



**Universidad Pública de Navarra**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Grado en Enfermería**

**Curso 2017-2018**



ANCIANOS  
INCLUIDOS EN UN  
PROGRAMA DE  
RECUPERACIÓN  
FUNCIONAL

PLAN DE FORMACIÓN PARA  
CUIDADORES PRINCIPALES  
DE PACIENTES GERIÁTRICOS

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**MAYO 2018**

**Autora: Ane Cascante San Martín**

**Director: Tomás Belzunegui Otano**

**Asesor externo: Sergio Ladrón Arana**

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

### Resumen

**INTRODUCCIÓN:** Los ancianos son una población vulnerable, que además de desarrollar los cambios propios del envejecimiento sufren afecciones agudas que con frecuencia requieren ingreso hospitalario. El ingreso puede desencadenar mayores resultados negativos en salud como, pérdida funcional y cognitiva, fragilidad, incremento de la morbimortalidad etc. Este hecho repercute en la calidad de vida del paciente y de los cuidadores principales responsables, haciendo necesaria una evaluación integral completa en la atención a ambos. **OBJETIVOS:** El objetivo principal de este proyecto es diseñar una intervención grupal de educación para la salud para los cuidadores de adultos mayores de 75 años hospitalizados en la UGA del CHN que participen en el Programa de Recuperación Funcional. **METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica a fin de conocer la situación actual del tema objeto de estudio e indagar en las alternativas y propuestas que ofrece la literatura científica. **RESULTADOS:** Se seleccionaron 18 estudios. Grupo A: acerca del anciano, el ejercicio físico y lo relacionado con éste. Grupo B: sobre el cuidador informal, la sobrecarga de trabajo y el síndrome de Burnout. **CONCLUSIONES:** La revisión bibliográfica ha puesto de manifiesto la diversidad metodológica y falta de unificación de criterios de los estudios haciendo más difícil la comparación de los resultados. El ejercicio físico junto con un plan de formación como intervención grupal de educación para la salud a los cuidadores principales puede contribuir a prevenir el burnout aumentando la funcionalidad y la calidad de vida de ambos.

**Palabras clave:** anciano, ejercicio físico, fragilidad, burnout, educación para la salud

**Número de palabras del documento:** 16495 palabras (bibliografía incluida)

## **Abstract**

**INTRODUCTION:** The elderly are a vulnerable population, which in addition to developing the changes of aging, also suffer acute pathological processes that often require hospitalization. Admission may trigger higher negative health outcomes such as functional loss, cognitive impairment, frailty, increased morbidity and mortality, etc. This fact has repercussions on the quality of life of the patient and their main caregivers, making necessary a complete integral evaluation in the attention to both.

**OBJECTIVES:** The main objective of this project is to design a group intervention for health education directed by nursing for caregivers of adults over 75 years of age hospitalized in the UGA of SG\_CHN who participate in the Functional Recovery Program (PRF).

**METHODOLOGY:** A literature review has been carried out in order to know the current situation of the subject of study and investigate the alternatives and proposals offered by the scientific literature.

**RESULTS:** 18 studies were selected. Group A: Relative to physical exercise, mobility, hospitalization and multicomponent exercise training. Group B: About informal caregiver, work overload and Burnout syndrome.

**CONCLUSIONS:** The literature review has shown the methodological diversity and lack of unification of study criteria, making it more difficult to compare the results. Hospitalization may trigger functional decline in the elderly. Physical exercise together with a training plan as a health education intervention for the main caregivers, can contribute to prevent burnout by increasing the functionality and the quality of life of both.

**Key words:** older adults, physical exercise, frailty, burnout, education for health

**Number of words of the document:** 16495 words (bibliography included)

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. MARCO TEORICO .....	1
2.1 El envejecimiento .....	2
2.2 Fragilidad .....	3
2.3 Ejercicio físico y programas de entrenamiento multicomponentes .....	6
2.4 Cuidador principal .....	6
2.5 Síndrome de Burnout .....	7
3. MARCO CONCEPTUAL .....	10
4. ANÁLISIS CONTEXTUAL.....	11
4.1 Enmarque social .....	11
4.2 Enmarque político .....	12
4.3 Enmarque económico.....	13
5. OBJETIVOS.....	15
5.1 Objetivo general.....	15
5.2 Objetivos secundarios .....	15
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
5.1 Fuentes de datos .....	17
6.3 Diagrama de flujo .....	19
7. RESULTADOS .....	20
7.1 Grupo A.....	20
7.2 Grupo B.....	27
8. DISCUSIÓN .....	34
8.1 Matriz DAFO.....	39
9. PROYECCIÓN A FUTURO.....	40
9.1 Hipótesis .....	40
9.2 Pregunta de investigación (PICO) .....	40
9.3 Satisfacción con la atención prestada expresada por el cuidador.....	41
9.4 Percepción de sobrecarga del cuidador.....	41
9.5 Percepción de calidad de vida por parte del cuidador.....	42
10. CONCLUSIÓN .....	43

<b>11. PROPUESTA TEÓRICA.....</b>	<b>45</b>
<b>11.1 Introducción.....</b>	<b>45</b>
<b>11.2 Justificación.....</b>	<b>45</b>
<b>11.3 Objetivos.....</b>	<b>46</b>
11.3.1 Objetivo general .....	46
11.3.2 Objetivos específicos .....	46
<b>11.4 Diseño.....</b>	<b>47</b>
<b>11.5 Población diana.....</b>	<b>47</b>
<b>11.6 Contenidos.....</b>	<b>48</b>
<b>11.7 Metodología.....</b>	<b>49</b>
<b>11.8 Desarrollo de las sesiones.....</b>	<b>51</b>
11.8.1 1º Sesión .....	51
11.8.2 2º Sesión .....	53
11.8.3 3º Sesión .....	54
<b>11.9 Cronograma .....</b>	<b>55</b>
<b>11.10 Lugar.....</b>	<b>56</b>
<b>11.11 Agentes de la salud.....</b>	<b>56</b>
<b>11.12 Recursos.....</b>	<b>56</b>
<b>11.13 Aspectos éticos y legales .....</b>	<b>57</b>
<b>11.14 Programa de recuperación funcional .....</b>	<b>58</b>
11.14.1 Ejercicio físico en adultos mayores .....	58
11.14.2 Tipos de programa de entrenamiento multicomponente.....	60
11.14.3 Ejercicios recomendados para cada nivel funcional .....	61
11.14.4 Control de signos y síntomas de intolerancia al ejercicio.....	61
11.14.5 App para móvil .....	61
<b>11.15 Síndrome de Burnout .....</b>	<b>63</b>
11.15.1 Definición .....	63
11.15.2 Causas.....	63
11.15.3 Aspectos y dimensiones .....	64
11.15.4 Sintomatología .....	64
11.15.5 Estrategias de intervención y afrontamiento.....	65
11.15.6 Técnica de resolución de problemas.....	68
<b>11.16 Autocuidado: cuidar al cuidador .....</b>	<b>70</b>

<b>11.17 Evaluación.....</b>	<b>71</b>
<b>12. AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>74</b>
<b>13. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>75</b>
<b>14. ANEXOS .....</b>	<b>81</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> criterios de selección de la documentación.....	18
<b>Tabla 2:</b> Síntesis del artículo: El ejercicio físico y su efectividad sobre la condición física en personas mayores frágiles.....	20
<b>Tabla 3:</b> Síntesis del artículo: Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada.....	21
<b>Tabla 4:</b> Síntesis del artículo: Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients.....	21
<b>Tabla 5:</b> Síntesis del artículo: Loss off Independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age.....	22
<b>Tabla 6:</b> Síntesis del artículo: The Underrecognized Epidemic of Low Mobility During Hospitalization of Older Adults.....	22
<b>Tabla 7:</b> Síntesis del artículo: Revisión sistemática de literatura. Declinación funcional en ancianos hospitalizados.....	23
<b>Tabla 8:</b> Síntesis del artículo: Impacto de la fragilidad sobre el estado funcional en ancianos hospitalizados.....	23
<b>Tabla 9:</b> Síntesis del artículo: Effectiveness of multimodal training ion functional capacity in frail older people: a meta-analysis of randomized control trials.....	24
<b>Tabla 10:</b> Síntesis del artículo: Role of physical exercise on cognitive function in healthy older adults: A systematic review of randomized clinical trials.....	25
<b>Tabla 11:</b> Síntesis del artículo: Characteristics of Nondisabled Older Patients Developing New Disability Associated with Medical Illnesses and Hospitalization.....	25
<b>Tabla 12:</b> Síntesis del artículo: Effects of different exercise interventios on risk of falls, gait ability and balance in physically frail older adults: A systematic review.....	26
<b>Tabla 13:</b> Síntesis del artículo: Systematic review and meta-analysis of the impact of carer stress on subsequent institucionalization of community-dwelling older people.....	27
<b>Tabla 14:</b> Síntesis del artículo: Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor.....	28
<b>Tabla 15:</b> Síntesis del artículo: Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS.....	29

<b>Tabla 16:</b> Síntesis del artículo: Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto.....	30
<b>Tabla 17:</b> Síntesis del artículo How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis.....	31
<b>Tabla 18:</b> Síntesis del artículo: Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia.....	32
<b>Tabla 19:</b> Síntesis del artículo: Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España.....	33
<b>Tabla 20:</b> Síntesis de la planificación del programa de formación.....	50
<b>Tabla 21:</b> Cronograma de las sesiones del plan de formación.....	55
<b>Tabla 22:</b> Niveles funcionales. Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años.....	60
<b>Tabla 23:</b> Signos y síntomas de intolerancia al ejercicio.....	61
<b>Tabla 24:</b> Signos y síntomas del Burnout.....	64



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Evolución de la población mayor en España, 1900-2065 (porcentaje).....	3
<b>Figura2:</b> Marco conceptual.....	10
<b>Figura 3:</b> Servicios del catálogo de servicios y prestaciones del SAAD.....	12
<b>Figura 4:</b> Prestaciones económicas que ofrece la Ley de Dependencia.....	13
<b>Figura 5:</b> Diagrama de flujo.....	19
<b>Figura 6:</b> Matriz DAFO.....	39
<b>Figura 7:</b> Justificación del plan de formación de manera gráfica.....	46
<b>Figura 8:</b> Ciclo de la fragilidad.....	59
<b>Figura 9:</b> Niveles funcionales.....	60
<b>Figura 10:</b> App Vivifrail.....	62
<b>Figura 11:</b> Fases de la Técnica de Resolución de Problemas.....	69

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1:</b> Perfil del cuidador: cuestionario a rellenar.....	81
<b>Anexo 2:</b> Cuestionario CSQ-8.....	82
<b>Anexo 3:</b> Escala de Zarit.....	84
<b>Anexo 4:</b> Escala EQ-5D.....	86
<b>Anexo 5:</b> Consentimiento informado.....	89

## 1. INTRODUCCIÓN

El Complejo Hospitalario de Navarra dispone de la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA), en la cual un equipo multidisciplinar especializado en geriatría atiende a pacientes geriátricos con patología médica aguda y/o reagudización de enfermedades crónicas con la finalidad de preservar su funcionalidad física y mental. Actualmente, el Servicio de Geriatría del Complejo Hospitalario de Navarra (SG-CHN), desarrolla un proyecto de investigación titulado *“Prevención del deterioro funcional al alta hospitalaria de ancianos mediante prescripción individualizada de ejercicio”*, cuyo objetivo es analizar si existe una reducción del deterioro funcional asociado a una enfermedad médica al alta hospitalaria, mediante un programa de entrenamiento multicomponente en mayores de 75 años. Junto con esta reducción del deterioro funcional, la implementación de un programa educativo que empodere al cuidador, podría revertir el beneficio obtenido en éste.

