



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

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.

Revista Española de Salud Pública, vol. 76, núm. 6, noviembre-diciembre, 2002
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17000607>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org

ORIGINAL

MORBILIDAD SENTIDA Y DIAGNOSTICADA EN CUIDADORES DE PACIENTES INMOVILIZADOS DE UNA ZONA DE SALUD RURAL

M.ª Pilar Seira Lledós (1), Ana Aller Blanco (2) y Ana Calvo Gascón (1)

(1) Centro de Salud de Tamarite de la Litera (Huesca)

(2) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Huesca

RESUMEN

Fundamentos: El progresivo envejecimiento de la población ha dado lugar a que muchas familias deban hacerse cargo del cuidado de algunos de sus miembros con incapacidad. Esta nueva situación implica cambios en la situación familiar y en especial en el cuidador principal que puede ver afectada su salud. El objetivo de este trabajo es conocer la morbilidad sentida y diagnosticada de los cuidadores principales del paciente inmovilizado, así como identificar sus necesidades de salud.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. El grupo de estudio está formado por los cuidadores de personas inmovilizadas incluidos en el programa de atención domiciliaria de un Centro de Salud rural. Por muestreo aleatorio simple se extrajo una muestra de 50 cuidadores, para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 6%. Se realizó una entrevista personal al cuidador y una revisión de su historia clínica en Atención Primaria.

Resultados: Entre los cuidadores existe un predominio de mujeres, con una edad media de 60 años, casadas, estudios primarios, hijas del paciente y convivientes con él más de 6 meses al año. La morbilidad sentida más frecuentemente fueron los problemas osteoarticulares (67.9%). Un 28% (IC 95%: 16,2-42,5) presentan malestar psíquico relacionado con la ansiedad y un 32% (IC 95%: 19,5-46,7) relacionado con la depresión. El número de problemas en relación al esfuerzo referidos por los cuidadores fue de 72 y los reflejados en la historia clínica fueron 10, el resto de problemas reflejados no tiene relación con el esfuerzo.

Conclusiones: El perfil del cuidador encontrado no difiere del de otros estudios. Padece pluripatología (síntomas físicos y psíquicos), tiene una baja frecuentación al médico y su morbilidad sentida está infradiagnosticada.

Palabras clave: Morbilidad. Cuidadores. Inmovilización. Servicios de atención de salud a domicilio. Asistencia domiciliaria.

ABSTRACT

Morbility Perceived and Diagnosed among Caregivers of Immobilized People in a Rural Health District

Background: The progressive aging of the population has led to many families having to take charge of caring for some disabled family member. This new situation involved changes in the family situation, especially in that of the main caregiver, whose health may be affected. The objective of this study is to ascertain the morbility perceived and diagnosed regarding the main caregivers of disabled patients and to detect their health needs.

Methods: A descriptive cross-sectional study. The group under study was comprised of the caregivers of immobilized patients registered in the homecare program of a rural Healthcare Center. A sample of 50 caregivers was taken by simple random sampling, with a 95% confidence level and a 6% accuracy. The caregivers in question were surveyed personally and their Primary Care Clinical Record was reviewed.

Results: The caregivers in question were predominantly females averaging 60 years of age, married, having an elementary school education, the daughters of the patients, having lived with the patient for more than 6 months a year. The morbility perceived most often were bone and joint problems (67.9%). Twenty-eight percent (28%) (IC 95%: - 16.2-42.5) showed psychological uneasiness with anxiety, 32% (IC 95%: - 19.5-46.7) related to depression. The number of stress-related problems reported by the caregivers totaled 72, a total of 10 being shown in their Clinical Record, none of the other problems in their Records being related to stress.

Conclusions: The caregiver profile does not differ from other studies. Caregivers have multiple disorders (physical and psychological symptoms), go to see their physicians little, and their perceived morbility is underdiagnosed.

Key words: Morbility. Caregivers. Immobilization. Home care services.

Correspondencia:
Ana Aller Blanco
Gerencia de Atención Primaria
C/ San Jorge n.º 65
22004. Huesca
Tfno 974 212321 ext. 218. Fax 974212503.
Correo electrónico: aaller@gaphu01.insalud.es

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida 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^{1,2}. Gran parte de ésta presenta una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, que en muchos casos pueden ser invalidantes, dificultando o imposibilitando el acceso al centro de salud³ con la consiguiente demanda de ayuda médica, social y familiar.

