIC - NOC.

TABLA 2: Diagnósticos enfermeros. (18)

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES	POSIBLES DIAGNÓSTICOS
Mantenimiento ineficaz de la salud	Insomnio
Déficit de actividades recreativas	Intolerancia a la actividad
Trastorno del patrón del sueño	Afrontamiento ineficaz
Conocimientos deficientes	Baja autoestima situacional
Ansiedad	Deterioro de la interacción social
Riesgo de soledad	Fatiga
Cansancio del rol de cuidador	Desesperanza
Afrontamiento familiar comprometido	Procesos familiares disfuncionales
	Afrontamiento defensivo
	Estrés por sobrecarga

Fuente: Elaboración propia

5.3. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (18,19,20,21)

TABLA 3: Diagnóstico enfermero nº1

00099 Mantenimiento ineficaz de la salud r/c afrontamiento personal inefectivo m/p una mala ejecución de determinadas ABVD.	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Patrón: 1 Percepción- Manejo de salud. ❖ Dominio: 1 Promoción de la salud ❖ Clase: 2 Gestión de la salud 	<p>Definición: Incapacidad para identificar y gestionar los problemas de salud y/o buscar ayuda para mantener la salud</p>
<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificará las actividades necesarias para mantener la salud. 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinará las áreas específicas en que necesita ayuda. ❖ Planificará los cambios que debe introducir en su estilo de vida para mantener la salud. ❖ Llevará a cabo las habilidades requeridas para el mantenimiento de su salud.

NOC	NIC
1823 CONOCIMIENTO: Fomento de la salud.	5510 Educación para la salud (2,8)
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [182308] Conductas que promueven la salud. ❖ [182309] Estrategias para controlar al estrés. ❖ [182325] Relación entre dieta, ejercicio y peso. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Ningún Conocimiento</i> 2. <i>Conocimiento escaso</i> 3. <i>Conocimiento moderado</i> 4. <i>Conocimiento sustancial</i> 5. <i>Conocimiento extenso</i> 	<p>Definición: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana. ❖ Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud. ❖ Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud. ❖ Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicios, etc., a las personas, familias y grupos que servirán de modelo de estos valores y conductas para otros, sobre todo para los niños. ❖ Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.

1602 Conducta de fomento de la salud.	5395 Mejora de la autoconfianza (8,12,22)
Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ❖ [160205] Utiliza técnicas efectivas de disminución del estrés. ❖ [160221] Equilibra actividad y reposo. ❖ [160222] Mantiene un sueño adecuado. ❖ [160224] Obtiene controles regulares. Escala: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	Definición: Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar la percepción del individuo de los riesgos de no ejecutar la conducta deseada. ❖ Identificar los obstáculos al cambio de conducta. ❖ Proporcionar información sobre la conducta deseada. ❖ Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción. ❖ Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta. ❖ Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta. ❖ Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.
	4470 Ayuda en la modificación de sí mismo (22)

TABLA 4: Diagnóstico enfermero nº2

<p>00097 Déficit de actividades recreativas r/c entorno con pocas o ninguna posibilidad de distracción o entretenimiento m/p imposibilidad de llevar a cabo las actividades lúdicas habituales.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Patrón: 4 Actividad-ejercicio ❖ Dominio: 1 Promoción de la salud ❖ Clase: 1 Toma de conciencia de la salud 	<p>Definición: Disminución de la estimulación (o interés o participación) procedente de actividades recreativas o de ocio</p>
<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Participará en actividades recreativas adecuadas a su edad y situación. 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Organizará las actividades recreativas que deseé realizar, teniendo en cuenta las limitaciones personales y ambientales. ❖ Comentará la conveniencia de ocupar su tiempo en actividades recreativas que le satisfagan.
NOC	NIC
<p>1604 Participación en actividades de ocio</p>	<p>4310 Terapia de actividad (8,13)</p>
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [160401] Participación en actividades diferentes al trabajo habitual. ❖ [160402] Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio. ❖ [160404] Refiere relajación con las actividades de ocio. ❖ [160413] Disfruta de actividades de ocio. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	<p>Definición: Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades, según corresponda. ❖ Ayudar al paciente a explorar el significado personal de la actividad habitual (p. ej., trabajo) y/o actividades recreativas favoritas. ❖ Ayudarle a programar períodos específicos de actividades en la rutina diaria. ❖ Ayudar al paciente y a la familia a identificar los déficits de nivel de actividad. ❖ Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud. ❖ Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de tiempo, energía o movimiento, consultando con un terapeuta ocupacional, recreativo o fisioterapeuta. ❖ Fomentar la participación en actividades recreativas y de diversión que tengan por objeto disminuir la ansiedad.