Los profesionales de geriatría y gerontología deben abordar la problemática de los cuidadores desde un punto de vista multidisciplinario, proporcionando el apoyo e información que precisa, así como facilitando los recursos apropiados a las necesidades del cuidador y del mayor al que cuida. Son los responsables de establecer una relación de confianza, y lo importante para reducir la tensión del cuidador es proporcionarle un marco en el que estén garantizados el desahogo, la empatía y la comprensión. Enfermería juega un papel imprescindible a la hora de enseñar cómo realizar en el domicilio las actividades de rehabilitación funcional prescritas, junto con las actividades de promoción de la salud y prevención de la sobrecarga del cuidador en pacientes geriátricos.

El objetivo de este proyecto es diseñar una intervención grupal de educación para la salud dirigida por enfermería para los cuidadores de adultos mayores de 75 años hospitalizados en la UGA del SG-CHN que participan en el Programa de Recuperación Funcional (PRF).

## 2. MARCO TEORICO

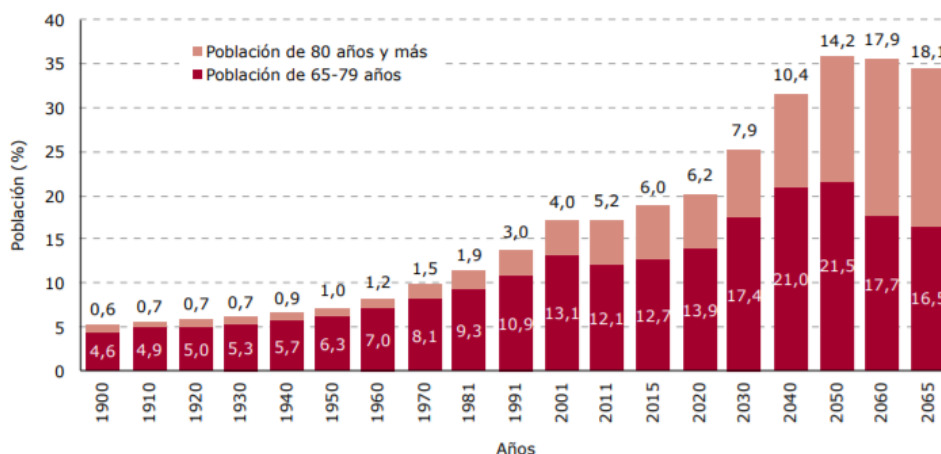
### 2.1 El envejecimiento

Se entiende por envejecimiento de la población el aumento de la proporción de personas mayores con respecto al total de los individuos <sup>(1)</sup>. En los países occidentales, la proporción de la población mayor de 60 años está creciendo cada vez más rápido <sup>(2)</sup>. El aumento de la longevidad, en los países de nuestro entorno, se debe en gran medida al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad y la morbimortalidad <sup>(1)</sup>. Estos patrones descendentes de fertilidad y mortalidad de los dos últimos decenios, han producido cambios significativos en la estructura de edad de la población mundial <sup>(3)</sup>. Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%<sup>(2)</sup>.

En España, al igual que en el resto de países del área meridional europea, el proceso de envejecimiento de la población se inició más tarde, pero con una intensidad superior que en el resto de países de alrededor. La proporción de población de 65 años y más, ha pasado de representar un 11,2% en 1981 a hacerlo con un 17,3% veinte años después y con un 18,7% en 2015. Además, las proyecciones de población calculadas a partir de la población del 1 de enero de 2016 (INE), apuntan a que en las próximas décadas la población de 65 años y más, seguirá aumentando hasta el año 2050<sup>(3)</sup>.

España es uno de los países con una mayor proporción de población mayor a nivel internacional. Según Naciones Unidas (2015), la comparación mundial del proceso de envejecimiento posiciona a España entre los países más envejecidos del planeta (18,8% de población de 65 años y más en 2015, cifra similar a la estimada por el INE: 18,7)<sup>(3)</sup>.

El proceso de envejecimiento, plantea como reto mantener y mejorar la calidad de vida de las personas mayores <sup>(3)</sup>. El principal objetivo del cuidado de las personas ancianas es preservar la habilidad de poder llevar a cabo el autocuidado y las actividades básicas de vida diaria (ABVD), las cuales son fundamentales para mantener la independencia y la calidad de vida de los mismos <sup>(4)</sup>.



**Figura 1:** Evolución de la población mayor en España, 1900-2065 (porcentaje). *Fuente:* Informe 2016: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado <sup>(3)</sup>.

## 2.2 Fragilidad

La dificultad de realizar estas actividades funcionales de vida diaria está relacionada con las variaciones fisiológicas asociadas a la edad. Entre estos cambios propios del envejecimiento, destacan aquellos que por los órganos o sistemas a los que afectan influyen más directamente sobre el funcionamiento global de la persona anciana <sup>(5)</sup>.

La disminución de la masa y de la fuerza muscular, los cambios en los sistemas cardiovascular y respiratorio (los cuales disminuyen la capacidad aeróbica junto con la tolerancia al ejercicio), deterioro en el equilibrio y la marcha y la disminución de la reserva nutricional, son cambios que llevan al anciano a una situación de mayor vulnerabilidad con una menor capacidad de respuesta ante la enfermedad y un mayor riesgo de volverse dependiente. Esta última idea es la que se expresa en el concepto de fragilidad. El término fragilidad aparece en la década de 1980, y desde sus inicios ha sido un concepto difícil de definir, incluso en la actualidad <sup>(5)</sup>.

Según Buchner, la fragilidad se define como el umbral a partir del cual la pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser insuficiente como para mantener la independencia, conllevando el riesgo de perderla. En presencia de enfermedades crónicas o estilos de vida poco saludables, las consecuencias pueden ser aún más pronunciadas <sup>(5)</sup>.

Otras autoras como Fried et al., a partir de cinco criterios clínicos objetivos y subjetivos, define la fragilidad en su etapa clínica inicial como la existencia de tres o más de estas condiciones <sup>(5,6)</sup>.

- Pérdida de peso no intencionada (>4,5 kg/año)
- Debilidad muscular (medida a través de la fuerza de presión)
- Baja resistencia- cansancio
- Lentitud (medida mediante velocidad de la marcha)
- Nivel bajo de actividad física

La fragilidad no puede asumirse como un concepto dicotómico (frágil o no frágil), sino como un proceso de deterioro continuo lineal y progresivo. Al entender la fragilidad como un deterioro continuado, se comprende también que aquellos ancianos que ya son dependientes siguen siendo frágiles, pues siguen teniendo riesgo de empeorar y volverse aún más dependientes <sup>(6)</sup>.

En etapas avanzadas la fragilidad se manifiesta a través del deterioro de sus tres funciones (componente físico, mental y nutricional) en forma de síndromes geriátricos como, deterioro funcional, síndrome de inmovilidad, síndrome de fragilidad, deterioro cognitivo etc. <sup>(1)</sup>. Un 38% de la población envejecida presenta el síndrome de fragilidad, produciendo discapacidades y diferentes consecuencias en su vida social <sup>(4)</sup>. Por consiguiente, la pérdida de independencia en las ABVD, está fuertemente asociada a la institucionalización, la pérdida de funcionalidad e incluso la muerte <sup>(1,4,5)</sup>.

La mayoría de los modelos fisiopatológicos propuestos considera la sarcopenia (pérdida de masa y fuerza muscular) como elemento clave para el desarrollo de la fragilidad. Además de las modificaciones del tejido muscular asociadas al envejecimiento, en su etiología hay factores implicados como la disminución de la actividad física y los trastornos nutricionales. La sarcopenia, con el consiguiente cambio en la composición corporal, tiene unas consecuencias funcionales, principalmente pérdida de la movilidad, alteración de la velocidad de la marcha y

predisposición a caídas <sup>(1)</sup>. El mantenimiento de hábitos saludables, en particular llevar una dieta equilibrada y realizar una actividad física periódica, contribuye al mantenimiento de la masa muscular y pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad <sup>(2)</sup>.

Este grupo de población, requiere con frecuencia ingreso hospitalario y además del efecto discapacitante del evento agudo que puedan padecer o las características propias del anciano, el ingreso *per se* representa un estresor adicional. Junto con los tratamientos médicos, el ambiente y las rutinas del cuidado hospitalario, podrían conllevar a un riesgo ambiental, reducción de la ingesta calórica, baja actividad física o reposo absoluto <sup>(7)</sup>.

El modelo clásico de atención médica basado únicamente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sólo controla la enfermedad en su fase aguda, pero no interviene directamente sobre las repercusiones que ésta tiene sobre las capacidades físicas, mentales y nutricionales del anciano <sup>(1)</sup>.

Por ello, siendo la función el bien supremo que se debe conservar en la atención a los ancianos, la mejor estrategia es evitar su pérdida y no intentar recuperarla una vez perdida. Es decir, la manera de abordar al enfermo geriátrico debería de poner énfasis en la recuperación de la función perdida y a actuar principalmente sobre la prevención del deterioro de la función. El patrón de actuación en medicina geriátrica debe de pasar de ser medicina geriátrica protésica a una medicina geriátrica ortésica y preventiva <sup>(1)</sup>.