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.⁴

Así, vemos con más frecuencia en nuestra práctica habitual familias que deben hacerse cargo del cuidado de algunos de sus miembros con incapacidad para valerse por sí mismos. Cuando se sienten incapaces de manejar la vida diaria con todas las responsabilidades que implica el cuidado, comienzan a ocurrir signos y síntomas por las dificultades que enfrenta. Con frecuencia los cuidadores no identifican claramente los problemas y, por tanto, no encuentran soluciones⁵.

Esta nueva situación genera una creciente atención sociosanitaria 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 períodos de inestabilidad o dificultad⁶, los cuales incluso pueden precipitar crisis que pueden afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia en quien se delega el cuidado del enfermo y que soporta la mayor parte de la sobrecarga

física y emocional de los cuidados del inmovilizado⁷.

El cuidador principal aguanta cada día retos imprevistos y sufre perdida de control personal, presentando alteraciones en su salud física y emocional⁸⁻¹⁰ que de no ser atendidos se traducirían tarde o temprano en el llamado «síndrome del cuidador»(efectos subjetivos como sufrimiento emocional y objetivos como pérdida de salud)⁹, que tienen mas relación con el grado de invalidez (dependencia en actividades de la vida diaria) que con la etiología de la enfermedad.

Los cambios adaptativos que deben llevar a cabo los familiares son, en muchos casos, de magnitud igual o superior que los del paciente, y con frecuencia se pueden observar niveles mayores de estrés en los cuidadores que en los propios enfermos¹¹.

Los profesionales sanitarios tendemos a centrar la atención en la persona enferma, sin tener en cuenta los problemas que surgen en su entorno familiar, no llegando muchas veces ni a sospecharlos¹¹.

La familia es un elemento frecuentemente olvidado o tenido en cuenta sólo de manera parcial¹⁰. Sin embargo, es importante reconocer que es también la familia, no sólo el paciente, quien sufre la enfermedad, y que el curso de ésta puede verse influido, tanto positiva como negativamente, por el grado de adaptación familiar al problema. Por ello, al valorar las necesidades de un paciente inmovilizado también deben determinarse las necesidades del resto de los miembros de la familia y apoyar al más afectado, que en muchos casos es el cuidador principal¹¹. Este cuidador es quien participa directamente en la atención del enfermo y detección de síntomas de alarma de su estado físico-psíquico¹².

Ante la evidencia de la patología asociada del cuidador del paciente inmovilizado^{1,7,8,11,12} se decidió realizar un estudio en nuestra zona de salud para ver la morbilidad y prevalencia de patología de dichas perso-

nas. Y así, posteriormente estudiar si se debe tomar alguna medida preventiva en estos cuidadores. El motivo de escoger a cuidadores de pacientes inmovilizados es que dentro de este servicio es donde se engloban los pacientes con patología más invalidante y con un grado de dependencia mayor.

El objetivo principal de este estudio es describir la morbilidad sentida y diagnosticada en los cuidadores principales de pacientes inmovilizados, así como conocer su perfil, e identificar sus necesidades de salud.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en julio de 2001 en el Centro de Salud de Tamarite de Litera (Huesca), centro rural con 10 núcleos de población y con un personal sanitario compuesto por 6 médicos y 8 enfermeras. La población adscrita a dos de los médicos no se incluyó en el estudio, por no estar integrados en el centro de salud.

La población objeto de este estudio corresponde a los cuidadores principales de pacientes incluidos en el Programa de Visita Domiciliaria, según el criterio de inclusión del servicio 313 de la cartera de servicios de atención primaria.

Se solicitó a los profesionales sanitarios una relación de los sujetos incluidos en dicho programa, siendo casi en su totalidad mayores de 65 años.

Como criterios de exclusión de pacientes se consideraron el vivir solo, estar ingresado en una residencia, pacientes terminales, fallecimiento del paciente antes del estudio y la ausencia del domicilio. Y como criterios de exclusión para cuidadores: la ausencia de historia clínica en atención primaria, percibir remuneración económica, no compartir el domicilio con la persona dependiente, y ser menor de 18 años.

De un total de 104 pacientes fueron excluidos 42 por cumplir alguno de los criterios de exclusión (que figuran en la tabla 1).