Fuente: Elaboración propia

TABLA 5: Diagnóstico enfermero nº3

<p>00198 Trastorno del patrón del sueño r/c un patrón de sueño no reparador a causa de las responsabilidades del cuidador m/p no sentirse descansado y tener dificultad en el funcionamiento diario.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Patrón: 5 Sueño-repozo ❖ Dominio: 4 Actividad/Reposo ❖ Clase: 1 Sueño/Reposo 	<p>Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos</p>
<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Recuperará un patrón de sueño reparador y sin interrupciones. 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificará los factores que influyen negativamente en su patrón de sueño. ❖ Planificará las actividades individuales que deben llevar a cabo para promover o mantener un patrón de sueño reparador.
NOC	NIC
0004 Sueño	1850 Mejorar el sueño (23)
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [401] Horas de sueño ❖ [403] Patrón del sueño. ❖ [404] Calidad del sueño ❖ [406] Sueño interrumpido. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Gravemente comprometido</i> 2. <i>Sustancialmente comprometido</i> 3. <i>Moderadamente comprometido</i> 4. <i>Levemente comprometido</i> 5. <i>No comprometido</i> 	<p>Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Observar/Registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. ❖ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. ❖ Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. ❖ Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño. ❖ Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos. ❖ Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda. ❖ Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

2009 Estado de comodidad: entorno	1460 Relajación muscular progresiva (13)
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [200902] Temperatura ambiental. ❖ [200903] Entorno favorable para el sueño. ❖ [200909] Iluminación de la sala. ❖ [200910] Privacidad. ❖ [200912] Cama cómoda. ❖ [200915] Entorno tranquilo. ❖ [200916] Control del ruido. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Gravemente comprometido</i> 2. <i>Sustancialmente comprometido</i> 3. <i>Moderadamente comprometido</i> 4. <i>Levemente comprometido</i> 5. <i>No comprometido</i> 	<p>Definición: Facilitar la tensión y relajación de grupos musculares sucesivos mientras se presta atención a las diferencias de sensibilidad resultantes.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Elegir un ambiente tranquilo y cómodo. ❖ Disminuir la iluminación. ❖ Enseñar al paciente ejercicios de relajación de la mandíbula. ❖ Hacer que el paciente tense, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8-16 grupos musculares principales. ❖ Tensar los músculos de los pies no más de 5 segundos para evitar calambres. ❖ Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos. ❖ Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están relajados. ❖ Indicar al paciente que respire profundamente y que expulse lentamente el aire y con ello la tensión. ❖ Hacer que el paciente tense el grupo muscular otra vez, si no se experimenta la relajación. ❖ Observar si hay indicios de ausencia de relajación, como movimientos, respiración dificultosa, hablar y toser. ❖ Desarrollar una \"conversación\" de relajación personal que ayude al paciente a centrarse y sentirse cómodo.