La evaluación completa de un paciente anciano enfermo debe incluir, por una parte, la valoración de la enfermedad principal y de la comorbilidad que le acompaña y, por otra, la valoración de la fragilidad, la cual puede estar aún más deteriorada por las propias afecciones de su salud. Se establece entonces una compleja interrelación entre los signos y síntomas de la enfermedad base y las manifestaciones de la fragilidad, la cual crea una consecuente repercusión en la calidad de vida tanto de los pacientes como de los cuidadores informales, entorno social y familiar <sup>(1)</sup>.

### 2.3 Ejercicio físico y programas de entrenamiento multicomponentes

Los principales eventos adversos de la fragilidad son el deterioro funcional, la discapacidad y la dependencia. La práctica regular de ejercicio físico se asocia con una disminución del riesgo de discapacidad para ABVD. Uno de los factores que explican la reducción de la fuerza y masa muscular asociada al envejecimiento, es la reducción de la cantidad y calidad de la actividad física diaria. Por tanto, la continuidad del ejercicio es de vital importancia para el mantenimiento de la funcionalidad del anciano <sup>(8)</sup>.

Los beneficios del ejercicio físico en el envejecimiento y específicamente en la fragilidad han sido objeto de reciente investigación científica <sup>(9,10)</sup>. Así, se ha comprobado como una actividad física incrementada en el anciano se ha asociado con una disminución del riesgo de mortalidad, del riesgo de enfermedades crónicas prevalentes en el envejecimiento, riesgo de caídas (cardiovasculares, osteoarticulares, neurodegenerativas...), institucionalización y deterioro funcional y cognitivo <sup>(8)</sup>.

Existen programas que reúnen de manera conjunta ejercicios de resistencia, flexibilidad, equilibrio y fuerza con el fin de mejorar la condición física global y el estado de salud global de los ancianos. Estos programas son denominados programas de ejercicios multicomponentes <sup>(8)</sup>.

### 2.4 Cuidador principal

Los cuidadores responsables de los ancianos, son el principal apoyo del mantenimiento en su comunidad de residencia y demoran o evitan el ingreso de los mayores en instituciones. Los cuidan. Aunque la pregunta “¿Qué es cuidar?” parezca trivial, la realidad es que la respuesta a la misma incluye una serie de facetas no siempre bien conocidas <sup>(1)</sup>.

Cuidar es prestar a una persona el soporte necesario para la realización de sus actividades de la vida cotidiana y cubrir sus necesidades sanitarias. La necesidad de cuidado se produce, por tanto, cuando la persona por sí misma no puede hacerse cargo de esos aspectos de su vida, habitualmente a causa de una enfermedad y una



discapacidad funcional o psíquica secundaria necesitando de otro u otros para hacerlo <sup>(1)</sup>.

Éste suele ser el caso de muchas personas mayores. En muchas ocasiones el cuidado de un anciano dependiente es una labor que se mantiene a lo largo del tiempo y cada día la intensidad de cuidado necesario es mayor, dado que el grado de dependencia puede aumentar con el tiempo <sup>(1)</sup>.

En función de estas circunstancias y de otras muchas, la tarea de cuidar a un anciano dependiente puede ser un acto arduo y complicado, pero a la vez una actividad realmente gratificante, ya sea por la implicación afectiva y emocional que une al cuidador con la persona cuidada o por la satisfacción personal que genera la consecución de pequeños o grandes logros en el día a día <sup>(1)</sup>.

La figura del cuidador es muy importante, ya que es quien va a llevar a cabo todas estas funciones y de quien en mayor medida va a depender el anciano objeto de los cuidados.

Se suele distinguir entre dos tipos fundamentales de cuidadores: el cuidador formal (profesional) y el cuidador informal. Este último, sería aquel que por determinadas circunstancias, se ve en la necesidad de hacerse cargo de una persona que ya no puede valerse por sí misma, sin tener en principio formación profesional acerca del cuidado y sin recibir remuneración alguna por ello. Estas distinciones conllevan a que en ocasiones se infravalore la labor del cuidador informal, que estadísticamente hablando, es quien lleva en su mayor parte la carga del cuidado de las personas mayores en España (el 85% de los cuidadores son familiares) <sup>(1)</sup>.

## 2.5 Síndrome de Burnout

Cuando una persona asume el papel de cuidador contrae una gran carga tanto física como emocional, debido a que asume la responsabilidad de la vida del paciente en sus diferentes aspectos. El cuidador va perdiendo poco a poco su independencia ante la progresiva demanda de cuidados, y sin apoyo puede terminar desatendiéndose a sí mismo y sufriendo una carga de trabajo. Se denomina *carga* al conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores y

que pueden afectar a sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional <sup>(1)</sup>.

La mayoría de los autores diferencian dos tipos de sobrecarga: la subjetiva y la objetiva. La primera se relaciona con los sentimientos provocados por la relación de cuidado y las demandas del enfermo. El instrumento de valoración más conocido y utilizado en España es *la Escala de sobrecarga del cuidador* de Zarit <sup>(11)</sup>. Cuando esta carga perdura en el tiempo y las consecuencias comienzan a afectar a la calidad de vida del cuidador, se habla del Síndrome de Burnout <sup>(1)</sup>.

Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por el psiquiatra Freudenberger, el cual observó que los trabajadores voluntarios al cabo de un tiempo, sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en el trabajo <sup>(12)</sup>.

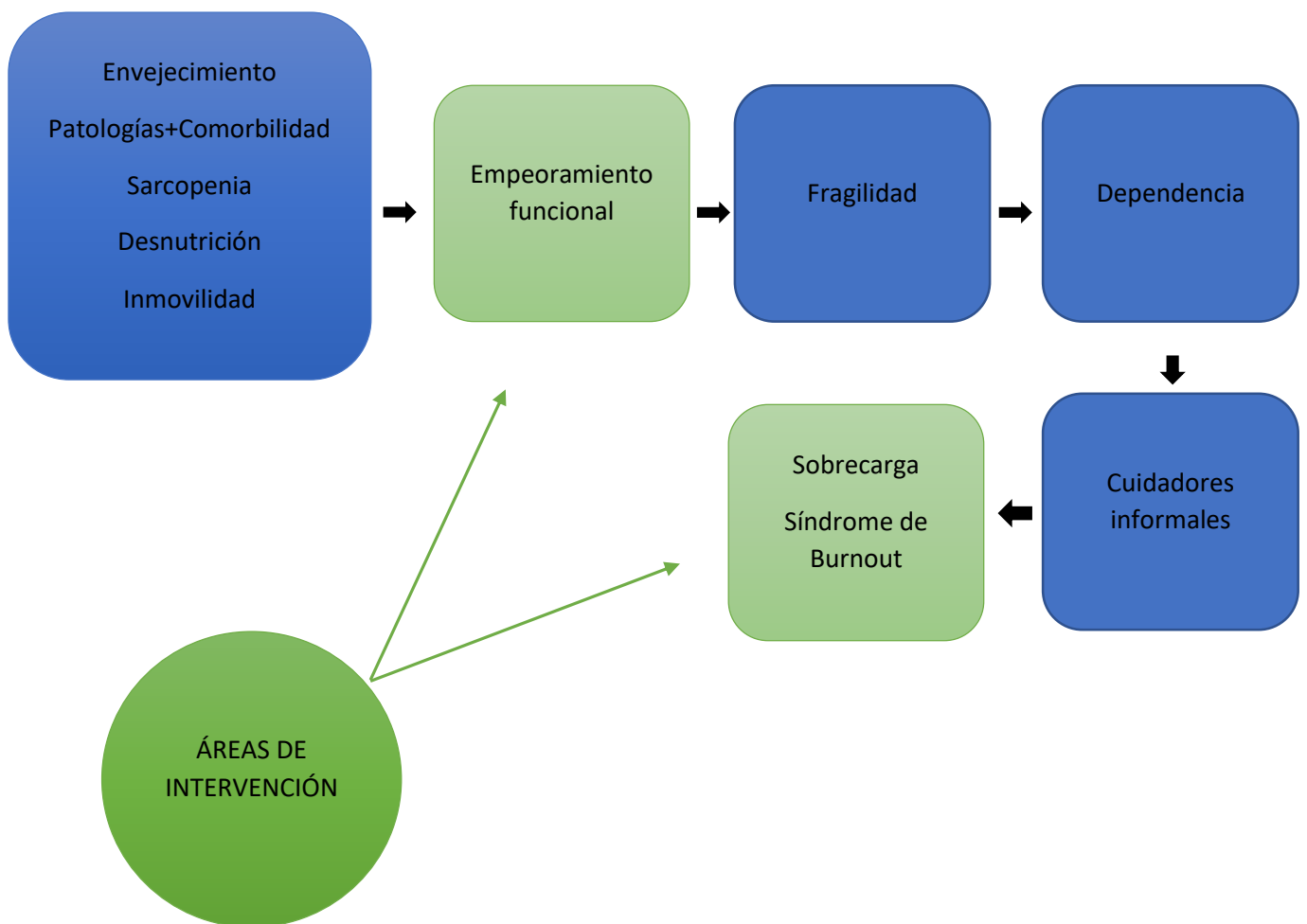
La psicóloga Christina Maslach, utilizó por primera vez el término Síndrome de Burnout (S.B) para expresar el sufrimiento personal derivado del desgaste emocional en el trabajo directo con personas, sobre todo en situaciones de enfermedad o desamparo. Esta expresión ha tenido tanta fortuna, que ha pasado a ser un cajón de sastre donde incluir cualquier desajuste sociolaboral. Para esta psicóloga, son las inadecuadas demandas emocionales auto y heteroimpuestas, imposibles de satisfacer, las que producen la vivencia de malestar subjetivo y de aislamiento social <sup>(12)</sup>.

La definición más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1981. Se trata de un *“síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”*. Incluye 1) *Agotamiento emocional*, referente a la disminución y pérdida de recursos emocionales; 2) *Despersonalización*, que consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del cuidado prestado; 3) *Falta de realización personal*, con tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insatisfacción y baja autoestima personal <sup>(12)</sup>.

A pesar de la existencia de múltiples y variadas descripciones, en síntesis, el Síndrome de Burnout se caracteriza por cinco factores comunes a todas las definiciones presentadas. A saber:

- 1) Conducta anormal del rol profesional con despersonalización en la relación y mala comunicación con el enfermo y conflictos de relación con el entorno.
- 2) Síntomas disfóricos, sobre todo de malestar y agotamiento emocional.
- 3) Síntomas físicos de estrés, como cansancio, cefaleas y palpitaciones, asociados al afrontamiento disfuncional de las demandas.
- 4) Disminución del rendimiento laboral por desmotivación y pérdida de interés.
- 5) La inadecuada adaptación al trabajo produce vivencias de baja realización y pérdida de autoestima personal <sup>(12)</sup>.