Tabla 1

Criterios de exclusión

Criterio de exclusión de pacientes, n (%)	Criterios de exclusión del cuidador, n (%)
Vivir solo: 3 (2.9%)	Ausencia de historia clínica del cuidador en atención primaria: 8 (7.7%)
Ingresa en residencia: 25 (24%) Pacientes terminales: 1 (1%) Fallecimiento del paciente antes del estudio: 3 (2.9%) Ausentes del domicilio: 2 (1.9%)	

La población de estudio la constituyeron los cuidadores principales de los 62 pacientes inmovilizados restantes. De dicha relación se extrajo por muestreo aleatorio simple una muestra para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 6%, lo que dio lugar a 50 cuidadores.

Se definió como cuidador principal a la persona, familiar o no, que proporciona la

mayor parte de la asistencia y apoyo diario al paciente incapacitado⁶.

Se contacto telefónicamente con el domicilio de estos pacientes, identificando al cuidador principal y concertando una entrevista con él. Posteriormente, se realizó una entrevista personal en el domicilio en la que se recogieron las siguientes variables: año de nacimiento, sexo, estado civil, nivel educativo,

trabajo fuera de casa, parentesco con el paciente, número de meses de cuidado al año, el nombre comercial de los fármacos que toma, presencia de enfermedades crónicas y frecuentación a la consulta de atención primaria (número de veces que ha acudido a la consulta los últimos seis meses, excluyéndose las visitas burocráticas, como la repetición crónica de tratamientos, excepto si este no constitúa el único motivo de consulta).

Dentro de las enfermedades crónicas del cuidador se consideran aquellas que pueden tener relación con el esfuerzo tanto físico como psíquico de este⁵ (cefaleas, lumbalgias, dorsalgias y cervicalgias, artrosis, insuficiencia venosa crónica, algias musculares inespecíficas). También se incluye la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (validada en España por Montol et al) (anexo 1), utilizando el punto de corte 4 para la escala de ansiedad y 2 para la depresión^{7,8,11,12}.

Por otra parte, para detectar la morbilidad diagnosticada los datos se recogieron tomando como fuente de información la historia clínica de los cuidadores. Las variables que se tomaron en cuenta fueron la frecuentación (número de veces que habían acudido a consulta en los últimos 6 meses) y el motivo de consulta en los últimos 6 meses (tras consultar bibliografía^{7,9} se decidió valorar solo la patología relacionada con el síndrome del cuidador o con el esfuerzo que se ha descrito anteriormente).

Los datos se introdujeron en una base de datos del programa EPI INFO (versión 6.0) para su análisis. También se utilizó el programa CIA para la obtención de intervalos de confianza.

RESULTADOS

Perfil del cuidador

Entre los cuidadores nos encontramos un predominio de mujeres, 44 (88%), (IC 95%:75,7-95,5) con una edad media de 60

años (IC 95%:56-62,9). En cuanto al estado civil la mayoría estaban casados/as 37 (74%) (IC 95%: 59,6-85,4) y tienen estudios primarios 35(70%) (IC 95%:55,4-82,1).

El parentesco que guarda con la persona cuidada es cónyuge 9 (18%) (IC 95%: 8,5-31,4), hijo/a 25 (50%) (IC 95%: 35,5-64,5), nuera/yerno 9 (18%) (IC 95%:8,5-31,4), el 14 % (IC 95%:8,5-31,4) restante pertenecían a otras categorías, familiares menos directas.

El 100% de los cuidadores cuidaban al paciente más de 6 meses al año.

Un 16% (IC 95%:7,1-21,1) de los cuidadores tenía que compaginar sus labores de cuidador con el trabajo fuera del domicilio.

Morbilidad sentida

La frecuentación media a consulta sentida por el cuidador en los últimos 6 meses fue de 2,7 visitas (IC 95%:1,92-3,56). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la frecuentación respecto al sexo ($p=0,9463$), estado civil ($p=0,2608$), nivel educativo ($p=0,5707$), trabajo fuera de casa ($p=0,8992$) y parentesco con el paciente ($p=0,5771$). Cabe destacar que el 28% (IC 95%:16,2-42,5) no acudió ninguna vez en los últimos 6 meses por un problema de salud relacionado con el esfuerzo y el 18% acudió una vez.

