



**Universitat de les
Illes Balears**

**Títol: Efectivitat dels programes d'atenció al cuidador no professional
en el benestar físic i psíquic dels seus participants**

NOM AUTOR: M^a del Mar Alzamora Crespí

DNI AUTOR: 41535623-S

NOM TUTOR: Andreu Bover Bover

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau de Grau d'Infermeria

Paraules clau: Cuidador informal, dependència, programes d'atenció, serveis socials.

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic:2012-2013

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

ÍNDEX

Resum -----	pàg2
Introducció -----	pàg2
Objectius -----	pàg6
Metodologia -----	pàg6
Discussió -----	pàg7
-Programes d'intervenció per a cuidadors -----	pàg11
• Intervenció de respiro -----	pàg11
• Intervencions ambientals -----	pàg12
• Grups d'ajuda mútua o d'autoajuda -----	pàg13
• Intervencions educatives -----	pàg14
• Intervencions psicoeducatives -----	pàg15
• Intervencions basades en les noves tecnologies -----	pàg16
• Intervencions multimodals -----	pàg17
• Miscel·lànies -----	pàg17
• Altres tipus d'ajudes -----	pàg18
Conclusions -----	pàg18
Bibliografia -----	pàg19
Annexes -----	pàg22

RESUM

L'augment de l'esperança de vida ha incrementat la importància dels cuidadors informals de les persones majors dependents. Tot i els canvis socials i familiars que està experimentant la societat, la dona segueix sent la que compleix el paper de cuidador. Des del 2007 la "Llei d'Autonomia Personal i la Dependència" defensant la permanència de la persona dependent al seu domicili, ha permès la millora dels recursos disponibles pels cuidadors. Tot i així, encara que cuidar pugui aportar conseqüències positives, aquests no són suficients i els cuidadors segueixen patint efectes negatius en la seva salut tan físics com psicològics i socio-familiars. Tots aquests efectes produïts del cuidar es poden classificar de moltes maneres, la més comuna és la diferenciació entre efectes positius i efectes negatius.

Un cop haver reconegut els efectes negatius, m'he centrat en l'estrès i la depressió.

Per combatre aquestes conseqüències negatives he realitzat una agrupació dels diferents programes o intervencions d'atenció als cuidadors i he comprovat la seva eficàcia.

Els tipus de programes que han sorgit de la classificació són les intervencions de "respiro", les intervencions ambientals, els grups d'ajuda mútua o autoajuda, les intervencions educatives, els programes psicoeducatius, les intervencions basades en les noves tecnologies, els programes multimodals, les miscel·lànies i altres tipus d'ajudes com les econòmiques.

Un cop haver fet la comparació, els articles de la recerca bibliogràfica demostren que els programes més eficaços són aquells que s'adapten al destinatari, o sigui, el cuidador i que contemplen i donen solucions al conjunt d'aquest, és a dir, en tots els àmbits de la persona.

INTRODUCCIÓ

En els dos últims rotatoris de pràctiques pel qual he passat he pogut veure la quantitat de cuidadors no professionals que són necessaris per cobrir el gran nombre de persones majors dependents que viuen a les seves cases.

Després d'una experiència viscuda en primera persona, on la meva padrina vella va patir una caiguda i va quedar amb una total dependència, vaig poder comprovar la gran tasca que havia de realitzar la cuidadora no professional o familiar, que en aquest cas va ser la meva mare.

Una persona que per cobrir totes les necessitats bàsiques de la vida quotidiana necessita d'una altre persona i molts de recursos requereix un nivell econòmic adequat. Per tant, un cuidador no professional ha de suplir totes aquelles activitats bàsiques quotidianes provocant així un

canvi en el seu estil de vida, tan professional com familiar, sense deixar de banda la limitació social que sofreix.

Actualment, si es té en compte el tipus de població que hi ha a Espanya, es justifica la importància d'analitzar i comparar diferents tipus d'ajudes i millores destinades a les persones majors que beneficien la seva qualitat de vida, d'entre elles, els cuidadors no professionals. Per començar, faré un anàlisi del tipus de població que tenim i quins canvis importants s'han produït els darrers anys.

L'esperança de vida ha anat augmentant a l'Estat espanyol aproximadament 50 anys els darrers 100 anys. L'impacte de la mortalitat s'ha desplaçat de la infància i l'adolescència a les edats madures i avançades, al mateix temps que les malalties cròniques, degeneratives i de societat han substituït a les infeccioses i contagioses com principals causes de mort. Aquests canvis s'han produït gràcies a les millores en les condicions de vida, una major disponibilitat de recursos, tan econòmics com socials, i un sistema sanitari que proporciona un major benestar.

Per tant, el resultat és una població més envellida amb un gran augment de persones dependents per malalties cròniques i degeneratives.

Si es té en compte que hi ha un envelliment de l'envelliment(1), és a dir, la població envellida cada vegada és més vella i l'esperança de vida s'allarga considerablement, cal prendre alguna mesura per desaccelerar aquest procés degeneratiu que provoca una major dependència. És el que anomenem envelliment actiu (5).

Segons la Organització Mundial de la salut (OMS), l'envelliment actiu es defineix com el procés que optimitza les oportunitats de benestar físic, social i mental durant tota la vida, amb l'objectiu d'ampliar l'esperança de vida saludable, la productivitat i la qualitat de vida a la vellesa. Aquesta definició contempla tan l'àmbit sanitari com les àrees socials, econòmiques i culturals que afecten a l'envelliment de les persones.

Aconseguir aquest tipus d'envelliment hauria de ser l'objectiu primordial tan en la societat com en els responsables polítics. S'hauria de millorar la seva autonomia, la salut i la productivitat mitjançant polítiques que permetessin la participació de la persona major en la societat segons les seves necessitats, desitjos i capacitats.

Però, encara que s'hagi posat en marxa aquesta mesura per desaccelerar l'envelliment el nombre de dependents va augmentant dia a dia juntament amb la necessitat de disposar de majors recursos per tenir unes condicions de vida saludables.