### 3. MARCO CONCEPTUAL



**Figura 2:** Marco conceptual. *Fuente:* elaboración propia

## 4. ANÁLISIS CONTEXTUAL

### 4.1 Enmarque social

La atención a la dependencia de personas mayores se está configurando como una de las necesidades sociales emergentes más característica de nuestro tiempo. La combinación de factores demográficos y sociales está produciendo un notable aumento en el número de dependientes, entendiendo por “dependientes” aquellas personas que presentan una pérdida más o menos importante de su autonomía funcional en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y, por lo tanto, necesitan de la ayuda de otras para poder desenvolverse <sup>(13)</sup>.

En Navarra, desde finales de 2006, ya se puso en marcha el sistema para aplicar la atención a la dependencia y se desarrollaron los instrumentos, ya en vigor, para desarrollarla: la **Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General** y el **Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra** <sup>(13,14,15)</sup>.

En Navarra la atención a las personas en situación de dependencia se lleva a cabo de acuerdo con lo dispuesto en la **Ley de Dependencia** <sup>(16)</sup> y en la **Cartera de Servicios Sociales** <sup>(14)</sup> que recogen el catálogo de servicios y ayudas económicas a los que, según el grado de dependencia, se tiene derecho <sup>(17)</sup>.

El catálogo de servicios y prestaciones de atención a personas en situación de dependencia permite cubrir gran parte de las tareas que los cuidadores familiares realizan. Esto no significa que los cuidadores no profesionales que desean atender a sus familiares tengan que dejar de hacerlo, pero pueden acceder a alguno de estos servicios y prestaciones si así se determina en la valoración como dependiente y en el Programa Individual de Atención (PIA) <sup>(17)</sup>.

## CATÁLOGO DE SERVICIOS Y PRESTACIONES DEL SAAD

### (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia)

- Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal.
- Teleasistencia.
- Ayuda a domicilio.
- Centros de día/noche.
- Atención residencial.
- Prestación económica vinculada al servicio.
- Prestación económica de asistencia personal.
- Prestación económica de cuidados familiares <sup>(17)</sup>.



**Figura 3:** Servicios del catálogo de servicios y prestaciones del SAAD.  
*Fuente:* Fundación Caser <sup>(17)</sup>

### 4.2 Enmarque político

En Navarra, el sistema de protección y atención a la dependencia se nutre de dos ambiciosas normas que sustentan el actual sistema <sup>(13)</sup>: **La Ley foral 15/2006 de Servicios Sociales** <sup>(18)</sup> y **La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia** <sup>(16)</sup>.

Navarra, en ejercicio de sus competencias exclusivas en materia de servicios sociales, aprobó la **Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales** <sup>(18)</sup> (en adelante Ley Foral de Servicios Sociales), primera ley de cuarta generación que establece el derecho subjetivo de las personas dependientes (y otros grupos de población) a los servicios sociales <sup>(13)</sup>.

De este modo, Navarra fue la primera comunidad en pasar de un sistema social asistencialista, en el que la atención dependía de la consignación presupuestaria, a un sistema de garantía de derechos, en el que se estableció de forma clara los derechos y las condiciones para estos colectivos y las obligaciones que asumía el Gobierno de Navarra <sup>(13)</sup>.

La necesidad de contar con un sistema integrado que garantice a los ciudadanos un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia, adaptado al actual modelo de sociedad, ha dado lugar a la **Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia** <sup>(16)</sup>. Se aprobó en el ámbito estatal para regular el derecho de las personas dependientes a ser atendidas, lo que ocasionó que se integraran sus principios en la norma foral <sup>(17)</sup>.

El objeto de la Ley de Dependencia es reconocer un nuevo derecho de ciudadanía en España:

*"El derecho a la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas dependientes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia SAAD* <sup>(17)</sup>.

Disponible en: [Ley de dependencia.pdf](#) <sup>(16)</sup>

### 4.3 Enmarque económico

Los servicios tienen carácter prioritario y se prestan a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales de las diferentes comunidades autónomas, mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados <sup>(17)</sup>.

Si la red pública no dispone del servicio que le corresponde, el dependiente tendrá derecho a una prestación económica vinculada al servicio para que pueda contratarlo en el mercado privado <sup>(17)</sup>.

Las prestaciones económicas que ofrece el catálogo de servicios y prestaciones de la Ley de Dependencia son:

1. Prestación económica vinculada al servicio
2. Prestación económica de asistencia personal
3. **Prestación económica para cuidadores en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales** <sup>(17)</sup>.



**Figura 4:** Prestaciones económicas que ofrece la Ley de Dependencia. Fuente: Fundación Caser <sup>(17)</sup>

**Prestación económica para cuidadores en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales:**

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales se reconoce, excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su cónyuge o sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco, y lo hayan hecho durante el periodo previo de un año a la fecha de presentación de la solicitud, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda, y así lo establezca su Programa Individual de Atención <sup>(17)</sup>.

Para poder consultar información de la dependencia en Navarra, se adjunta un link:

<https://www.fundacioncaser.org/autonomia/navarra>



## 5. OBJETIVOS

### 5.1 Objetivo general

Diseñar una intervención grupal de educación para la salud dirigida por enfermería para los cuidadores de adultos mayores de 75 años hospitalizados en la UGA del SG-CHN que participen en el Programa de Recuperación Funcional (PRF).

### 5.2 Objetivos secundarios

1. Realizar una revisión bibliográfica y lectura crítica actualizada sobre la pérdida de funcionalidad en ancianos hospitalizados y los cuidadores informales.
2. Justificar la importancia de la educación sobre ejercicio físico, prestada por enfermería, a los cuidadores de los pacientes geriátricos.
3. Conocer la existencia de la sobrecarga o Síndrome de Burnout que padecen los cuidadores principales y plantear estrategias existentes para su abordaje.
4. Desarrollar la documentación necesaria para realizar la intervención grupal de educación para la salud.

## 6. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la creación del presente proyecto se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con el fin de conocer la evidencia disponible en la literatura científica, recabada en inglés y español, para realizar una propuesta de intervención grupal de educación para la salud. La adquisición de la información se realizó de manera correcta y legal, respetando el derecho de la propiedad intelectual de los autores (Ley de la Propiedad Intelectual; Real Decreto Legislativo 1/1996 <sup>(19)</sup>). Tras una búsqueda amplia y profunda, los documentos seleccionados demuestran evidencia científica, con datos objetivos y actualizados adecuados al tema objeto de estudio. En este caso, se inició una búsqueda bibliográfica general y una lectura crítica de la información obtenida sobre el impacto del ejercicio físico en ancianos hospitalizados y educación para la salud a los cuidadores principales, con el objetivo de utilizarla como base y fuente de conocimiento para la elaboración de un plan de formación.

## 6.1 Fuentes de datos

Para obtener la documentación sobre el tema objeto de estudio, las fuentes de información utilizadas provienen de diversas fuentes documentales y bases de datos bibliográficas de ciencias médicas. Se ha hecho un uso responsable de las fuentes de datos seleccionadas considerando su veracidad, objetividad, pertinencia y rigor científico. Principalmente se han consultado a través del servicio de la Biblioteca Virtual de la UPNA, las cuales caben destacar:

- Bases de datos: Google académico, PubMed, Dialnet
- Revistas científicas y artículos
- Libros
- Editorial Elsevier
- Otros trabajos de fin de grado, trabajos de fin de máster y doctorado
- Páginas Web Oficiales: Organización Mundial de la Salud (OMS), IMSERSO, Boletín Oficial del Estado (BOE), Navarra.es

Para dirigir la búsqueda y acotar los resultados las palabras claves utilizadas han sido las siguientes:

- Older adults
- Disability
- Elderly / Geriatric
- Caregivers
- Frailty
- Sobrecarga / Burnout
- Physical exercise
- Educación para la salud
- Functional decline
- Intervención psicoeducativa

Se han utilizado los operadores booleanos OR, AND, NOT para la construcción de la búsqueda, tanto para ampliarla como delimitarla. También han sido empleados los descriptores Mesh en el caso de PubMed y se han aplicado los siguientes filtros: acceso a texto completo, año de publicación superior al año 2000, inglés o español como idioma, buscar las palabras clave en título o resumen y tipo de documento.

Por último, se ha consultado literatura gris obtenida mediante búsqueda manual a través del acceso al catálogo de la biblioteca de la UPNA, de artículos y estudios, no publicados en las bases de datos descritas.

## 6.2 Criterios de selección

**Tabla 1:** criterios de selección de la documentación. Fuente: elaboración propia

Criterios de inclusion	Criterios de exclusion
Bibliografía científica escrita en español y/o ingles.	Bibliografía de baja calidad científica
Bibliografía científica entre los años 2000-2018	Bibliografía anterior a 1999
Bibliografía acerca del ejercicio físico en el anciano frágil	Bibliografía inespecifica
Bibliografía acerca de intervenciones educacitvas en los cuidadores principales	Bibliografía no relacionada con el tema analizado
Bibliografía acerca del Síndrome de Burnout	Bibliografía que no hablara sobre los objetivos plantrados en el trabajo

### 6.3 Diagrama de flujo

Se muestra de manera detallada la búsqueda bibliográfica. Tras la exclusión de artículos por lectura de título, se encontraron los siguientes artículos en las diferentes bases de datos.