La media de problemas de salud referidos por los cuidadores fue de 1,44, con una DE 1,53 (IC 95%:1,01-1,87). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de problemas referidos por los cuidadores respecto al sexo ($p=0,1860$) y estado civil (0,6278). En cambio si las hubo respecto al parentesco ($p= 0,0114$), ya que los cuidadores hijo/a son personas más jóvenes y con una media de problemas sentidos más baja. En la tabla 2 se exponen los problemas de salud referidos por los cuidadores, teniendo en cuenta que un cuidador puede presentar más de un problema.

Tabla 2
Problemas de salud en relación al esfuerzo referidos por los cuidadores

Problemas	Frecuencia	%	IC 95%
Cefaleas	3	4,1	8,7-11,7
Lumbalgias	14	19,4	11,1-30,5
Cervicalgias, dorsalgias	13	18	9,8-28,9
Artrosis	23	31,9	21,4-44
Insuficiencia venosa	13	18	9,8-28,9
Algias musculares inespecíficas	6	8,3	3,1-17,3
Total	72		

En cuanto al consumo de fármacos un 64% (IC 95%:49,2-77,1) de los cuidadores tomaban fármacos habitualmente. No se encontraron diferencias en el consumo de fármacos respecto al sexo ($p=0,4463$) y estado civil ($p=0,3513$), trabajo fuera de casa ($p=0,3680$) y parentesco ($p=0,3130$). Los cuidadores que tomaban fármacos no presentaban medias superiores en cuanto al número de problemas de salud declarados. Sí se encontraron diferencias respecto al número de veces que acudieron al médico en los 6 últimos meses. Los que tomaban fármacos frequentaban en los últimos 6 meses un promedio de 2,4 veces más que los que no tomaban fármacos.

La relación de fármacos consumidos por los cuidadores se expone en la tabla 3.

Según la escala de Ansiedad el 32% de los cuidadores (IC 95%:19,5-46,7) obtienen una puntuación de 0. Sólo un 28% (IC 95%:16,2-42,5) obtienen más de 4 puntos, por lo que se puede considerar un probable trastorno de ansiedad. Se encontraron diferencias respecto al sexo. Las mujeres tienen en promedio 2,5 puntos más en la escala de ansiedad que los hombres. No se encontraron diferencias respecto a otras variables como estado civil ($p=0,8779$), nivel educativo ($p=0,2219$), trabajar fuera de casa ($p=0,8048$) y parentesco ($p=0,3626$). Exis-

Tabla 3
Fármacos consumidos

Fármacos	Frecuencia	%	IC 95%
AINES y analgésicos	8	14,2	6,3-26,2
Tto de la Osteoporosis	2	3,5	4,3-12,3
Insulina y ADO	1	1,7	0,4-9,5
Antihipertensivos	15	26,7	15,8-40,3
Ansiolíticos y antidepresivos	12	21,4	11,6-34,4
Hipocolesterolémicos	3	5,3	1,1-14,9
Antiagregantes	2	3,5	4,3-12,3
Venotónicos	3	5,3	1,1-14,9
Vasodilatadores	1	1,7	0,4-9,5
Hipnóticos	2	3,5	4,3-12,3
Otros	7	12,5	5,1-24,1
Total	56		

tía una correlación entre la puntuación de la escala de ansiedad y el número de problemas de salud sentidos por los cuidadores ($r=0,41$) (IC 95%:0,15-0,62).

Respecto a la escala de depresión, un 54% (IC 95%:39,3-68,2) obtuvieron 0 puntos. Con más de 2 puntos y probable trastorno depresivo se detectaron un 32% de los cuidadores (IC 95%:19,5-46,7). Se encontraron diferencias respecto al nivel educativo de los cuidadores ($p=0,0382$) y el parentesco $p=(0,0457)$. Los que sólo leen y escriben tienen en promedio 4 puntos en la escala de depresión, más alto que los que tienen estudios primarios, secundarios o superiores. Los cónyuges y los cuidadores que no son familiares directos tienen medias más altas, 2,44 y 3,42 respectivamente que los hijos/as, nuera/yerno. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a otras variables como sexo ($p=0,1751$), estado civil ($p=0,7995$) y trabajar fuera de casa ($p=0,6288$). Existía una correlación entre la puntuación de la escala de depresión y el número de problemas de salud sentidos por los cuidadores ($r=0,41$) (IC 95%:0,15-0,62).