El sistema sanitari públic actual ofereix a totes aquestes persones dependents ajudes i mesures de suport per poder millorar la seva qualitat de vida.

El dia 1 de Gener de 2007, en l'àmbit del benestar social i la sanitat pública el govern Espanyol va presentar la "Llei de l'Autonomia Personal i la Dependència"(10)(20) on l'Estat ha de proveir i finançar els serveis que necessiten les persones dependents per patir una malaltia o accident invalidant o a l'arribar a la vellesa per a poder realitzar les activitats bàsiques de la vida diària. Destacaré dues de les polítiques socials de dependència que defensa aquesta nova llei.

El primer que vol aconseguir és facilitar la permanència del dependent al domicili. Les accions que es varen dur a terme per complir el seu objectiu van ser l'ajuda domiciliària (social i sanitària), ajudes tècniques, mesures per adaptacions a les cases per eliminar barreres, instal·lacions telefòniques o telealarmes, i cedir vivendes socials adaptades.

Aquestes accions tenen aspectes positius i negatius. Dels afectes positius que poden tenir són el manteniment al domicili, millora de l'autonomia funcional de la persona major i millora de les condicions de vida en el domicili. En canvi, els aspectes negatius d'aquestes accions són una oferta insuficient, poca accessibilitat, família com a base del cuidat, així com el cuidador com únic instrument per cuidar i la possibilitat de emmascarar els problemes per connexió telefònica.

El segon que vol aconseguir la nova llei és recolzar a les famílies i cuidadors que tenen al seu càrrec una persona dependent. Per arribar en aquesta meta es posaren en marxa centres de dia, estàncies temporals en residències, ajudes econòmiques i mesures fiscals favorables, suport psicològic i formatiu, conciliació vida familiar i laboral i reducció de la jornada, permisos i excedències per als familiars i cuidadors.

Aquesta política va suposar aspectes positius com una reducció de la càrrega del cuidador, reducció del cost econòmic, possibilitat de comprar serveis, reducció de l'estrès o una major disponibilitat de temps per cuidar. Entre els aspectes negatius podríem destacar una oferta d'ajudes i serveis insuficients i de difícil arribada, una doble jornada pel familiar, cuidador com a objecte de cuidar, costos personals i d'oportunitats pels cuidadors, etc.

Tot i aquesta nova política implantada hi ha una gran debilitat de l'Estat de benestar que s'encarrega de l'educació dels fills, la salut, la recerca de treball, l'assegurança a l'atur i la jubilació i que fa que la societat dirigeixi la seva mirada cap a les ajudes de les xarxes socials.

El suport que aquestes polítiques ofereixen es pot dividir en tres categories. La primera és el suport emocional, és a dir, l'intercanvi de sentiments proporcionant comprensió i amor,

reforçant el sentit de pertinença i autoestima. La segona s'encarrega del suport informacional o estratègic, és a dir, ajuda per resoldre problemes concrets, i la tercera es dirigeix al suport material o instrumental, que presta serveis en moments que no poden ser resolts per un mateix. També s'inclouen els temes econòmics i els serveis per a les activitats diàries (cuidats personals, tasques domèstiques, sortir al carrer, etc.). Aquest darrer suport és el que coneixem com a suport informal o formal no professional.

És aquí quan entra en joc el paper del cuidador no professional a la llar que és l'encarregat de facilitar a la persona dependent aquestes activitats.

Però, per poder parlar millor dels cuidadors no professionals a la llar, cal fer referència primer als canvis en els valors socials i familiars de les darreres dècades.

En l'àmbit familiar, fins aleshores, eren les dones qui s'organitzaven el temps i el compliment de múltiples rols per fer compatible les exigències familiars i la vida pública o professional(19). Però, factors com la modificació de l'estructura familiar, la progressiva i creixent participació de les dones al mercat laboral i la seva determinació en desenvolupar i prioritzar els projectes personals posen en entredit la continuïtat de les dones i de les famílies com a proveïdores dels cuidats informals.

D'aquesta manera es poden trobar dues situacions, que un familiar (cuidador informal) s'encarregui dels cuidats de la persona dependent, o que hi hagi una persona externa a la família (cuidador formal no professional) que es dediqui totes les hores necessàries a facilitar les activitats de la vida diària a canvi d'una remuneració econòmica. Aquests cuidadors són immigrants en un 69% dels casos(14).

L'objectiu dels dos cuidadors serà assegurar-se que una persona que no és capaç de autocuidar-se pugui mantenir una qualitat de vida tan elevada com sigui possible.

Però tan el cuidador informal(família) com el cuidador formal no professional(persona sense formació específica en cuidats de majors) poden tenir una sèrie d'alteracions de salut. Segons un estudi, aquestes jornades amb múltiples tasques substitueixen a activitats de diferent naturalesa com puguin ser l'atenció física pròpia (higiene, alimentació) atenció personal emocional i psicosocial, vigilància, gestions, oci, etc.

Per tant, el efectes negatius del cuidar poden ser conseqüències físiques (cansament, dolor,...), econòmiques i laborals (més gasto, major absentisme), conseqüències psicosocials (sentiments contraposats, falta de llibertat, baix estat d'ànim, etc.) i socials (conflictes generacionals, disminució de les relacions socials, etc.).

Per evitar aquestes repercussions als cuidadors, es realitzen programes d'atenció als cuidadors no professionals a Atenció de Salut.

OBJECTIUS

L'objectiu principal del meu treball serà conèixer la diferència d'efectivitat dels diferents programes destinats als cuidadors.

Els objectius secundaris són:

- Conèixer els diferents tipus de programes que hi ha pels cuidadors no professionals a la llar.
- Conèixer la seva efectivitat en l'estrès i la depressió del cuidador.

Paraules claus :Cuidador informal, dependència, programes d'atenció,serveis socials, estrès i depressió.