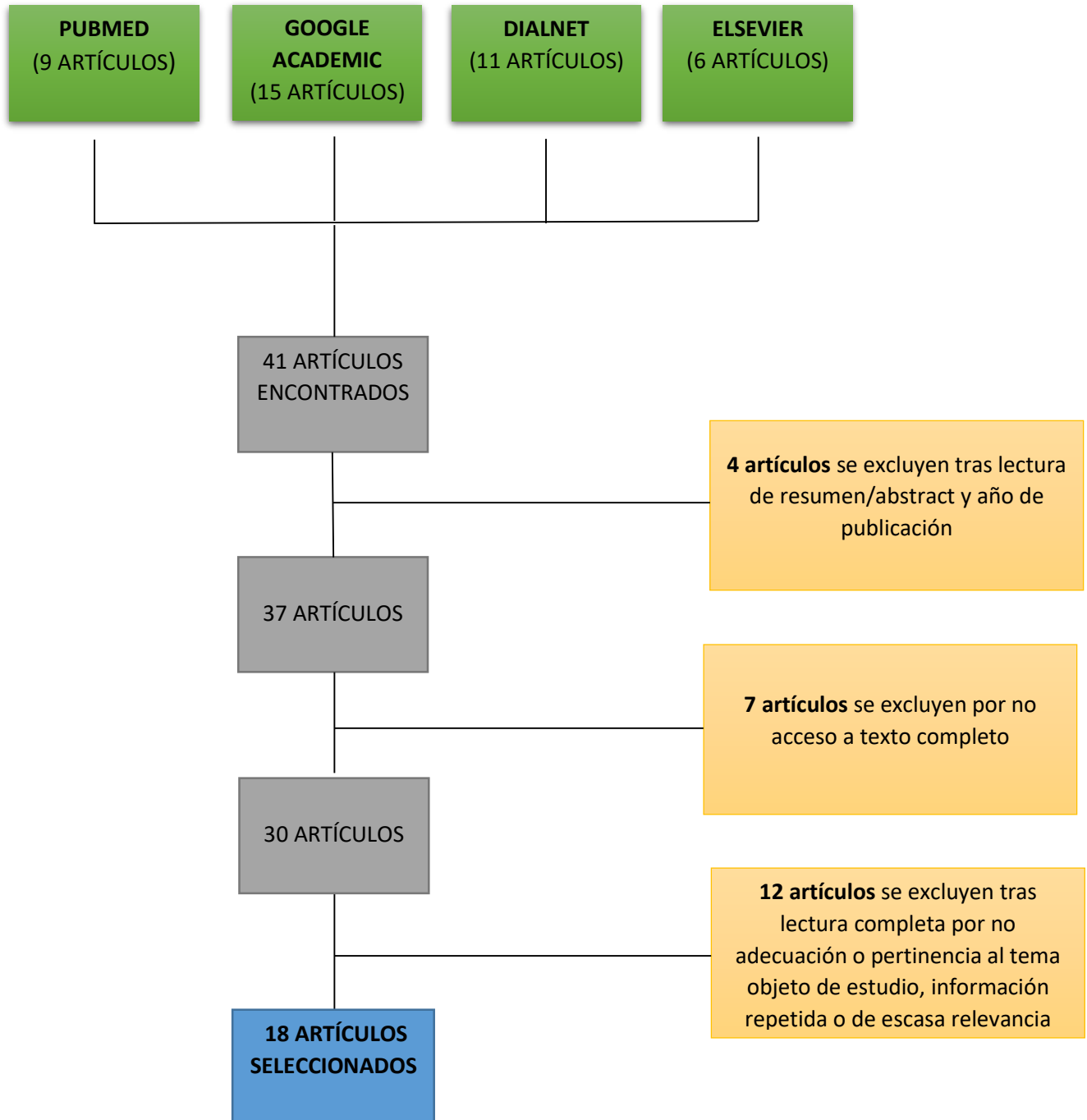


Figura 5: diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia

## 7. RESULTADOS

En este apartado se expondrán los 18 artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica. Los resultados se han dividido en dos grupos para su análisis y comprensión, ya que los contenidos de ambos son diferentes, lo que conlleva a que los resultados no sean comparables en la misma categoría. Se presentan los resultados en tablas como información resumida.

Se han utilizado:

- Revisiones sistemáticas (6) \*
- Meta-análisis (3) \*
- Estudios observacionales de cohortes (5)
- Estudios experimentales (3)
- Estudios correlacionales y transversales (1)
- Estudios descriptivos (1)

\*Uno de los estudios es revisión sistemática y meta-análisis. Se ha contabilizado en ambas.

### 7.1 Grupo A

Se resumen los artículos sobre el ejercicio físico, la movilidad, hospitalización y entrenamientos de ejercicio multicomponente en el anciano en las siguientes tablas.

**Tabla 2:** Síntesis del artículo: El ejercicio físico y su efectividad sobre la condición física en personas mayores frágiles <sup>(20)</sup>. *Fuente:* elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	El ejercicio físico y su efectividad sobre la condición física en personas mayores frágiles.
<b>AUTORES</b>	María Viladrosa, Carles Casanova, Ángela Claudia Ghiorghies y Pilar Jürschik
<b>AÑO</b>	2017
<b>TIPO</b>	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados
<b>OBJETIVOS</b>	Examinar los beneficios del ejercicio físico sobre la condición física en personas mayores frágiles.
<b>RESULTADOS</b>	El entrenamiento multicomponente de la condición física es la mejor estrategia para mejorar la condición física.
<b>CONCLUSIONES</b>	El ejercicio físico mejora los distintos componentes de la condición física en personas mayores frágiles, siendo el ejercicio multicomponente la mejor estrategia para mejorar los resultados.

**Tabla 3:** Síntesis del artículo: Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada <sup>(21)</sup>.  
Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada</b>
<b>AUTORES</b>	Cristina Piedras-Jorge, Juan Carlos Meléndez-Moral y José Manuel Tomás-Miguel
<b>AÑO</b>	2009
<b>TIPO</b>	Estudio cuasi-experimental
<b>OBJETIVOS</b>	Evaluar la eficacia del ejercicio físico sobre el nivel físico, funcional y psicológico de personas mayores institucionalizadas.
<b>RESULTADOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Los pacientes se dividieron en grupo control (n=27) y grupo intervención (n=24).</li> <li>2) Se obtuvieron mejorías estadísticamente significativas en la extensión de rodilla, flexores del codo y extensores de rodilla, equilibrio y marcha, capacidad funcional y cognitiva, así como bienestar de grupo intervención.</li> <li>3) Tras el tratamiento la percepción del dolor fue menor.</li> </ol>
<b>CONCLUSIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La aplicación de programas de ejercicio físico presenta resultados positivos tanto en aspectos de carácter físico como funcional y psicológico.</li> <li>- Tratamientos de ejercicio físico pueden permitir al anciano prevenir o retardar diversas alteraciones asociadas al envejecimiento, evitando con ello incapacidades y pérdidas de funciones.</li> </ul>

**Tabla 4:** Síntesis del artículo: Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients <sup>(22)</sup>.  
Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients</b>
<b>AUTORES</b>	Cynthia J. Brown, , Rebecca J. Friedkin y Sharon K. Inouye
<b>AÑO</b>	2004
<b>TIPO</b>	Estudio de cohorte prospectivo
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimar la prevalencia de los diferentes niveles de movilidad en los ancianos hospitalizados.</li> <li>- Medir el grado y el índice de efectos adversos asociados a la baja movilidad.</li> <li>- Examinar y documentar las ordenes medicas de reposo en cama y de actividad en el grupo de movilidad más bajo.</li> </ul>
<b>RESULTADOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Un decline en las ABVD ocurre en un 29% de los pacientes, nuevas intitucionalizaciones en un 13%, muerte un 7% y muerte o nueva institucionalización en un 22%.</li> <li>2) Comparando con el grupo de mayor movilidad, los grupos de baja o moderada movilidad presentaban mayores a efectos adversos.</li> </ol>
<b>CONCLUSIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La baja movilidad o el reposo en cama son comunes en pacientes ancianos hospitalizados y son importantes predictores de efectos adversos.</li> <li>- La baja movilidad y reposo en cama deben de considerarse efectos iatrogénicos que producen por ejemplo declinación funcional.</li> </ul>

**Tabla 5:** Síntesis del artículo: Loss off Independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age <sup>(23)</sup>. *Fuente:* elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>Loss off Independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age</b>
<b>AUTORES</b>	Kenneth E. Covinsky, Robert M. Palmer, Richard H. Fortinsky, Steven R. Counsell, Anita L. Stewart, Denise Kresevic, Christopher, J. Burant y C. Seth Landefeld
<b>AÑO</b>	2003
<b>TIPO</b>	Estudio observacional prospectivo
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Describir los cambios en las ABVD en los adultos mayores con patología médica antes y después de la hospitalización.</li> <li>- Evaluar el efecto de la edad en las ABVD.</li> </ul>
<b>RESULTADOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Los resultados incluyen una declinación funcional desde la línea de base hasta el alta (35% de los pacientes).</li> <li>2) Cambios funcionales entre la línea de base y admisión hospitalaria (23 % de los pacientes).</li> <li>3) Cambios funcionales entre la admisión y el alta (12% de los pacientes).</li> </ol>
<b>CONCLUSIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muchos de los ancianos hospitalizados egresan del hospital con peor funcionalidad que al ingreso.</li> <li>- Los ancianos de mayor edad son población de elevado riesgo a desarrollar resultados más negativos en relación a la pérdida de funcionalidad en las ABVD, ya que es menos probable que recuperen su funcionalidad antes del ingreso hospitalario. Sin embargo, es más probable que desarrollen nuevas discapacidades durante la hospitalización.</li> </ul>

**Tabla 6:** Síntesis del artículo: The Underrecognized Epidemic of Low Mobility During Hospitalization of Older Adults <sup>(24)</sup>. *Fuente:* elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>The Underrecognized Epidemic of Low Mobility During Hospitalization of Older Adults</b>
<b>AUTORES</b>	Cynthia J. Brrown, David T. Redden, Kellie L. Flood y Richard M. Allman
<b>AÑO</b>	2009
<b>TIPO</b>	Estudio observacional de cohorte prospectivo
<b>OBJETIVOS</b>	Examinar la proporción del tiempo invertido en tres niveles de movilidad (tumbados, sentados, de pie o andando) de veteranos mayores hospitalizados.
<b>RESULTADOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Un estudio de evaluación del estado basal de los ancianos indica que el 77,8% de los pacientes estudiados eran capaces de andar cortas distancias de manera independiente.</li> <li>2) Los pacientes hospitalizados pasan una media de un 83% del tiempo de hospitalización encamados y reposo absoluto.</li> </ol>
<b>CONCLUSIONES</b>	En general, los pacientes hospitalizados permanecen encamados y en reposo absoluto durante toda su estancia, a pesar de su capacidad para poder moverse o andar independientemente.