TABLA 6: Diagnóstico enfermero nº4

<p>00126 Conocimientos deficientes: Recursos sanitarios r/c no saber dónde obtener la información necesaria (y/) no haberla recibido nunca m/p conductas inapropiadas.</p> <p>Patrón: 6 Cognitivo-perceptivo Dominio: 5 Percepción/Cognición Clase: 4 Cognición</p>	
<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Adquirirá los conocimientos y habilidades necesarias para manejar. 	<p>Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Especificará sus necesidades de aprendizaje. ❖ Evaluará la utilidad de los conocimientos o habilidades adquiridos en el manejo de sus cuidados de salud. ❖ Aumentará su capacidad para realizar las técnicas o habilidades requeridas.
<p>NOC</p> <p>1806 CONOCIMIENTO: Recursos sanitarios</p>	<p>NIC</p> <p>7400 Orientación en el sistema sanitario (2,12,13)</p>
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [180601] Recursos sanitarios reputados. ❖ [180602] Cuándo contactar con un profesional sanitario. ❖ [180605] Necesidad de asistencia continuada. ❖ [180607] Recursos sociales de ayuda disponibles. ❖ [180608] Cómo contactar con los servicios necesarios. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún Conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso 	<p>Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicar el sistema de cuidados sanitarios más próximo, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente/familia. ❖ Ayudar al paciente o a la familia a coordinar la asistencia sanitaria y la comunicación. ❖ Instruir al paciente sobre el tipo de servicio que puede esperar de cada clase de profesional sanitario (especialistas de enfermería, dietistas titulados, enfermeras tituladas, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, cardiólogos, internistas, optometristas y psicólogos). ❖ Informar al paciente sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto. ❖ Proporcionar al paciente una copia de los Derechos del Paciente. ❖ Determinar y facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y el paciente/familia, si es el caso. ❖ Proporcionar información sobre cómo obtener el equipo. ❖ Informar al paciente de los costes, tiempo, alternativas y riesgos implicados en una prueba o procedimiento específico.

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar y facilitar las necesidades de transporte para obtener los servicios de asistencia sanitaria. ❖ Disponer un sistema de seguimiento con el paciente, según corresponda. ❖ Ayudar a los pacientes a llenar los formularios de asistencia, tales como alojamiento y ayuda económica, si lo precisan.
3012 Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza	5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria (2,12,13)
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [301216] Explicación de recursos sanitarios disponibles. ❖ [301217] Explicación de los costes de los cuidados. ❖ [301218] Tiempo para el aprendizaje del paciente. ❖ [301219] Explicaciones proporcionadas en términos comprensibles. ❖ [301220] Calidad del material educativo proporcionado. ❖ [301221] Personal de apoyo del proceso de aprendizaje. ❖ [301223] Explicación de los cuidados de enfermería. <p>Escala:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <i>No del todo satisfecho</i> ❖ <i>Algo satisfecho</i> ❖ <i>Moderadamente satisfecho</i> ❖ <i>Muy satisfecho</i> ❖ <i>Completamente satisfecho</i> 	<p>Definición: Ayudar a las personas con capacidad limitada para obtener, procesar y comprender la información relacionada con la salud y la enfermedad.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar la experiencia del paciente con el sistema sanitario, incluidos la promoción de la salud, la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el cuidado y mantenimiento de la salud y el paso por el sistema sanitario. ❖ Determinar el estado del acceso a la información sobre salud al inicio del contacto con el paciente con evaluaciones informales y/o formales. ❖ Proporcionar materiales escritos comprensibles (p. ej. resaltar los puntos clave, utilizar una voz activa, maquetación y diseño de fácil utilización, resaltar las conductas y la acción que debe tomarse). ❖ Utilizar estrategias para potenciar el conocimiento (p. ej., empezar con la información más importante, centrarse en los mensajes clave y repetir, limitar la cantidad de información presentada cada vez, utilizar ejemplos para ilustrar puntos importantes, relacionarla con la experiencia del individuo, utilizar un estilo narrador). ❖ Utilizar múltiples herramientas de comunicación (p. ej., cintas de audio, cintas de vídeo, vídeo digital, ordenadores, pictogramas, modelos, diagramas). ❖ Animar a utilizar medidas efectivas para afrontar la alteración al acceso a la información sobre salud (p. ej., ser persistente cuando se pide ayuda, traer una lista escrita de preguntas o preocupaciones en cada visita, depender de explicaciones orales o demostraciones de tareas, buscar la ayuda de familiares o amigos al obtener la información sanitaria).