METODOLOGIA

El mètode utilitzat per arribar als objectius establerts ha estat una recerca bibliogràfica.

Els diferents articles utilitzats, on s'expliquen els diferents programes i intervencions dirigides als cuidadors no professionals i la seva efectivitat, estan publicats a les bases de dades següents:

- IBECS
- SCIELO
- LILACS
- MEDLINE PLUS
- GOOGLE ACADÉMICO

Els articles estan publicats a la darrera dècada.

També he utilitzat informació de publicacions oficials del "Boletín Oficial del Estado" (BOE).

Els criteris utilitzats per seleccionar aquests articles han estat el tipus de programa o intervenció que exposaven i el tipus de cuidadors que hi participaven.

Els articles de la recerca estan en català i castellà.

DISCUSSIÓ

Tots els professionals sanitaris, sobretot els que habitualment atenem a pacients incapacitats, sabem lo important que és la figura del cuidador. Ens hem adonat de la importància d'aquesta persona que és clau per a la vida del pacient dependent de qualcú que el cuidi.

A la societat espanyola un 80% dels pacients majors dependents pertanyen a la comunitat, és a dir, estan atesos per la seva família, i la part fonamental del seu cuidat cau en el seu cuidador primari. Cal reconèixer la importància d'aquest ja que exerceix distintes funcions indispensables per a l'atenció de la persona major. És l'informador ja que és un observador permanent de la situació del pacient, és qui supervisa i proveeix dels cuidats bàsics i administra els tractaments prescrits, és qui organitza les activitats, cerca solucions i pren les decisions més importants en quant a com, qui i a on se cuida el familiar dependent.

A més, si es té en compte, com he esmentat abans, un dels objectius principals del Sistema Nacional de Dependència (10) que defensa la permanència de les persones majors en situació de dependència, sempre que sigui possible, en l'entorn on han desenvolupat la seva vida, el cuidador no professional juga un paper molt important.

Els poder públics, amb aquesta nova llei, defensen que el cuidar a la llar evita la ruptura de la persona major amb el seu entorn i per tant, la pèrdua de inserció social i que és una resposta més humana i menys costosa. D'aquestes dues qüestions caldria demanar-se per a qui és una resposta més humana i menys costosa. Romandre a la llar pot donar situacions de molta duresa que poden repercutir en la salut i la vida dels cuidadors informals i/o familiars. A més, és una resposta menys costosa per a l'Estat ja que redueix la utilització de recursos públics i formals. Per al cuidador s'haurien de valorar les hores del cuidat informal, les hores perdudes del treball remunerat i les pèrdues personals i d'oportunitats. D'aquesta manera es podria comprovar per a qui es més barat.

Altres articles defensen que l'opció de cuidar a la persona dependent a la llar és l'opció més desitjada pel malalt i pels cuidadors ja que prefereixen ser ells qui cuidin(19).

Coincideixen en què per a l'Estat és una solució més barata ja que suposa un gran estalvi en termes de planificació, desenvolupament i gestió de recursos formals d'atenció.

Però per complir l'objectiu de la meva recerca bibliogràfica, fer una recerca dels programes destinats als cuidadors, cal primer parlar de la diferent tipologia d'efectes del cuidar que tenen els cuidadors no professionals. Per classificar-los es poden utilitzar múltiples criteris.

Amb molta freqüència s'han classificat en econòmics i no econòmics. Els aspectes econòmics negatius han estat considerat els costos que produeix el cuidar i que impliquen doblers o equivalents a aquests. Els aspectes no econòmics són aquells que impliquen el deteriorament de la qualitat de vida del cuidador en qualsevol dimensió, com per exemple, de la salut física i psíquica o de les relacions i vida social.

A part del criteri econòmic, aquests efectes també es poden classificar segons la rapidesa de la seva incidència, així tendriem efectes directes, perceptibles d'immediat, com el dolor muscular, o efectes indirectes, perceptibles a llarg termini, com la pèrdua d'oportunitats laborals per no disposar de temps. Segons el grau de visibilitat de les conseqüències del cuidar, de manera que poden ser explícites, com per exemple els costos, o implícites, com per exemple els conflictes familiars a la llar. En aquest darrer tipus, moltes vegades les conseqüències estan ocultes o són negades i algunes són inconscients, és a dir, no han estat avaluades conscientment pels cuidadors.

Un altre criteri és l'agrupació de tots els efectes negatius amb el concepte de càrrega de cuidats. La utilització d'aquest concepte s'ha refinat i els investigadors solen distingir entre càrrega subjectiva, on està present la percepció del propi cuidador, i càrrega objectiva. Amb aquesta unificació, que només aborda els aspectes negatius, reforcen la valoració social com a una tasca desagradable i improductiva. Se perd la consideració dels múltiples efectes positius que pot tenir el cuidar pel cuidador no professional.

María del Mar García-Calvente (15) fa una reflexió sobre la càrrega de cuidat i dona una explicació dels tipus que hi ha, fent esment només als efectes negatius.

En canvi, Jesús Rogero-García (28) defensa un criteri de classificació que es basa en l'evidència de que el cuidar de persones majors dependents té efectes negatius però també positius en la vida del cuidador. Per diferenciar els positius dels negatius cal tenir en compte la perspectiva subjectiva del cuidador. Per exemple alguns poden considerar positiu rebre el reconeixement per part de la família i d'altres resulta'ls-hi indiferent o suposa'ls-hi una pressió afegida al treball.

D'aquesta manera l'autor refereix que els efectes negatius i positius poden ser tan de l'àmbit social, de salut o econòmics.