Morbilidad diagnosticada

La frecuencia media a consulta en los últimos 6 meses reflejada en la historia clínica de Atención Primaria es de 2,3 visitas (IC 95%:1,62-3,02). Había correlación entre la frecuentación declarada por los cuidadores y la frecuentación en la historia clínica ($r=0,54$) (IC 95%:0,31-0,71). El 36% (IC 95%:22,9-50,8) no realizaba ninguna consulta o no constaba en la historia clínica, un 10% realizaban entre 7-10 visitas. En la tabla 4 se exponen los problemas de salud consultados al médico en los últimos 6 meses y que aparecen en la historia clínica.

DISCUSIÓN

Lo primero que llama la atención es el número de pacientes que se tuvieron que excluir del grupo de estudio por cumplir algún

Tabla 4

Problemas de salud en la historia clínica

Problemas de salud	Frecuencia	%	IC 95%
Lumbalgia	1	2	0,6-13,8
Artritis, artrosis	3	6	1,7-22,5
Insuficiencia venosa	4	8	3,1-26,1
Ansiedad, depresión	2	4	0,6-17,8
Otros	28	56	56,9-86,6
Total	38		

criterio de exclusión. La razón fundamental para ello fue la falta de actualización de los registros, ya que muchos habitaban en una residencia para la 3.^a Edad.

A la hora de contactar con el cuidador principal no hubo ningún problema, ninguno rehusó participar, al contrario, se mostraron muy colaboradores, por lo que la tasa de respuesta se extendió a los 50 cuidadores entrevistados, es decir el total de la muestra.

Una limitación del estudio es la falta de profundización en el grado de incapacidad de los pacientes incluidos en el estudio (receptores de los cuidados), en su deterioro cognitivo, estado funcional y de salud; ya que se encuentra una correlación positiva entre el índice de esfuerzo del cuidador y el grado de incapacidad física y psíquica del paciente cuidado⁷.

Otro aspecto a tener en cuenta es que las características de la población estudiada pueden limitar la validez externa de los resultados (población semirural, fuertemente arraigada en la zona y, por tanto, con una red familiar importante).

Respecto a los resultados, hay un predominio de mujeres entre los cuidadores, el cuidador tipo es una mujer de 60 años, casada, con estudios primarios, hija del paciente, lo que concuerda con los resultados de otros estudios^{2,7,8,11,12}. Hay que considerar las funciones que la sociedad ha conferido a la mujer, el papel de cuidadora en situacio-

nes de enfermedad o incapacidad, tanto de los padres como del esposo.

Todos los cuidadores refieren estar al cuidado del paciente durante todo el año (aunque la variable estudiada era de más de seis meses al año), al contrario que en otro estudio en el que el paciente va rotando por los domicilios de sus hijos/as⁷.

También se ha observado concordancia con otros estudios en cuanto a la existencia de pluripatología en el cuidador, fundamentalmente de tipo osteoarticular^{8,12}. En este sentido llama la atención que a pesar de ser ésta la patología más frecuente, el consumo de antinflamatorios no esteroideos y analgésicos en nuestro estudio es inferior al de otros^{7,8,11,12}.

Un 32% de los cuidadores presentaba malestar psíquico en la escala de depresión, lo que resulta similar a otros estudios^{7,11}; pero no ocurre así con la ansiedad que es menor en nuestro estudio (28%). Un 11% presenta malestar psíquico en ambas escalas. Analizando estos datos, una de las posibles hipótesis que podrían explicar esta situación es que la mayoría de los cuidadores no trabajan fuera de casa y el tipo de población estudiada, población rural, está generalmente fuertemente arraigada en la zona con una red familiar importante.

La toma de ansiolíticos y antidepresivos es menor que en otros estudios^{7,8,12}. En trabajos en los que se ha comparado el consumo con un grupo control, como el de Santiago Navarro et al. o con cuidadores de pacientes no dementes, como en el trabajo de Vallés Fernández et al. el consumo de psicofármacos no difiere del grupo control. En nuestro estudio al no tener grupo control no podemos interpretarlo de manera adecuada, no obstante debería ponernos en alerta sobre la mayor probabilidad de los cuidadores a padecer problemas psíquicos sin un diagnóstico y tratamiento adecuados.

La frequentación al médico declarada por los cuidadores es muy similar a la reflejada

en la historia clínica. La morbilidad sentida relacionada con el esfuerzo o con el síndrome del cuidador está infradiagnosticada, la mayor parte de los problemas reflejados en la historia clínica están en relación con otras patologías. Puede que relacionen sus problemas con la edad o que los infravaloren al compararlos con los del paciente inmovilizado, también puede ser que realicen sus consultas aprovechando las visitas domiciliarias del equipo de atención primaria, por lo que no quedaron reflejadas en la historia clínica.