TABLA 7: Diagnóstico enfermero nº5

<p>00146 Ansiedad r/c grandes cambios (entorno, estado de salud, rol, consideración social del rol) m/p conductas (reducción de la productividad, preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales, nerviosismo) y estados (angustia, aprensión, incertidumbre, irritabilidad)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Patrón: 7 Autopercepción- autoconcepto ❖ Dominio: 9 Afrontamiento / Tolerancia al Estrés ❖ Clase: 2 Respuestas de afrontamiento 	<p>Definición: Situación en que la persona experimenta una señal de alerta, un sentimiento de aprensión o de vaga amenaza, relacionado con la anticipación de un peligro cuyo origen con frecuencia desconoce y que se acompaña de una respuesta del SNA que le permite tomar las medidas necesarias para afrontar la amenaza.</p>
<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Verbalizará la reducción de la ansiedad a niveles tolerables o manejables. 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombrará los acontecimientos y personas que le generan o agravan la respuesta ansiosa. ❖ Identificará estrategias efectivas para expresar o afrontar la ansiedad. ❖ Adquirirá competencia en la ejecución de técnicas de relajación.
<p>NOC</p> <p>1211 Nivel de ansiedad</p>	<p>NIC</p> <p>5820 Disminución de la ansiedad (8,12,23,24)</p>
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [121101] Desasosiego. ❖ [121104] Distrés. ❖ [121105] Inquietud. ❖ [121108] Irritabilidad. ❖ [121126] Disminución de la productividad. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Grave</i> 2. <i>Sustancial</i> 3. <i>Moderado</i> 4. <i>Leve</i> 5. <i>Ninguno</i> 	<p>Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. ❖ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. ❖ Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso. ❖ Escuchar con atención. ❖ Crear un ambiente que facilite la confianza. ❖ Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. ❖ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. ❖ Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. ❖ Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

1402 Autocontrol de la ansiedad	6040 Terapia de relajación (13,23)
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [140202] Elimina precursores de la ansiedad. ❖ [140203] Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso. ❖ [140205] Planea estrategias para superar situaciones estresantes. ❖ [140207] Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. ❖ [140210] Mantiene el desempeño del rol. ❖ [140217] Controla la respuesta de ansiedad. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Nunca demostrado</i> 2. <i>Raramente demostrado</i> 3. <i>A veces demostrado</i> 4. <i>Frecuentemente demostrado</i> 5. <i>Siempre demostrado</i> 	<p>Definición: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva). ❖ Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida. ❖ Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. ❖ Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambios). ❖ Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz. ❖ Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. ❖ Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. ❖ Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s). ❖ Grabar una cinta sobre la técnica de relajación para uso de la persona, según proceda. ❖ Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

2508 Bienestar del cuidador principal	5480 Clarificación de valores (8,12)
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [250801] Satisfacción con la salud física. ❖ [250802] Satisfacción con la salud emocional. ❖ [250803] Satisfacción con el estilo de vida. ❖ [250804] Satisfacción con la realización de los roles habituales. ❖ [250805] Satisfacción con el apoyo social. ❖ [250807] Apoyo del profesional sanitario. ❖ [250808] Satisfacción con las relaciones sociales. ❖ [250809] Rol del cuidador. ❖ [250811] La familia comparte las responsabilidades de los cuidados. ❖ [250812] Disponibilidad de descansos. ❖ [250813] Capacidad para el afrontamiento. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>No del todo satisfecho</i> 2. <i>Algo satisfecho</i> 3. <i>Moderadamente satisfecho</i> 4. <i>Muy satisfecho</i> 5. <i>Completamente satisfecho</i> 	<p>Definición: Ayuda a una persona a clarificar sus propios valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones eficaces.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante. ❖ Plantear preguntas reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo en que pensar. ❖ Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto. ❖ Ayudar al paciente a definir alternativas y sus ventajas y desventajas. ❖ Ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia/allegados. ❖ Ayudar al paciente a priorizar los valores. ❖ Apoyar al paciente en la comunicación de los propios valores a los demás.
	5230 Mejorar el afrontamiento (12,13,23) <p>Definición: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. ❖ Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. ❖ Proporcionar un ambiente de aceptación. ❖ Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener. ❖ Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados. ❖ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. ❖ Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés. ❖ Animar al paciente a desarrollar relaciones. ❖ Fomentar las actividades sociales y comunitarias. ❖ Facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad. ❖ Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.