Violeta Fernández-Lansac i María Crespo L(13) corroboren aquesta classificació dient que, encara que en les darreres dècades les investigacions hagin anat encaminades a aquells aspectes negatius del cuidar, com estar sotmesos a una situació d'estrès crònic amb

repercussions en el seu estat físic i mental, també hi ha un gran nombre de conseqüències positives que poden derivar de l'experiència de cuidar. Per exemple, la possibilitat d'auxiliar una persona que ho necessita o inclús la possibilitat de poder-la acompanyar en els darrers moments de la seva vida pot ser percebuda pel cuidador com una oportunitat pel seu propi desenvolupament personal i convertir-se, així, en sentiments de benestar i satisfacció.

Tenint en compte aquesta darrera classificació es poden observar els següents efectes tan negatius com positius.

Dels aspectes positius destacarem que hi ha beneficis en la salut com els beneficis emocionals, per exemple, la sensació de control o satisfacció, i els beneficis físics, per exemple, major activitat física. També hi ha els beneficis econòmics que poden ser indirectes com, per exemple, herències o ajudes i prestacions socials públiques, o directes com una recompensació monetària del receptor. I per acabar hi pot haver beneficis en les relacions socials on es distingeixen els beneficis familiar com un apropament amb la família i els beneficis extrafamiliars com per exemple, el reconeixement social.

Per tant, la tasca del cuidador pot ser recompensada amb una gran satisfacció d'un mateix i obtenint beneficis tan en l'àmbit familiar, econòmic i social.

Per altre banda, hi ha una sèrie d'aspectes negatius, que són els més estudiats i amb major nombre d'intervencions per solucionar-los que cal esmentar.

Els cuidats poden afectar als diferents àmbits de la nostra vida. Tenen una alta repercussió en la salut del cuidador. Les conseqüències que hi pot haver són físiques com el cansament o el dolor muscular i psicològiques, de les quals cal destacar per la seva major incidència, l'estrès, l'ansietat i la depressió.

També hi ha una alta repercussió en l'àmbit econòmic. Les conseqüències relacionades amb aquest són costs indirectes com la falta d'ingressos o la baixa productivitat a la feina remunerada, i costs directes com el pagament de la manutenció i d'altres serveis.

I per acabar, els efectes negatius de l'àmbit social poden ser familiars, és a dir, hi pot haver un deteriorament de les relacions familiar o una reducció d'aquestes, i extrafamiliars, és a dir, que hi hagi una reducció de les relacions socials o que aquestes es deteriorin.

Per resoldre aquests aspectes negatius del cuidar cal dur a terme distints programes d'intervenció amb els cuidadors. Per explicar-los i comparar la seva eficàcia em centraré amb dos dels efectes negatius més freqüents, l'estrès i la depressió.

Com he dit abans, el fet de cuidar a una persona fa que haguem de respondre a una sèrie d'exigències, tasques, esforços i tensions que poden arribar a repercutir tan a la pròpia

persona com a les del seu entorn, produint canvis en diferents àmbits(salut,economia, familiar-social).

Quan el cuidador presenta aquests signes, ansietat, ira excessiva cap a la persona cuidada, la família o cap a ell mateix, un cansament extrem, problemes de salut com mal de cap i dolors musculars, irritabilitat, problemes de son i aïllament social, direm que està sotmès a una gran càrrega d'estrès(23).

Si aquesta sobrecàrrega és continuada pot donar lloc al que denominem síndrome de burnout (síndrome del cremat)(29), un tipus d'estrès ocupacional i institucional amb predilecció per professionals que mantenen una relació constant i directa amb persones, principalment quan aquesta activitat es considerada d'ajuda (metges, infermers, professors, cuidadors,etc.). Es caracteritza per la pèrdua d'interès en relació a l'activitat laboral, on els esdeveniments deixen de tenir importància i l'esforç personal, en el sentit de canviar la situació, és sentit com inútil. Per tant, hi ha una extenuació emocional, seguida de sentiments i actituds negatives i insensibilitat afectiva. Apareix un sentiment d'insatisfacció personal i en la feina disminueix la seva eficiència i habilitat per a realitzar les tasques.

Per detectar aquest nivell d'estrès al qual estan sotmesos, s'utilitza el qüestionari de sobrecàrrega de Zarit (annexe 1). Encara que hi ha altres mètodes per quantificar el grau de sobrecàrrega que pateixen els cuidadors de persones majors, aquest és el més utilitzat.

Per tant, tenint en compte les conseqüències de la sobrecàrrega d'estrès, cal posar en marxa algunes mesures de suport i de control de símptomes per a millorar l'atenció a la persona major i per assegurar un millor benestar del cuidador no professional.

En les darreres dècades, han començat a aparèixer distints programes d'intervenció destinats a aquests objectius.

Però abans de parlar dels diferents programes d'intervenció, parlaré d'un altre símptoma negatiu que està molt present en la vida del cuidador no professional. Aquest és la depressió. Segons la Organització Mundial de la Salut (OMS), la depressió representa la principal causa de discapacitat a Europa i constitueix la malaltia psíquica més prevalent a nivell mundial. Aquesta elevada prevalença fa que es minimitzin les conseqüències de la depressió a nivell personal i social(31).

Una de les poblacions amb majors percentatges de depressió són els cuidadors informals de persones dependents.

La depressió d'aquests és un procés complexa, lligat a les característiques culturals i individuals de cada un, així com a les característiques personals del pacient. Alguns estudis

defensen que els cuidadors que presenten menor nivell de coneixements, és a dir, menor formació educativa, els que no coneixen cap xarxa de suport i no han rebut educació informativa sobre els cuidats del pacient o desconeixen la patologia d'aquest tenen més tendència a mostrar símptomes depressius.

També cal esmentar que la presència de depressió o el grau d'aquesta varien a mesura que algunes circumstàncies i característiques personals canvien.

Hi ha diferents escales i qüestionaris per detectar la presència o no de depressió i per valorar el grau d'aquesta que pugui presentar el cuidador.

En alguns països com per exemple Cuba, utilitzen el qüestionari IDERE (“inventario de depresión rasgo-estado”) que consisteix en avaluar amb l'escala “rasgo” la depressió personal i l'escala “estado” per distingir els diversos nivells d'intensitat d'aquesta(6).