Para profundizar en este estudio de la morbilidad de los cuidadores e identificar al cuidador de mayor riesgo, se tendrían que analizar también otras variables, como es la carga del cuidador. Existen una serie de escalas específicamente orientadas a detectar el grado de sobrecarga que experimentan los cuidadores, como la escala de Zarit o el índice de sobrecarga de Robinson¹⁴. La visita domiciliaria sería el marco ideal para la detección de esta sobrecarga.

Asimismo el test de Goldberg sería una buena prueba de screening para ser utilizado en las visitas domiciliarias, dada su sencillez y fiabilidad. Se podría realizar cada cierto tiempo en los cuidadores y así detectar posibles trastornos e intentar fomentar su autoestima. El equipo de atención primaria debe considerar al cuidador como una persona de riesgo y dedicarle más atención a prevenir y resolver sus problemas de salud.

Con el hallazgo de cuidadores con alteraciones en el test de Goldberg se podrían realizar unas charlas para que adquiriesen técnicas y conocimientos que puedan paliar los problemas que surgen a diario en el cuidado de estas personas¹⁵, esperando que en el futuro se produzca una reducción del malestar psíquico.

Por último, como conclusiones del estudio, queremos resaltar que el perfil del cuidador no difiere de otros estudios, padece pluripatología (se acumulan síntomas físi-

cos y psíquicos) baja proporción de malestar psíquico relacionado con la ansiedad y depresión entre los cuidadores, baja frecuentación al médico. Los cuidadores tienden a infravalorar sus propios síntomas al compararlos con los de la persona inmovilizada. Por último, destacar que la morbilidad sentida está infradiagnosticada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Segura JM, Barreiro MC, Bastida N, Collado D, González M, Linares C, et al. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. Aten Primaria. 2000; 25: 297-301.
2. Segura JM, Bastida N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Aten Primaria 1998; 21: 431-6.
3. Gallego P, Carra B, Morente M, Calvo C, Sanz C. Visita domiciliaria. Diagnósticos médicos y de enfermería. Rev ROL Enf. 1995; 202: 14-18.4
4. Insalud. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizado. Manual de procedimientos. Evaluación Cartera de servicios. Madrid: Insalud; 2000.
5. Carnevali D L, Patrick M. Tratado de Geriatría y Gerontología. 2.^a edición. Mexico: Interamericana; 1998.
6. Medalie Jack H. The patient and family adjustment to chronic disease in the home. Disabil Rehabil 1997; 19: 163-70.
7. Santiago P, López O, Lorenzo A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Aten Primaria 1999; 24: 404-10.
8. Valles MN, Gutiérrez V, Luquin AM, Martín M A, López F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. Aten Primaria 1998; 22: 481-5.
9. Sabater MP, López G. Demencias. Impacto familiar y prevención del síndrome del cuidador. Rev ROL Enf. 1998; 243: 21-6.
10. Silberstein D. La familia, un paciente olvidado. Rev ROL Enf. 1997: 25-30.
11. Diez J, Redondo ML, Arroniz C, Giacchi A, Zabal Ch, Salaberri A. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. Medifam 1955; 5: 124-30.
12. Morales JA, Muñoz T, Bravo F, Iniesta C, Montero FA, Olmos MC. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. Centro de Salud 2000; 8: 714-8.
13. Escudero B, Díaz E, Pascual O. Cuidadores informales. Rev ROL Enf 2001; 24:183-9
14. Castellote Varona FJ. Trascendencia sociofamiliar de la demencia. Abordaje desde Atención Primaria. Rev Salud Rural 1998; 1(XV):91-98
15. Toribio A., Ramírez A. Cuidemos a los cuidadores. Rev ROL Enf 1997; 222:13-5.

Anexo 1

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

ESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
5. (si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
6. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
7. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
8. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas autonómicos)
9. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD

ESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido Vd. Su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido Vd. Desesperanzado, sin esperanzas?
5. (si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN

Interpretación: 1 punto por cada respuesta afirmativa.

* Probable trastorno de ansiedad por encima de 4 respuestas afirmativas en la Escala de Ansiedad.

* Probable trastorno depresivo por encima de 2 respuestas afirmativas en la Escala de Depresión.