**Tabla 7:** Síntesis del artículo: Revisión sistemática de literatura. Declinación funcional en ancianos hospitalizados <sup>(7)</sup>. Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	Revisión sistemática de literatura. Declinación funcional en ancianos hospitalizados
<b>AUTORES</b>	José Mauricio Ocampo, Carlos A. Reyes-ortiz
<b>AÑO</b>	2016
<b>TIPO</b>	Revisión sistemática
<b>OBJETIVOS</b>	Sintetizar la evidencia científica acerca de la declinación funcional de los ancianos hospitalizados.
<b>RESULTADOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Existen diferentes trabajos realizados para determinar la modificación del estado funcional de pacientes mayores de 70 años, en los que se demuestra la prevalencia de la declinación funcional al alta hospitalaria.</li> <li>2) La implementación de modelos de atención que prevengan y mejoren el compromiso funcional debe ser una prioridad para las instituciones u personal de salud que atiendan a ancianos. Incluyendo: revisión del manejo farmacológico, rehabilitación interdisciplinaria temprana, programas de ejercicio y diseño del egreso geriátrico planeado.</li> </ol>
<b>CONCLUSIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La declinación funcional asociada a hospitalización es un evento de ocurrencia frecuente que refleja la morbilidad esperada debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que genera el envejecimiento, fragilidad y la propia enfermedad aguda.</li> <li>- Afecta a la calidad de vida e independencia de los ancianos, cuidadores e incrementa los costos en atención de salud.</li> <li>- La identificación oportuna es el primer paso para para la valoración del riesgo y determinar los factores de riesgo con el objeto de prevenir y manejar esta condición.</li> <li>- La implementación de modelos de atención que prevengan y mejoren la declinación funcional debe ser una prioridad para las instituciones y personal de salud que atiendan ancianos.</li> </ul>

**Tabla 8:** Síntesis del artículo: Impacto de la fragilidad sobre el estado funcional en ancianos hospitalizados <sup>(25)</sup>. Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	Impacto de la fragilidad sobre el estado funcional en ancianos hospitalizados
<b>AUTORES</b>	Juan Carlos García-Cruz, Carmen García-Peña
<b>AÑO</b>	2016
<b>TIPO</b>	Cohorte prospectiva
<b>OBJETIVOS</b>	Determinar si pacientes frágiles al egreso hospitalario presentan mayor deterioro funcional.
<b>RESULTADOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hubo 64 participantes con fragilidad (48.1 %) y 69 sin fragilidad (51.9 %), cuya edad media fue de 73 y 68 años, respectivamente.</li> <li>2) El descenso promedio del estado funcional al egreso fue de 97.97 a 89.91 % en no y de 87.52 a 66.34 % en frágiles.</li> <li>3) La fragilidad se asoció con deterioro funcional en el análisis simple y múltiple.</li> <li>4) En el modelo final, la fragilidad y el deterioro cognitivo predicen descenso funcional.</li> </ol>
<b>CONCLUSIONES</b>	La fragilidad predice independientemente deterioro funcional al egreso hospitalario.

**Tabla 9:** Síntesis del artículo: Effectiveness of multimodal training on functional capacity in frail older people: a meta-analysis of randomized control trials <sup>(26)</sup>. Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	Effectiveness of multimodal training on functional capacity in frail older people: a meta-analysis of randomized control trials
<b>AUTORES</b>	Pedro López, Mikel Izquierdo, Regis Radaelli, Graciele Shurzzi, Rafael Grazioli, Ronei Silveira Pinto y Eduardo Lusa Cadore
<b>AÑO</b>	2017
<b>TIPO</b>	Meta-análisis
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigar el efecto en la población frágil del entrenamiento de resistencia de manera aislada o incluido en un entrenamiento multicomponente.</li> <li>- Investigar la manera en que afectan las diferentes variables de la prescripción de entrenamiento de resistencia.</li> </ul>
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar entrenamientos progresivos de resistencia tanto aislados como combinados con otros tipos de entrenamiento, están recomendados como estrategias de intervención efectivas para incrementar los aspectos físicos de la fragilidad.</li> <li>- Se ha demostrado que el entrenamiento de resistencia es un tratamiento eficiente para mejorar la fuerza muscular, la potencia y la funcionalidad en el anciano.</li> <li>- Las diferencias entre meta-análisis previos y el presente, se atribuyen a los distintos grados de intensidad de los entrenamientos de resistencia incluidos en los estudios.</li> <li>- Estudios previos muestran que el entrenamiento multimodal es efectivo para mejorar la puntuación del SPPB y sin embargo, los presentes resultados no muestran un efecto significativo del entrenamiento de resistencia en la <i>Short Physical Performance Battery (SPPB)</i></li> </ul>
<b>CONCLUSIONES</b>	El entrenamiento de resistencia solo o combinado con otros componentes de entrenamiento puede ser una intervención efectiva para aumentar los aspectos físicos de la fragilidad. Sin embargo, los métodos usados para controlar la intensidad de los entrenamientos de resistencia deben ser tratados con cautela.

**Tabla 10:** Síntesis del artículo: Role of physical exercise on cognitive function in healthy older adults: A systematic review of randomized clinical trials <sup>(27)</sup>. Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>Role of physical exercise on cognitive function in healthy older adults: A systematic review of randomized clinical trials</b>
<b>AUTORES</b>	Mikel López Sáez de Asteasua, Nicolás Martínez-Velilla, Fabricio Zambom-Ferraresi, Álvaro Casas-Herrero, Mikel Izquierdo
<b>AÑO</b>	2017
<b>TIPO</b>	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados
<b>OBJETIVOS</b>	Examinar el rol del entrenamiento multicomponente versus el ejercicio aeróbico o de resistencia de manera independiente en el estado cognitivo de ancianos sanos (>65 años).
<b>RESULTADOS</b>	Se han utilizado pocos estudios y de amplia variabilidad que complica la interpretación de los resultados y contribuye a la existencia de discrepancias.
<b>CONCLUSIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El entrenamiento de ejercicio multicomponente probablemente tenga los efectos más positivos en la función cognitiva de las personas mayores. Sin embargo, hay que tener cuidado respecto al periodo de intervención y el método usado para controlar la intensidad del entrenamiento.</li> <li>- La estandarización de los aspectos metodológicos de los ensayos clínicos aleatorizados es necesaria para aclarar la relación entre el entrenamiento de ejercicios y cognición.</li> </ul>

**Tabla 11:** Síntesis del artículo: Characteristics of Nondisabled Older Patients Developing New Disability Associated with Medical Illnesses and Hospitalization <sup>(28)</sup>. Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>Characteristics of Nondisabled Older Patients Developing New Disability Associated with Medical Illnesses and Hospitalization</b>
<b>AUTORES</b>	Stefano Volpato, Graziano Onder, Margherita Cavalieri, Gianluca Guerra, Fotini Sioulis, Cinzia Maraldi, Giovanni Zuliani and Renato Fellin, Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly Study (GIFA)
<b>AÑO</b>	2007
<b>TIPO</b>	Estudio observacional longitudinal
<b>OBJETIVOS</b>	Identificar características demográficas, clínicas y biológicas de pacientes ancianos no discapacitados que desarrollan una nueva discapacidad en las ABVD durante una patología que requiere hospitalización.
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al alta hospitalaria 113 pacientes (6,7%) presentaron una nueva discapacidad en las ABVD.</li> <li>- La declinación funcional está fuertemente relacionada con la edad de los pacientes y el estado de las AIVD previo al ingreso.</li> </ul>
<b>CONCLUSIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Varios factores contribuyen a la pérdida de la independencia física en personas mayores hospitalizadas.</li> <li>- La preexistencia de condiciones asociadas con el síndrome de fragilidad, incluidas función física y cognitiva, comorbilidad, composición corporal y marcadores inflamatorios, caracterizan pacientes con alto riesgo de declinación funcional.</li> </ul>

**Tabla 12:** Síntesis del artículo: Effects of different exercise interventios on risk of falls, gait ability and balance in physically frail older adults: A systematic review <sup>(29)</sup>. *Fuente:* elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>Effects of different exercise interventios on risk of falls, gait ability and balance in physically frail older adults: A systematic review.</b>
<b>AUTORES</b>	Eduardo Lusa Cadore, Leocadio Rodriguez-Mañas, Alan Sinclair y Mikel Izquierdo
<b>AÑO</b>	2013
<b>TIPO</b>	Revisión sistemática
<b>OBJETIVOS</b>	Recomendar estrategias de entrenamiento para mejorar la capacidad funcional de ancianos frágiles basadas en la literatura científica, focalizando especialmente en programas de ejercicio supervisados que mejoran la fuerza muscular, el riesgo de caídas, el equilibrio y habilidad de la marcha.
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 estudios investigaron los efectos del ejercicio en la incidencia de caídas en ancianos frágiles y 7 de ellos encontraron menos incidencia de caídas en el grupo intervención comparando con el grupo control.</li> <li>- 11 estudios investigaron los efectos del ejercicio en la habilidad de caminar y 6 encontraron mejoras en la marcha.</li> <li>- 10 estudios investigaron los efectos del ejercicio en el rendimiento del equilibrio y 7 demostraron mejoras.</li> <li>- 13 estudios investigaron efectos del ejercicio en la fuerza muscular y 9 concluyeron un aumento de la misma.</li> </ul>
<b>CONCLUSIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mayoría de los estudios que demuestran mejoras en la marcha, equilibrio y riesgo de caídas, han utilizado entrenamientos de ejercicios multicomponente como intervención a los sujetos.</li> <li>- Los estudios de intervención de ejercicio revisados mostraron una mayor superioridad de los programas multicomponente frente al entrenamiento de la fuerza aislado de la extremidad inferior.</li> <li>- El entrenamiento de ejercicios multicomponente compuesto por, fuerza, resistencia y equilibrio, parece ser la mejor estrategia para mejorar las incidencias de caídas, habilidad de caminar, el equilibrio y la fuerza muscular como aspectos físicos de los ancianos frágiles.</li> </ul>

## 7.2 Grupo B

Se resumen los artículos sobre el cuidador informal, la sobrecarga de trabajo y el síndrome de Burnout en las siguientes tablas.