Una altra escala utilitzada és l'Escala de depressió de Hamilton que segueix tres ítems, la melancolia, l'ansietat i la son (23) (annexe 2).

No obstant, la més utilitzada és l'escala de depressió i ansietat de Goldberg que permet la detecció dels dos trastorns psicopatològics més freqüents: l'ansietat i la depressió. És un indicador de la prevalença i de la gravetat i evolució d'aquests trastorns(annexe 3).

PROGRAMES D'INTERVENCIÓ PER A CUIDADORS

Un cop haver detectat les conseqüències negatives de cuidar a una persona major amb distintes escales de valoració, cal proposar estratègies i intervencions per intentar minimitzar-les i si fos possible, solucionar-les.

Hi ha distints programes d'intervenció destinats als cuidadors no professionals.

Els agruparé segons les activitats que duen a terme i l'objectiu que esperen aconseguir.

Intervenció de respiro

La intervenció de “respiro” és un programa que pretén proporcionar als cuidadors un temps lliure en el qual no han d'atendre a la persona major dependent.

Les activitats que duen a terme són serveis d'ajuda a domicili, centres de dia, estàncies temporals a la residència i residències nocturnes.

Segons CUESTA BENJUMEA, Carmen (8) hi ha un gran disponibilitat de recursos de “respiro” i encara que són els més necessitat, són els menys usats. Això es deu a una sèrie de barreres que dificulten l'accés a aquests. Algunes d'aquestes són la burocràcia que implica sol·licitar-los i usar-los, les actituds negatives per part dels cuidadors cap al serveis governamentals i comunitaris, la por a que el seu ús afecti negativament al dependent, el cost econòmic, etc.

Un cop utilitzen aquests serveis no se sap, de forma clara, quin és el seu impacte. Alguns estudis demostren que disminueixen la càrrega del cuidador, d'altres asseguren que si el servei que donen és de poca qualitat augmenta l'estrès i la càrrega de treball ja que se sumen a la seva tasca la supervisió d'aquells que estan proporcionant els cuidats al dependent. A més, els cuidadors també poden sentir ansietat pel temor de que la seva feina es desfaci o sorgir sentiments de culpa per no poder seguir amb els cuidats.

Si es té en compte el temps lliure que els hi proporcionen, molts l'utilitzen per descansar i fer activitats d'oci, d'altres, en canvi, asseguren que l'utilitzen per organitzar els pròxims cuidats(24).

En canvi, altres autors defensen la necessitat de incrementació i millora dels recursos formals i una millor accessibilitat a aquests.(21). Amb els seus estudis asseguren que totes les places i recursos disponibles ja estan ocupats i que per millorar l'atenció als cuidadors hi hauria d'haver un ventall de possibilitats més ampli. A més, refereixen que els serveis i els programes destinats a disminuir la càrrega dels cuidadors s'haurien d'adequar més a aquests(8).

Intervencions ambientals

La intervenció ambiental consisteix en una agrupació de programes d'intervenció que van destinats a proporcionar un entorn estructurat en el qual els símptomes psicològics i de conducta del dependent es minimitzen. A més, produeixen una major sensació de control pel cuidador.

D'aquest tipus d'intervencions trobam modificacions ambiental, eliminació de barreres, intervencions domiciliaries, etc.

Algunes estudis demostren que perquè una persona major dependent pugui disposar d'una independència, a la mesura que sigui possible, i d'una participació activa en la societat, és imprescindible que l'entorn al qual viuen, compleixi uns criteris d'accessibilitat mínims(27).

La infermera és l'encarregada d'analitzar i informar de les possibles barreres arquitectòniques que hi pugui haver als domicilis o entorns del dependent. Per poder detectar-les, durant molts d'anys, s'han realitzat distintes programes, tots amb la mateixa filosofia, el "Diseño para todos" o "Diseño Universal". Aquest terme va sorgir per primer cop a EE.UU. al 1985 amb Ronald R. Mace. Aquesta filosofia consisteix en la percepció i la creació d'entorns, productes, tecnologies i serveis de manera que puguin ser utilitzats per el major nombre de persones, sense tenir una necessitat d'adaptacions o solucions específiques. Els principis d'aquesta filosofia faciliten el sentir-se segur i lliure, entendre la informació i el que ocorre al nostre entorn, saber a on estàs i sentir-te a gust i celebrar el que un pot fer i no el que no pot fer.

Per tant, el que es vol aconseguir amb aquesta filosofia, és dissenyar amb criteris d'accessibilitat, qualitat i sostenibilitat, un entorn apta per a la persona major dependent ja sigui a la seva vivenda o a llocs públics.

Si aconseguim aquest entorn adequat, la persona major dependent podrà optar a una major autonomia (12) i per tant, minvarà la càrrega de treball del cuidador, provocant així que l'estrès al qual està sotmès i les altres conseqüències psicològiques negatives que pugui tenir, com la depressió, disminueixin.

Grups d'ajuda mútua o d'autoajuda

Els grups d'autoajuda són un conjunt de cuidadors, organitzats per un professional o per un altre cuidador, on es comparteixen experiències i consells. Les sessions d'aquests no estan estructurades.

En aquests grups d'ajuda, els cuidadors intercanvien informació i ajuden a trobar solucions pràctiques als problemes que es van exposant. A més, tots els membres del grup ofereixen i reben comprensió i ajuda de persones que s'enfronten a problemes similars. La relació amb altres cuidadors pot ser molt útil per alleujar la sobrecàrrega emocional i física, és a dir, pot reduir, en gran part, l'estrès acumulat i disminuir els efectes depressors del cuidar.

Aquests grups d'ajuda es poden trobar per mitjà dels hospitals, els programes de salut mental i les organitzacions d'ajudes com els Centres de Recursos pels Cuidadors. També hi ha grups d'ajuda a Internet als quals poden participar els cuidadors que tenen accés a ordenadors.