TABLA 8: Diagnóstico enfermero nº6

00054 Riesgo de soledad r/c aislamiento social.	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Patrón: 7 Autopercepción-autoconcepto ❖ Dominio: 12 Confort ❖ Clase: 3 Confort social 	<p>Definición: Vulnerable a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud.</p>
<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mantendrá el equilibrio entre la soledad y la interacción social. 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconocerá las causas individuales que generan el riesgo de soledad o contribuyen a él. ❖ Formulará un plan para utilizar los recursos personales, familiares y sociales para crear oportunidades de interrelacionarse con otros. ❖ Evaluará las consecuencias positivas de tener una interacción social equilibrada.
NOC	NIC
1203 Severidad de la soledad	7100 Estimulación de la integridad familiar (2,8,12)
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [120302] Sensación de desesperación. ❖ [120304] Sensación de desesperanza. ❖ [120307] Sensación de aislamiento social. ❖ [120309] Sensación de ser excluido. ❖ [120311] Dificultad para planificar. ❖ [120314] Dificultad para tener una relación mutua eficaz. ❖ [120327] Depresión. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<p>Definición: Favorecer la cohesión y unidad familiar.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Escuchar a los miembros de la familia. ❖ Determinar la comprensión familiar de la dolencia. ❖ Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irreales de culpa o responsabilidad, si está justificado. ❖ Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia. ❖ Asesorar a los miembros de la familia sobre habilidades de afrontamiento adicionales eficaces para su propio uso. ❖ Facilitar la armonía dentro de/entre la familia. ❖ Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones. ❖ Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas. ❖ Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer los cuidados del paciente por parte de los miembros de la familia, si resulta adecuado. ❖ Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación.
2208 Factores estresantes del cuidador familiar	7110 Fomentar la implicación familiar (2,8,12)
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [220805] Conflicto del rol. ❖ [220807] Ausencia de apoyo social percibido. ❖ [220815] Sentido de aislamiento. ❖ [220816] Pérdida de tiempo personal. ❖ [220818] Ausencia de apoyo del profesional sanitario. ❖ [220819] Conflicto entre responsabilidades laborales y del cuidador. ❖ [220821] Deterioro de las relaciones familiares. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Intenso</i> 2. <i>Sustancial</i> 3. <i>Moderado</i> 4. <i>Ligero</i> 5. <i>Ninguno</i> 	<p>Definición: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. ❖ Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. ❖ Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados y la implantación del plan de cuidados. ❖ Animar a los miembros de la familia y al paciente a ser asertivos en sus relaciones con los profesionales sanitarios. ❖ Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente. ❖ Identificar otros factores estresantes situacionales para los miembros de la familia. ❖ Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares, según cada caso.

Fuente: *Elaboración propia*

TABLA 9: Diagnóstico enfermero nº7

<p>00061 Cansancio del rol de cuidador r/c la falta de recursos (recreativos o que le permitan tener un descanso de los cuidados, falta de apoyo de otras persona significativas, carecer de la información o equipo adecuado para proporcionar cuidados), factores sociales (alejamiento de la familia, amigos y compañeros, falta de actividades recreativas), factores del cuidador (cambios continuos de las actividades, afrontamiento inefectivo, incertidumbre sobre la situación de cuidados, excesivo número de actividades o responsabilidad de los mismos las 24h del día) y factores situacionales (inexperiencia con los cuidados, aislamiento de la familia o del cuidador, conflicto de roles del cuidador, complejidad o cantidad de las tareas de cuidados) m/p actividades del cuidador (preocupación por su futura salud y la del receptor de cuidados, dificultad para realizar o completar las actividades de cuidados requeridas), estado de salud del cuidador físico y emocional (deterioro del afrontamiento, nerviosismo, aumento del estrés, trastornos del sueño, falta de tiempo para satisfacer sus propias necesidades), características socioeconómicas (disminución de la productividad en el trabajo, abandono de la vida social) y procesos familiares (conflictos familiares).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Patrón: 8 Rol-relaciones ❖ Dominio: 7 Rol/Relaciones ❖ Clase: 1 Roles de cuidador 	<p>Definición: Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.</p>
<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Expresará una mayor confianza en su capacidad para afrontar la situación. 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Diferenciará los factores estresantes modificables de los que no lo son. ❖ Especificará los cambios de conducta o de estilo de vida que se deben realizar para eliminar o reducir los factores modificables. ❖ Argumentará las consecuencias negativas de sus sentimientos actuales. ❖ Efectuará de manera competente las técnicas y habilidades necesarias para brindar los cuidados.