**Tabla 13:** Síntesis del artículo: Systematic review and meta-analysis of the impact of carer stress on subsequent institutionalization of community-dwelling older people <sup>(30)</sup>. Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>Systematic review and meta-analysis of the impact of carer stress on subsequent institutionalization of community-dwelling older people</b>
<b>AUTORES</b>	Nora-Ann donnelly, Ane Hickey, Annette Burns, paul Murphy y Frank Doyle
<b>AÑO</b>	2015
<b>TIPO</b>	Revisión sistemática y meta-análisis
<b>OBJETIVOS</b>	Examinar el efecto del estrés de los cuidadores en la institucionalización de las personas mayores que viven en la comunidad.
<b>RESULTADOS</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Se analizaron datos de 54 conjuntos de datos.</li><li>2) El meta-análisis encontró que mientras el estrés del cuidador tiene un efecto significativo en la posterior institucionalización de los pacientes, el efecto total fue insignificante.</li><li>3) Los análisis de sensibilidad encontraron que, el tamaño del efecto fue mayor para medidas de estrés que para otras medidas, aunque aun así relativamente pequeñas.</li><li>4) Por lo tanto, si se analiza la asociación entre el estrés del cuidador, la carga, la angustia o la depresión, tanto en cuidados agudos como de larga duración, el tamaño del efecto se mantiene de pequeño a insignificante.</li><li>5) Al mismo tiempo, se encuentra que las estimaciones se reducen con el tiempo y son más pequeñas en estudios más grandes y aquellos de mayor calidad, conforme a los resultados CCAT (Criteria Cognitive Aptitude Test)</li></ol>
<b>CONCLUSIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- A pesar de declaraciones contrarias, parece que el efecto del estrés de cuidador en la posterior institucionalización del paciente es pequeña o insignificante.</li><li>- Los resultados sugieren la necesidad de reevaluar el grado en el que el estrés del cuidador predice el final prematuro del cuidado en casa.</li><li>- Al mismo tiempo, otros factores podrían ser más decisivos en la colocación institucional que el estrés del cuidador, y éstos deberían ser investigados.</li></ul>

**Tabla 14:** Síntesis del artículo: Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor <sup>(31)</sup>. Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor</b>
<b>AUTORES</b>	M.J. De Valle-Alonso, I.E. Hernández-López, M.L. Zúñiga-Vargas y P. Martínez-Aguilera
<b>AÑO</b>	2014
<b>TIPO</b>	Estudio correlacional y transversal. Muestreo no probabilístico, por conveniencia.
<b>OBJETIVOS</b>	Conocer las condiciones personales, de sobrecarga y su relación con el Síndrome de Burnout en el cuidador informal del adulto mayor.
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 42% dedica de 6-15 horas a su cuidado; 58% padece sobrecarga, con significancia con las horas diarias dedicadas al cuidado.</li> <li>- El Síndrome de Burnout mostró bajo riesgo en todas las dimensiones: Agotamiento emocional 67%, Deshumanización 80% y Realización personal 73%, aunque más del 20% lo padece en alguna dimensión.</li> </ul>
<b>CONCLUSIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La sobrecarga y el síndrome de Burnout en los cuidadores familiares se encontraron bajos.</li> <li>- El factor relacionado con la sobrecarga y el Burnout fue el tiempo diario dedicado al cuidado.</li> <li>- Con base en los resultados, se propone establecer programas preventivos de entrenamiento acerca del cuidado dirigidos a familiares de ancianos; con el fin de contribuir al bienestar de los cuidadores.</li> </ul>

**Tabla 15:** Síntesis del artículo: Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS <sup>(32)</sup>. Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS</b>
<b>AUTORES</b>	A. Alonso Babarroa, A. Garrido Barrala, A. Díaz Ponceb, R. Casquero Ruiz y M. Riera Pastor
<b>AÑO</b>	2004
<b>TIPO</b>	Estudio descriptivo. Estudio de intervención no controlado.
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudiar el perfil y la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS.</li> <li>- Como objetivo secundario se pretendía valorar la satisfacción de los cuidadores con la intervención y la evolución de la sobrecarga tras el desarrollo del programa.</li> </ul>
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participaron en el estudio 245 sujetos.</li> <li>- El 72,5% presentaba sobrecarga al inicio de la intervención, la cual era más elevada cuanto mayor era la edad del cuidador.</li> <li>- Los participantes valoraron muy positivamente el programa y destacaron la posibilidad de compartir experiencias con otros cuidadores, así como el aprendizaje de conocimientos y habilidades para mejorar los cuidados.</li> <li>- En 68 cuidadores se comparó la carga antes y después de la intervención, sin que la diferencia fuera estadísticamente significativa.</li> </ul>
<b>CONCLUSIONES</b>	Existe una elevada sobrecarga entre los cuidadores que es mayor a medida que aumenta la edad. Los cuidadores valoraron muy positivamente su participación en el programa. La asistencia al cuidador debería integrarse en la atención al paciente.

**Tabla 16:** Síntesis del artículo: Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto <sup>(33)</sup>. *Fuente:* elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto</b>
<b>AUTORES</b>	Rosa Tulia Sánchez Martínez, Edith Milena Molina Cardona, Olga Rocío Gómez-Ortega
<b>AÑO</b>	2016
<b>TIPO</b>	Estudio cuasi-experimental
<b>OBJETIVOS</b>	Medición pre y post de las escalas de Zarit y APGAR familiar para evidenciar el efecto de las intervenciones de enfermería en el nivel de sobrecarga del cuidador, derivadas de las necesidades de cuidado identificadas en la valoración previa de la diada cuidador-adulto mayor.
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 88% de los cuidadores eran mujeres, edad media de 52± 16 años, dedicaban 24 horas al cuidado.</li> <li>- El 100% de receptores de cuidado eran dependientes del cuidador.</li> <li>- Las intervenciones, disminuyeron la sobrecarga percibida por los cuidadores.</li> <li>- El cuidado de enfermería brindado en otros espacios extra hospitalarios y centrados en personas no enfermas, contribuye a disminuir la sobrecarga requiriendo del apoyo permanente del profesional de enfermería.</li> </ul>
<b>CONCLUSIONES</b>	Se evidenció la disminución de la sobrecarga de cuidadores y el aumento del grado de funcionalidad de las familias, al medirlos después de realizar las intervenciones identificación rol de cuidador, autocuidado, estrategias para brindar cuidado con calidad, manejo de conflictos intrafamiliares, comunicación, relajación y habilidades de cuidado.



**Tabla 17:** Síntesis del artículo How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis <sup>(34)</sup>. Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis
<b>AUTORES</b>	Silvia Sörensen, Martin Pinguart, Dr habil, and Paul Duberstein
<b>AÑO</b>	2002
<b>TIPO</b>	Meta-análisis
<b>OBJETIVOS</b>	Determinar la efectividad de intervenciones dirigidas a cuidadores informales de adultos mayores.
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las intervenciones combinadas producen una significativa mejora de 0.14 a 0.41 en unidades de derivación estándar en la carga o quemado de los cuidadores, depresión, bienestar subjetivo, satisfacción percibida por los cuidadores, conocimiento/habilidad y síntomas del receptor.</li> <li>- Los efectos de las intervenciones fueron mayores en términos de conocimiento/habilidad que en carga y depresión.</li> <li>- Las intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas demostraron los efectos a corto plazo más consistentes en todas las medidas de resultados.</li> <li>- El número de sesiones, los ajustes, la edad del anciano y del cuidador, el género, el tipo de relación entre el emisor y receptor de cuidados, la carga inicial y las características de los estudios moderan los efectos observados.</li> </ul>
<b>CONCLUSIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las intervenciones dirigidas a los cuidadores informales son efectivas, pero algunas intervenciones tienen principalmente efectos específicos más que efectos globales.</li> <li>- Las diferencias entre los tipos de intervención y los moderadores sugieren formas de optimizar las intervenciones</li> </ul>

**Tabla 18:** Síntesis del artículo: Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia <sup>(35)</sup>. *Fuente:* elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	<b>Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia</b>
<b>AUTORES</b>	A. Losada-Baltar, M. Izal-Fernández de Trocóniz, I. Montorio-Cerrato, M. Márquez-González, G. Pérez-Rojo
<b>AÑO</b>	2004
<b>TIPO</b>	Estudio experimental
<b>OBJETIVOS</b>	Comparar dos intervenciones psicoeducativas con cuidadores de personas con demencia, un programa cognitivoconductual (PCC) dirigido a la modificación de pensamientos disfuncionales para el cuidado y otro programa de solución de problemas (PSP) dirigido a entrenar a los cuidadores en el manejo de los comportamientos problemáticos de su familiar.
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tras la intervención, los cuidadores que participaron en la intervención PCC tenían significativamente menos estrés percibido que los otros dos grupos, así como una tendencia a la significación en el mismo sentido cuando se analizaba el estrés asociado a los comportamientos problemáticos.</li> <li>- En la fase de seguimiento, los cuidadores que participaron en la intervención PCC informaron de una frecuencia significativamente menor de comportamientos problemáticos que los otros dos grupos, y de menos pensamientos disfuncionales que los otros dos grupos, diferencias que rozan la significación estadística.</li> </ul>
<b>CONCLUSIONES</b>	Los beneficios de una intervención psicoeducativa varían en función de los contenidos que incluya. Se destaca la importancia de intervenir sobre pensamientos poco adaptativos para un adecuado afrontamiento del cuidado

**Tabla 19:** Síntesis del artículo: Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España <sup>(36)</sup>. Fuente: elaboración propia.

<b>TÍTULO</b>	Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España
<b>AUTORES</b>	M <sup>a</sup> . Pilar Torres Egea, Esperanza Ballesteros Pérez, Pablo David Sánchez Castillo
<b>AÑO</b>	2008
<b>TIPO</b>	Revisión sistemática
<b>OBJETIVOS</b>	Revisar la evidencia científica disponible (de los últimos 10 años) sobre la efectividad de los distintos programas e intervenciones dirigidas a los cuidadores informales en salud en territorio nacional español.
<b>RESULTADOS Y CONCLUSIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermeras son las profesionales que proponen más estudios de intervención o de soporte a los cuidadores informales.</li> <li>- Se dispone de muy escasa evidencia de los resultados obtenidos, a pesar de las numerosas iniciativas y creciente interés de los diferentes profesionales en el desarrollo de estudios de intervención, orientados a dar soporte a los cuidadores informales. Esto es debido en parte a que, en la gran mayoría de las publicaciones analizadas, a pesar de que se describen los contenidos de programas de intervención, no se muestra o no se ha realizado una valoración científica de la eficacia de dichas intervenciones. A lo que hay que añadir una escasa calidad metodológica-científica.</li> <li>- Casi la totalidad de los programas de apoyo a los cuidadores informales, que se proponen en los artículos analizados, inciden en la realización de intervenciones psicoeducativas grupales.</li> <li>- Los programas de intervención se centran en su mayoría en el cuidador principal, casi siempre un familiar, ofreciendo una exigua atención al resto de cuidadores informales del núcleo familiar y las redes de apoyo comunitario.</li> <li>- Existe una heterogeneidad en cuanto a la duración de los diferentes programas e intervenciones, no considerándose definitivo un período mínimo de duración de los mismos. Aunque se observa que la continuidad de las intervenciones es el factor que probablemente incide más directamente en el soporte a los cuidadores informales.</li> <li>- La mayoría de las publicaciones analizadas no especifican el perfil de los cuidadores informales ni su situación de salud, tampoco detallan el grado de dependencia de los familiares a su cargo, lo cual dificulta el análisis e interpretación de los estudios y resultados.</li> <li>- Se hace necesario seguir desarrollando ensayos clínicos controlados y aleatorizados, que vayan orientados al análisis de los resultados de los programas de apoyo a los cuidadores informales en territorio nacional, que ayuden a determinar la efectividad de éstos y así contribuir a disminuir la sobrecarga y el estrés que generan los cuidados de larga duración.</li> </ul>

## 8. DISCUSIÓN

El objetivo principal planteado en esta revisión, ha sido diseñar un plan de formación para prevenir o tratar el Síndrome de Burnout en cuidadores principales de ancianos mayores de 75 años que participan en un Programa de Recuperación Funcional. Con el fin de justificar su realización, tras un proceso de filtrado de referencias bibliográficas y en base a unos criterios de selección predefinidos anteriormente citados, se han seleccionado 18 estudios para ser incluidos en el presente trabajo.