Per tant, tenint en compte que els cuidadors es senten segurs parlant amb algú que està en la mateixa situació i que compren el que està passant, el grup d'ajuda és un mètode eficaç per alliberar-se d'aquells aspectes que li creen tensió i d'aquesta manera reduir l'estrès.

Intervencions educatives

L'educació sanitària és una part integral del rol de la infermera. Aquesta s'encarrega de la prevenció, l'educació i l'ajuda.

Una bona educació millora la qualitat de vida, mentre que la falta d'informació produeix un efecte negatiu en la salut del cuidador. Per això, una de les metes dels professionals d'infermeria en pacients amb patologies cròniques i dependents és aconseguir que ells, les seves famílies i els cuidadors tinguin un nivell adequat de coneixements sobre la malaltia i els seus cuidats.

Els programes educatius, per incloure tots aquells aspectes que el cuidador necessita saber per realitzar uns cuidats adequats i obtenir efectes positius, hauria de fer referència als seus sentiments i al maneig de les emocions, a tècniques de comunicació, a temes com la pèrdua i el final de la vida, a l'estrès que pot experimentar, com cuidar-se a ell mateix, de quins recursos socials disposa i, un dels temes més importants, com cuidar a la persona dependent. Si els cuidadors no professionals saben fer front a tot el contingut esmentat i tenen informació sobre la patologia de la persona major i seus cuidats veuran facilitada la seva tasca. Per tant, hi haurà una reducció de la càrrega del cuidador i consegüentment, una disminució de l'estrès al qual està sotmès(26).

A més, tenir informació sobre el maneig de les emocions i sobre les distintes situacions que es pot trobar l'ajudaran a fer front a tots aquells efectes negatius que puguin afectar a la seva salut mental com la depressió.

Alguns articles també corroboren que els programes educatius incideixen positivament en la reducció de la càrrega a la qual estan sotmesos els cuidadors. Però de la mateixa forma, asseguren que no existeix evidència estadística suficient per admetre que el programa educatiu millori l'estat de depressió dels cuidadors(32).

Intervencions psicoeducatives

Els programes psicoeducatius destinats als cuidadors informals estan dirigits per diferents professionals, on s'inclouen els professionals de infermeria. Són els programes més investigats i els que es duen més a terme.

Aquests programes poden ser individuals o grupals, estan prèviament estructurats i és on el cuidador rep els coneixements per dur a terme la seva tasca, on enforceixen el seu valor i la seva paciència. A més, estan destinats a entrenar les habilitats o estratègies de cuidar per millorar la situació de cada cuidador, és a dir, a desenvolupar el potencial de la persona que assumeix el rol de cuidador principal per poder millorar la seva qualitat de vida(34).

Es poden programar distintes intervencions psicoeducatives. Una de les més estudiades és el programa d'intervenció basat en l'estratègia de solució de problemes. Amb aquests programes s'entrenen les habilitats per fomentar l'autonomia i controlar els comportaments problemàtics de la persona dependent.

A més, a aquests programes s'ensenya a definir i identificar aquests problemes, cercar possibles solucions i dur-les a terme, valorar els resultats i, en cas de que els resultats no fossin els esperats, poder modificar les estratègies per optimitzar-los.

Vázquez F.L., Otero P., et al.(14) realitzen un programa basat en la solució de problemes per la prevenció de la depressió en cuidadors informals de persones majors dependents. Comprovaren la simptomatologia depressiva de cada cuidador abans de que aquests realitzessin el programa. Un cop duit a terme les intervencions psicoeducatives van fer una valoració final de la simptomatologia depressiva i demostraren que aquesta havia disminuït significativament. També comprovaren que els cuidadors que havien duit a terme el programa havien reduït el risc de patir una depressió clínica.

Deixant de banda els programes de solució de problemes, cal destacar la importància que donen Losada-Baltar A., Izal-Fernández de Trocóniz M., et al,(17) en el seu article als continguts dels programes psicoeducatius. L'article compara els programes de solució de problemes i els cognitius-conductuals. Segons el seus resultats, el primer programa presenta uns resultats significatius de la reducció de la depressió però no en els resultats de la disminució de l'estrès, en canvi, el segon assegura que si el cuidador segueix el programa veurà disminuït l'estrès que el cuidar li causa, però la seva simptomatologia depressiva no tindrà canvis significatius.

Espín Andrade A.M.(18) amb el seu estudi refereix que després de seguir el programa hi ha canvis positius en la psicologia del cuidador però, en canvi, no hi ha signes de millora en l'àmbit socioeconòmic.

Per tant, la infermera com educadora sanitària juga un paper molt important perquè el cuidador no professional descobreixi la seva experiència i l'analitzi, perquè identifiqui el seu potencial i les seves limitacions i perquè s'adoni de quin és el seu rol i de quina satisfacció li proporciona dur-lo a terme.

Intervencions basades en les noves tecnologies

Amb aquest tipus d'intervenció els cuidadors reben atenció o formació a través de noves tecnologies. Aquests poden rebre un entrenament a través de l'ordinador o poden disposar d'ajuda telefònica, és a dir, els cuidadors formen part d'un grup assistencial on el seguiment es fa per via telefònica.

Girbau Garcia M. R., Galimany Masclans J., Salas Miravittles K.(33), han realitzat un estudi on exposen els diferents tipus d'assistència per via telemàtica. Amb l'article asseguren que, a causa de la nova realitat assistencial, cal cercar estratègies que facilitin una major capacitat de gestió i d'organització del temps. Els professionals d'infermeria proposen la introducció de noves tecnologies d'informació i comunicació (TIC) per proveir de serveis sanitaris a la població. Hi ha diferents tipus de serveis. Un d'ells és la "teleenfermeria" que consisteix en donar serveis assistencials a distància a pacient que per exemple, tenen problemes de mobilitat o a cuidadors, o realitzar una educació sanitària a pacients i cuidadors que es troben al seu domicili per via telemàtica.