NOC	NIC
2210 Resistencia del papel del cuidador	7040 Apoyo al cuidador principal (2,8)
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [221001] Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados. ❖ [221003] Dominio de las actividades de cuidados indirectos. ❖ [221005] Apoyo social para el cuidador familiar. ❖ [221008] Descanso para el cuidador familiar. ❖ [221009] Oportunidades del cuidador familiar para actividades de ocio. ❖ [221012] Apoyo del profesional sanitario al cuidador. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Inadecuado</i> 2. <i>Ligeramente adecuado</i> 3. <i>Moderadamente adecuado</i> 4. <i>Sustancialmente adecuado</i> 5. <i>Completamente adecuado</i> 	<p>Definición: Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar la aceptación del cuidador de su papel. ❖ Admitir las dificultades del rol del cuidador principal. ❖ Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. ❖ Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de éste. ❖ Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. ❖ Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. ❖ Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios. ❖ Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental. ❖ Monitorizar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente. ❖ Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. ❖ Identificar fuentes de cuidados por relevo. ❖ Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. ❖ Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. ❖ Identificar fuentes de cuidados por relevo.

2206 Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos	7260 Cuidados por relevo (2,8)
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [220601] Confianza en la resolución de problemas. ❖ [220605] Obtención de los servicios necesarios para el receptor de los cuidados. ❖ [220608] Capacidad de solucionar los problemas asistenciales con los profesionales sanitarios directos. ❖ [220609] Confianza en la realización de las tareas necesarias. ❖ [220611] Obtención del transporte necesario para el receptor de los cuidados. ❖ [220612] Obtención del equipo y suministros necesarios para el receptor de los cuidados. ❖ [220613] Identificación de necesidades para la seguridad. ❖ [220614] Anticipación de las necesidades de cuidados del receptor. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Inadecuado</i> 2. <i>Ligeramente adecuado</i> 3. <i>Moderadamente adecuado</i> 4. <i>Sustancialmente adecuado</i> 5. <i>Completamente adecuado</i> 	<p>Definición: Provisión de cuidados de corta duración para proporcionar descanso a un cuidador/familiar.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer una relación terapéutica con el paciente/familia. ❖ Controlar la resistencia del cuidador. ❖ Disponer los preparativos para el cuidador sustituto. ❖ Seguir la rutina habitual de cuidados. ❖ Disponer los preparativos para los cuidados por relevo en una residencia ❖ Proporcionar un informe al cuidador habitual al regreso. ❖ Coordinar los servicios de soporte comunitario (comida, centro de día, campamento de verano). ❖ Evaluar el nivel de actividad del cuidador de relevo. ❖ Proporcionar un programa de actividades adecuadas.

TABLA 10: Diagnóstico enfermero nº8

<p>00074 Afrontamiento familiar comprometido r/c apoyo recíproco insuficiente y un cambio en el rol familiar m/p la persona de soporte: muestra conocimientos inadecuados o una falta de comprensión que reducen la eficacia de las conductas de apoyo.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Patrón:10 Afrontamiento - tolerancia del estrés ❖ Dominio:9 Afrontamiento /Tolerancia al Estrés ❖ Clase: 2 Respuestas de afrontamiento 	<p>Definición: Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo (familiar, persona significativa o amigo íntimo), proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido.</p>
<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Aumentará su apoyo, ayuda o estímulo a la familia. 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconocerá los motivos por los cuales su conducta no es efectiva. ❖ Planificará los cuidados requeridos para asistir y apoyar al usuario. ❖ Debatirá las consecuencias de su conducta sobre la dinámica familiar.
<p>NOC</p>	<p>NIC</p>
<p>2600 Afrontamiento de los problemas de la familia</p>	<p>7120 Movilización familiar (2,8,12)</p>
<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [260002] Permite a los miembros flexibilidad en los roles. ❖ [260005] Controla los problemas familiares. ❖ [260006] Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones. ❖ [260010] Busca atención para las necesidades de todos los miembros de la familia. ❖ [260019] Comparte responsabilidad en las tareas familiares. 	<p>Definición: Utilización de los puntos fuertes de la familia para influenciar sobre la salud del paciente de una manera positiva.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar los puntos fuertes y los recursos dentro de la familia, en los miembros de la familia y en su sistema de apoyo y la comunidad. ❖ Determinar la disposición y capacidad de los miembros de la familia para aprender. ❖ Proporcionar información con frecuencia a la familia para ayudarles a identificar las limitaciones y progresos del paciente, así como las implicaciones en su cuidado.