Un altre exemple d'aquests serveis seria la "telesalut" que consisteix en fer ús dels mitjans de comunicació i de les tecnologies d'informació per dur els serveis de salut i la informació a curta i a llarga distància. És una de les innovacions en telecomunicacions més recents.

L'assistència per via telemàtica es considera un element de seguretat i de tranquil·litat per les persones que es poden trobar en situacions de risc ja sigui per l'edat com per la dependència. A més, les TIC ofereixen la possibilitat de dur els recursos assistencials als ciutadans de difícil accés territorial amb un cost sostenible i a temps real.

Per tant, aquest servei dona una gran seguretat pel cuidador ja que té assistència a distància en qualsevol moment i pot rebre educació i informació sobre els cuidats de la persona dependent.

Si augmenta la seva seguretat, l'estrès disminuirà i l'impacte psicològic negatiu podrà reduir-se mitjançant la informació i l'educació.

Intervencions multimodals

Les intervencions multimodals consisteixen en l'aplicació de distints tipus de programes de continguts diversos. Els cuidadors reben més d'un tipus d'intervenció. Per exemple poden estar a un centre de dia, tenir serveis assistencials a domicili i tenir intervencions psicoeducatives al mateix temps. Segons alguns articles (30), aquesta intervenció multidisciplinària pot ajudar a millorar la qualitat de vida del cuidador i per tant, eliminar signes depressius i minvar l'estrès.

Miscel·lànies

Aquestes intervencions consisteixen en què els cuidadors reben informació sobre múltiples habilitats en un interval temporal escàs.

Les intervencions poden tenir efectes positius ja que exposen molta informació que el cuidador necessita saber, però s'ha de tenir en compte que els cuidadors disposen de poc temps per la gran càrrega de treball que suporten i que molts d'aquests continguts poden no quedar ben assolits.

Alguns articles corroboren que la incorporació de tanta informació, és a dir, l'excés de contingut dificulta l'aprenentatge efectiu de les habilitats i la seva consolidació(29).

Per tant, la infermera que participa en aquests tipus d'intervencions s'ha d'assegurar que els continguts donats s'han assolit correctament. A més, s'ha d'adonar de si ha de reduir el contingut o augmentar el temps de la intervenció.

Un cop els continguts s'hagin assolit correctament, el cuidador tindrà més habilitats per fer front a les situacions complicades que se vagin presentant a la seva vida.

Altres tipus d'ajudes

Per acabar, hi ha altres opcions que poden ajudar als cuidadors. El paper de la infermera no cobra tanta importància ja que la seva tasca seria d'informar de les possibles ajudes de les quals poden disposar els cuidadors no professionals. Algunes d'aquestes serien les ajudes econòmiques o algunes lleis com la "Llei de l'Autonomia Personal i la Dependència" (efectiva des de 1-1-2007) que ja he esmentat abans.

Si el cuidador disposa d'ajudes econòmiques podrà accedir a més recursos i per tant, l'estrès de la falta d'ingressos econòmics disminuirà.

CONCLUSIONS

Per tant, la recerca bibliogràfica permet concloure que si es té en compte els tipus de població que hi ha Espanya, una població envellida, i els diferents canvis socials que està sofrint, la importància de la presència del cuidador està justificada. D'igual forma, està justificat l'increment de recursos destinats a cuidadors no professionals o familiars per millorar la seva qualitat de vida ja que la tasca de cuidar no és feina fàcil. Cuidar d'una persona dependent pot provocar-te efectes positius com la satisfacció, però també pot provocar-te efectes negatius com l'estrès per sobrecàrrega i la depressió.

Per tant, per recolzar i reforçar l'ajuda que donen els cuidadors a l'atenció formal de l'Estat, es veuen obligats a dur a terme distints programes d'intervenció que millorin la qualitat de vida del cuidador i, consegüentment, millorin els cuidats que reben les persones majors dependents.

Tot i així, no tots aquests programes assegurin una millora significativa en les conseqüències negatives esmentades abans, estrès i depressió. Alguns d'ells només disminueixen la sobrecàrrega del cuidador però no obtenen els resultats esperats en el trastorn depressiu, com per exemple, les intervencions educatives. D'altres si que inclouen dins els resultats positius tan l'estrès com la depressió, com per exemple els programes psicoeducatius.

Per acabar, cal fer una reflexió. El programa més eficaç és la intervenció multidisciplinària que contempla el conjunt del cuidador i que s'adapta a cada un d'ells. Per tant, els estudis haurien d'anar encaminats a ser eficaços en tots els aspectes bio-psico-socials i econòmics dels cuidadors. D'aquesta manera es milloraria la seva qualitat de vida i la tasca que realitzen.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Agulló, Silveria M^a, Saiz, Rosana, Agulló, Esteban. ¿Cómo evaluar los programas destinados a cuidadores de mayores? Depart. Ciencia, Política y Sociología. 2012.
- 2- Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R, Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Aten Primaria 2004; 33:61-68.(2)
- 3-ALVAREZ, Lourdes; GONZALEZ, Ana María y MUNOZ, Pedro. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. Gac Sanit [online]. 2008, vol.22, n.6, pp. 618-619. ISSN 0213-9111. (3)
- 4-BARRERA ORTIZ, Lucy; PINTO AFANADOR, Natividad e SANCHEZ HERRERA, Beatriz. "Cuidando a los Cuidadores": Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. Index Enferm [online]. 2006, vol.15, n.52-53, pp. 54-58. ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000100012>.
- 5-Bermejo García L. Promoción del envejecimiento activo. Reflexiones para el desarrollo del programa de preparación y de adaptación a la jubilación. Ed. Médica Panamericana, 2010; 65-85.
- 6-Cerquera Córdoba AM, Pabón Poches DK, Uribe Báez DM. Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psicología desde el Caribe 2012;29:360-384. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21324851006>.
- 7- Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de mayores dependientes: Presentación del programa "Como mantener su bienestar", 2007
- 8-CUESTA BENJUMEA, Carmen de la. Aliviar el peso del cuidado familiar: Una revisión de la bibliografía. Index Enferm [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 261-265. ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000400009>.
- 9- Departaments d'Acció Social i Ciutadania II. Col·lecció: Papers d'acció social. Bases per al suport als cuidadors i les cuidadores no professionals. 2008.
- 10-Escuredo B. Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. Reis. UAB. 65-89.
- 11- ESPIN ANDRADE, Ana Margarita. "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Pública[online]. 2009, vol.35, n.2, pp. 0-0. ISSN 0864-3466.
- 12 -FERNANDEZ BRANAS, Sonia; ALMUINA GUEMES, Marcia; ALONSO CHIL, Oscar y BLANCO MESA, Blanca. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Rev Cubana Hig Epidemiol [online]. 2001, vol.39, n.2, pp. 77-81. ISSN 1561-3003.

- 13-** FERNANDEZ-LANSAC, Violeta e CRESPO L., María. Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud* [online]. 2011, vol.22, n.1, pp. 21-40. ISSN 1130-5274.
- 14-** Gallart Fernández A. Factores de riesgo del cansancio del cuidador formal no profesional inmigrante en Barcelona. *Rev. Adm. Sanit.* 2004; 2(2): 299-316.
- 15-** GARCIA-CALVENTE, María del Mar; MATEO-RODRIGUEZ, Inmaculada e MAROTO-NAVARRO, Gracia. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*[online]. 2004, vol.18, suppl.2, pp. 83-92. ISSN 0213-9111.
- 16-** Girbau Garcia M.R., Galimany Masclans J, Salas Miratvilles k. Cuidados de enfermería y las de la información. *60 Nursing*.2010; (28)1.
- 17-** Guerrero Caballero L., Ramos Blanes R, Alcolado Aranda A., López Dolcet J., Pons La Laguna J.L., Quesada Sabaté M. Programa de Intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. *Gac Sanit.* 2008; 22(5): 457-460.
- 18-** Iruzubieta Barragán F.J. [Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo](#) / coord. por [Joaquín Giró Miranda](#), 2006, ISBN 84-96487-11-3, págs. 211-230.
- 19 -**Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. Mujeres y Hombres ante el Cuidado Informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2009; 27(1): 50-55.
- 20-** LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- 21-** López Martínez J (2005). Entrenamiento en manejo de estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- 22-** Losada Baltar A., Izal Fernández de Trocóniz M., Montorio Cerrato I., Márquez González M., Perez Rojo G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Rev Neurol.* 2004; 38:701-708.
- 23-**MARTINEZ CEPERO, Félix E.. Recuperación de la salud del cuidador principal, en proyecto sociocultural "Quisicubana": Los Sitios, Centro Habana. *Enferm. glob.* [online]. 2012, vol.11, n.25, pp. 92-103. ISSN 1695-6141. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100006>.
- 24-** Murillo de la Vega S (2000). La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. *Política y Sociedad*, 35; 73-80.
- 25-**PEREZ MARTINEZ, Víctor T. y DE LA VEGA PAZITKOVA, Tatiana. Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico "Ana Betancourt". *Rev Cubana Med Gen Integr*[online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 0-0. ISSN 1561-3038.

26- RODRIGUEZ GARCIA, M.J. et al. Una guía clara, aplicable, recomendable y que se cumple. *Enferm. glob.* [online]. 2012, vol.11, n.26, pp. 227-236. ISSN 1695-6141. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200014>.

27- RODRIGUEZ-PORRERO MIRET, Cristina. Experiencias en la intervención con el entorno facilitador de la autonomía personal. *Intervención Psicosocial* [online]. 2007, vol.16, n.2, pp. 261-268. ISSN 1132-0559. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-05592007000200008>.

28- Rogero-García Jesús. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index Enferm* [periódico na Internet]. 2010 Mar [citado 2013 Mayo 22]; 19(1): 47-50. Disponible em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000100010>

29- Silva MJ, Braga Marques M, Silva Bruno CT. Evaluación de la presencia del síndrome de burnout en cuidadores de ancianos: EG. 2009.

30- TORRES EGEA, M^a Pilar; BALLESTEROS PEREZ, Esperanza y SANCHEZ CASTILLO, Pablo David. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos* [online]. 2008, vol.19, n.1, pp. 9-15. ISSN 1134-928X. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2008000100002>.

31- Vázquez F, Otero P, López M, Blanco V, Torres A. UN programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de pacientes con demencia: un estudio piloto. *Clínica y Salud*. 2010; 21(1): 59-76.

32- Vázquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de persona ancianas: una perspectiva cultural. *Rev. Salud pública*. 2011; 13(\$): 610-619.

33- VILLAREJO AGUILAR, L.; ZAMORA PENA, M.A. e CASADO PONCE, G.. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enferm. glob.* [online]. 2012, vol.11, n.27, pp. 159-164. ISSN 1695-6141. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300009>

ANNEXE 1

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

ANNEXE 2

Escala de depressió de Hamilton

0. No, nunca

1. Algunas veces, 1 vez por semana

2. Bastantes veces, mas de 4 días por semana

3. Casi todos los días, 6 días a la semana

4. Siempre

	Que has experimentado, en forma casi diaria, durante el último mes?:	N	A	B	C	S
1	Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, nauseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).					
14	Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Interpretación:

Se suman todos los puntos para obtener la puntuación global. La suma total proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro.

Si tu puntaje total está entre 0-7 tu estado es normal.

Si tu puntaje total está entre 8-12 podría tener depresión menor.

Si tu puntaje total está entre 18-29 presentas los síntomas de depresión mayor.

Si tu puntaje total está entre 30-52 tienes más que depresión mayor. Busca ayuda con tu psicólogo o psiquiatra.

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

SUBESCALA 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? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (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 usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.