<ul style="list-style-type: none"> ❖ [260022] Expresa la necesidad de asistencia familiar. ❖ [260023] Obtiene ayuda familiar. ❖ [260024] Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible. ❖ [260025] Utiliza los recursos de la comunidad disponibles. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fomentar la toma de decisiones relacionadas con el plan de cuidados del paciente de forma mutua con los miembros de la familia. ❖ Instruir a los cuidadores en el domicilio sobre la terapia del paciente, según proceda ❖ Apoyar las actividades familiares que estimulen la salud del paciente o el control de la enfermedad, cuando corresponda. ❖ Ayudar a los miembros de la familia a identificar servicios sanitarios y recursos de la comunidad que pueden utilizarse para mejorar el estado de salud del paciente. ❖ Remitir a los miembros de la familia a grupos de apoyo, según corresponda.
<p>2604 Normalización de la familia</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [260405] Adapta las rutinas familiares para satisfacer las necesidades del miembro afectado. ❖ [260407] Satisface las necesidades psicosociales de los miembros de la familia. ❖ [260412] Proporciona actividades apropiadas para la edad o capacidad del miembro afectado. ❖ [260417] Reconoce el potencial de deterioro para alterar las rutinas de la familia. <p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	<p>7130 Mantenimiento de procesos familiares (2,8,12)</p> <p>Definición: Minimizar los efectos de la alteración de los procesos familiares.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares. ❖ Comentar las estrategias de normalización de la vida familiar con la familia. ❖ Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación. ❖ Informar sobre los mecanismos de apoyo sociales existentes para la familia. ❖ Minimizar la ruptura de la rutina familiar facilitando hábitos y rituales familiares, tales como comidas privadas juntos o debates familiares para la comunicación y la toma de decisiones. ❖ Disponer oportunidades para que los miembros adultos de la familia mantengan la implicación continua con sus trabajos, si es posible, o acogerse a bajas por motivos de cuidados de familiares. ❖ Identificar las necesidades de cuidado del paciente en casa y la incorporación de estos cuidados en el ambiente familiar y en su estilo de vida. ❖ Enseñar a la familia técnicas de gestión del tiempo y de organización al realizar los cuidados del paciente en casa.

6. CONCLUSIONES

Los datos recopilados para la elaboración de este proceso enfermero, reflejan el progresivo envejecimiento de la población española, presentándose como consecuencia un aumento de los pacientes geriátricos dependientes, que se ven necesitados de ser provistos de cuidados en su vida diaria. La demanda de tales servicios en nuestro país se ha visto cubierta en una gran proporción por las personas más allegadas al enfermo, siendo estas los familiares, y proporcionando un cuidado informal.

La actual situación de los cuidadores informales manifiesta un alto riesgo de padecer el síndrome del cuidador, debido a la alta proporción de cuidadores sobrecargados, fruto de una carga de trabajo descompensada, en su mayoría ocasionado por la ausencia o mínima presencia de apoyo, tanto sanitario como social y familiar, desencadenando diversas repercusiones negativas en las áreas de salud (disminución del tiempo libre, el empeoramiento de las relaciones sociales y familiares, el cansancio físico, el insomnio, etc.).

Los estudios realizados sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones con los cuidadores informales son, en la actualidad, escasos, principalmente en nuestro país. A pesar de ello, las intervenciones sobre las cuales existe una mayor evidencia científica son las de información, formación y apoyo emocional (psicoeducativas) y las psicoterapéuticas que van orientadas a reducir el malestar del cuidador.

7. BIBLIOGRÁFIA

1. Teófilo Rodríguez J, González Cabezas AN, Díaz Veiga P. Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES [Internet]. España; 2011 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm50.pdf>
2. Cuevas D, Gallud J, Soler P, Rosado N. Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario [Internet]. 1^a Edición. Generalitat Conselleria de Sanitat, editor. Valencia: Empresa Editorial Gráficas Izquierdo, S.L; 2014 [citado 23 Abr 2019]. 178 p. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/156344/0/Guia_de_atencion_a_las_personas_cuidadoras_familiares_en_el_ambito-sanitario.pdf
3. Vidal Domínguez MJ, Labeaga Azcona JM, Casado Durández P, Madrigal Muñoz A, López Doblas J, Montero Navarro A, et al. Informe 2016: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas [Internet]. España; 2017 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
4. Navarre (Spain). Departamento de Salud. FJ, Fernández Alonso C, Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2010 [citado 23 Abr 2019];33:163-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200017&lng=es&nrm=iso
5. Taula déntitats del Tercer Sector social de Catalunya. La cronicidad Una reforma clave para nuestro sistema de protección social [Internet]. España; 2013 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: http://www.tercersector.cat/sites/tercersector.cat/files/dossier_la_cronicidad._una_reforma_clave.pdf

6. Rogero García J. Los tiempos del cuidado El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores [Internet]. 1^a Edición. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), editor. Madrid; 2010 [citado 23 Abr 2019]. 386 p. Disponible en:
<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>
7. Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar" [Internet]. 1^a Edición. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), editor. Madrid; 2007 [citado 23 Abr 2019]. 220 p. Disponible en:
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
8. Ruiz Ríos AE, Nava Galán MG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Ens Enf Neurol [Internet]. 2012 [citado 23 Abr 2019];11(3):163-9. Disponible en:
<https://www.mediographic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
9. Molero Jurado M del M, Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes M del C, Simón M del M, Martos Á, Barragán AB, et al. Salud, alimentación y sexualidad en el ciclo vital [Internet]. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2018 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=726144>
10. García AA, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016 Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid; 2016 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>

11. Abellán García A, Ayala García A, Pérez Díaz J, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2018 Indicadores estadísticos básicos [Internet]. 2018 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
12. Ferré-Grau V, Rodero-Sánchez D, Cid-Buera C, Vives-Relats R, Aparicio-Casals CM. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. [Internet]. 1^a Edición. Tarragona: Publidisa; 2011 [citado 23 Abr 2019]. 61 p. Disponible en: http://www.urv.cat/dinfern/media/upload/arxius/guia_cuidados_infermeria.pdf
13. González-Fraile E, Bastida-Loinaz MT, Martín-Carrasco M, Domínguez-Panchón AI, Iruin-Sanz Á, González-Fraile E, et al. Efectividad de una Intervención Psicoeducativa en la Reducción de la Sobrecarga del Cuidador Informal del Paciente con Esquizofrenia (EDUCA-III-OSA). *Psychosoc Interv* [Internet]. 2018 Nov 30 [citado 23 Abr 2019];27(3):113-21 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6755438>
14. Álvarez Suárez JL, Del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [Internet]. Gijón; 2010 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: https://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda_en_consulta/MANUAL_VALORACION_NOV_2010.pdf
15. Brito Brito PR. El proceso enfermero en atención primaria. *ENE Rev Enfermería*, ISSN-e 1988-348X, N^º 1, págs 17-26 [Internet]. 2008 [citado 23 Abr 2019];(1):17-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2472252>

- 16.Rivas MT, Crespo López M. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clínica y salud Rev Psicol clínica y salud [Internet]. 2015 [citado 23 Abr 2019];26(1):9–15. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5152119>
- 17.Instituto Nacional de Estadística. Panorámica de la discapacidad en España [Internet]. España; 2009 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en:
<https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/PanormicadeladiscapacidadenEspaa.pdf>
- 18.Luis Rodrigo, MT. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 9ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2013.
- 19.NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2015-2017. 1ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2015.
- 20.Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 5ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2014.
- 21.M. Bulechek G, K. Butcher H, M. Dochterman J, M. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ªEdición. Barcelona: ELSEVIER; 2014.
- 22.Barbier Ibañez M, Moreno Barrio S, Urdiales Sanz S. Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia [Internet]. 1ª Edición. Vizcaya: Servicios Sociales Integrados; 2011 [citado 23 Abr 2019]. 127 p. Disponible en:
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiaautocuidadoycuidadoserviciosintegrados.pdf>

23. González Fraile E. Eficacia de las intervenciones psicoeducativas en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: metaanálisis [Tesis Doctoral en Internet]. Bilbao: Universidad de Deusto; 2013 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=118108>
24. Zabalegui Yáñez A, Navarro Díez M, Cabrera Torres E, Gallart Fernández-Puebla A, Bardallo Porras MD, Rodríguez Higueras E, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Rev española geriatría y Gerontología [Internet]. 2008 [citado 23 Abr 2019];43(3):157–66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2648442>