Asociado al envejecimiento y la declinación funcional de los ancianos, -debido a los cambios propios fisiológicos junto con patologías agudas- la fragilidad es uno de los síndromes clínicos más frecuentes que puede desarrollarse. En la actualidad, la definición de fragilidad continua en controversia y sigue siendo cambiante. Mayores índices de enfermedades crónicas y discapacidad se relacionan como factores de riesgo para el desarrollo de la fragilidad <sup>(8,37,38,39)</sup>.

Los estudios de Viladrosa et al. <sup>(20)</sup> y Piedras et al. <sup>(21)</sup>, concluyen que el ejercicio físico mejora los diferentes componentes de la condición física y da resultados positivos en salud en personas mayores frágiles. Además, no solo el aspecto físico sale beneficiado, sino que el aspecto funcional y psicológico de los pacientes también manifiesta cambios favorables. Los entrenamientos de ejercicio físico, mostraron mejorías estadísticamente significativas tanto en variables físicas como cognitivas y en la percepción del dolor.

Se han encontrado varios trabajos <sup>(7,22,23,24,25,28)</sup> acerca de la prevalencia de la declinación funcional al egreso hospitalario. Asimismo, la población anciana es una población vulnerable en la que la institucionalización es muy frecuente. Este nuevo entorno, supone un factor estresante añadido, en el cual se debería de hacer hincapié en una valoración integral del mayor, teniendo en cuenta aspectos relevantes de su salud, además de conseguir tratar la enfermedad aguda motivo de ingreso <sup>(23)</sup>.

Este grupo de población, tiene un mayor riesgo a desarrollar resultados negativos en relación a la pérdida de funcionalidad en las ABVD, siendo estas más difíciles o menos probables de recuperar en su totalidad. Para ello, la revisión sistemática realizada por J.M Ocampo et al.<sup>(7)</sup>, obtiene como resultado que la implementación de modelos de

atención que prevengan y mejoren el compromiso funcional, debe ser una prioridad para las instituciones y los profesionales sanitarios.

La pérdida de funcionalidad al ingreso hospitalario, es la principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta como concluyen varios estudios <sup>(7,23,25,28)</sup>. Sin embargo, hay que tener en cuenta las variables no modificables, como son la edad, el sexo, la condición biológica etc. que también son factores desencadenantes del síndrome de fragilidad <sup>(28)</sup>.

Según el trabajo observacional de cohorte prospectivo de Brown et al. <sup>(24)</sup>, los ancianos hospitalizados pasan un 83% del tiempo encamados. Asimismo, una tercera parte (35%) de los hospitalizados por enfermedad egresa del hospital con menor independencia funcional <sup>(23)</sup>. No obstante, un 77.8% de éstos, están dispuestos o son capaces de poder andar de manera independiente distancias cortas <sup>(24)</sup>. Algunos trabajos, a su vez, exponen la importancia del ejercicio físico como factor beneficioso <sup>(9,10)</sup>.

Igualmente, un estudio de cohorte prospectivo demuestra que la baja movilidad y el reposo absoluto en la cama son importantes predictores del empeoramiento funcional, por lo que se deberían de considerar eventos iatrogénicos debido a las complicaciones asociadas <sup>(22)</sup>. Por lo tanto, la hospitalización y la enfermedad base frecuentemente desencadenan una disminución del estado funcional, relacionado con estancia prolongada, desarrollo de otras enfermedades agudas, mayor mortalidad, aumento de los cuidados en domicilio, institucionalización y reingreso hospitalario, repercutiendo de esta manera en la calidad de vida <sup>(7)</sup>.

Respecto al entrenamiento del ejercicio físico multicomponente, se ha encontrado poca evidencia científica que corrobore que es más efectivo que los ejercicios de resistencia o fuerza de manera aislada <sup>(26,27,29)</sup>. Uno de los meta-análisis analizados <sup>(26)</sup>, afirma que los entrenamientos de ejercicio físico son un tratamiento eficiente para mejorar la fuerza muscular, la potencia y la funcionalidad del anciano y que estudios previos muestran que los entrenamientos multimodales mejoran la puntuación del Short Physical Performance Battery (SPPB) en comparación con los entrenamientos de resistencia de manera aislada.

Las diferencias que se han encontrado con estudios anteriores <sup>(27,29)</sup>, se atribuye a los distintos grados de intensidad de los entrenamientos incluidos en los estudios. Enuncian la necesidad de tener cautela respecto al periodo de intervención y el método usado para controlar la intensidad del entrenamiento.

Debido a los pocos estudios y de amplia variabilidad utilizados en el meta-análisis <sup>(26)</sup> y revisiones sistemáticas <sup>(27,29)</sup> anteriormente citadas, es compleja la interpretación de los resultados y crea múltiples discrepancias. Por ello, es necesaria la estandarización de los aspectos metodológicos de los ensayos clínicos aleatorizados para aclarar la relación entre el entrenamiento de ejercicios y la cognición.

En todo este proceso relativo a la mejora de la función física, psicológica y cognitiva de los ancianos, tienen un papel importante los cuidadores principales. Los cuidadores responsables de los ancianos, son el principal apoyo del mantenimiento en su comunidad de residencia y demoran o evitan el ingreso de los mayores en instituciones. La prestación de cuidados de larga duración, acarrea repercusiones negativas en la salud, como una mayor proporción de enfermedades crónicas, ansiedad o depresión, un aumento del aislamiento social y empeoramiento en la situación económica y calidad de vida. Todo ello, conduce a lo que llamamos la “sobrecarga del cuidador”, en la cual influirán las estrategias de afrontamiento y de apoyo que se les ofrezcan<sup>(12)</sup>.

Se ha estudiado que un 42% de los cuidadores dedica de 6 a 15 horas diarias al cuidado del adulto mayor, presentando un 58% sobrecarga. Con base en los resultados, la sobrecarga que genera el cuidado continuado, hace necesaria la intervención de los ámbitos sanitarios y sociales. Se propone establecer programas preventivos de entrenamiento acerca del cuidado dirigidos a los familiares de los ancianos con el fin de contribuir a su bienestar<sup>(31)</sup>.

En el meta-análisis realizado por Sorensen et al. <sup>(34)</sup>, se sintetizaron los efectos de 78 estudios sobre las intervenciones dirigidas a cuidadores informales y se constató que el promedio de las intervenciones, eran exitosas en aliviar el *burnout* y la depresión, aumentando en general el bienestar subjetivo y el conocimiento y la habilidad del cuidar.

En el estudio piloto de Sánchez Martínez et al. <sup>(33)</sup>, se realizó una medición pre y post de las escalas de Zarit y de APGAR familiar para evidenciar el efecto de las intervenciones de enfermería en el nivel de sobrecarga del cuidador. Se evidenció la disminución de la sobrecarga de cuidadores y el aumento del grado de funcionalidad de las familias al medirlos después de realizar las intervenciones.

Otro ejemplo a destacar, es el estudio descriptivo de Alonso Babarro et al. <sup>(32)</sup> que analiza el perfil y la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS, cuya intervención es impartir sesiones grupales educativas mediante equipos multidisciplinares. Como resultado, los cuidadores valoraron positivamente su participación en el programa y se propuso que la asistencia al cuidador debería integrarse en la atención al paciente. Sin embargo, no se pudo demostrar una significativa reducción de la sobrecarga tras su realización.

Como declaraciones contrarias, la revisión sistemática y meta-análisis de Donnelly et al. <sup>(30)</sup>, también concluye que el estrés del cuidador no es uno de los factores más influyentes en la institucionalización de los pacientes geriátricos. Además, el Síndrome de Burnout mostró bajo riesgo en todas las dimensiones en el estudio correlacional y transversal de Valle-Alonso et al. <sup>(31)</sup>. Aun así, en base a los resultados, propone establecer programas preventivos de entrenamiento acerca del cuidado dirigidos a familiares de ancianos, con el fin de contribuir al bienestar de los cuidadores.

El interés por estudiar la repercusión del “*burnout*” y las redes de apoyo informal, es bastante reciente en la mayoría de los países<sup>(36)</sup>. Con el fin de dar soporte a los cuidadores principales y minimizar las consecuencias de los cuidados de larga duración, casi la totalidad de los programas de apoyo a los cuidadores informales, que se proponen en los artículos analizados, inciden en la realización de intervenciones psicoeducativas grupales<sup>(34)(35)</sup>.

Se dispone de muy escasa evidencia de los resultados obtenidos, a pesar de las numerosas iniciativas y creciente interés de los diferentes profesionales en el desarrollo de estudios de intervención, orientados a dar soporte a los cuidadores informales. Esto es debido a que la gran mayoría de las publicaciones analizadas, a pesar de que se describen los contenidos de programas de intervención, no se muestra o no se ha realizado una valoración científica de la eficacia de dichas

intervenciones. La mayoría de las publicaciones analizadas no especifican el perfil de los cuidadores informales ni su situación de salud, tampoco detallan el grado de dependencia de los familiares a su cargo, lo cual dificulta el análisis e interpretación de los estudios y resultados.

Como conclusión observamos que es necesario seguir desarrollando estudios de mayor calidad como ensayos clínicos controlados y aleatorizados, que vayan orientados al análisis de los resultados de los programas de apoyo a los cuidadores informales en territorio nacional, que ayuden a determinar la efectividad de éstos y así contribuir a disminuir la sobrecarga y el estrés que generan los cuidados de larga duración. Junto con una valoración integral del anciano y programas de recuperación funcional y ejercicio físico, la calidad de vida tanto de la población adulta como la de los cuidadores principales obtiene cambios favorables.

Desde la perspectiva de los sistemas de salud, cabe destacar la ausencia de un modelo organizacional de atención en salud dirigido a ancianos, que analice los retos que supone la integración de los procesos y servicios para el cuidado de la población vulnerable identificada como frágil.



## 8.1 Matriz DAFO

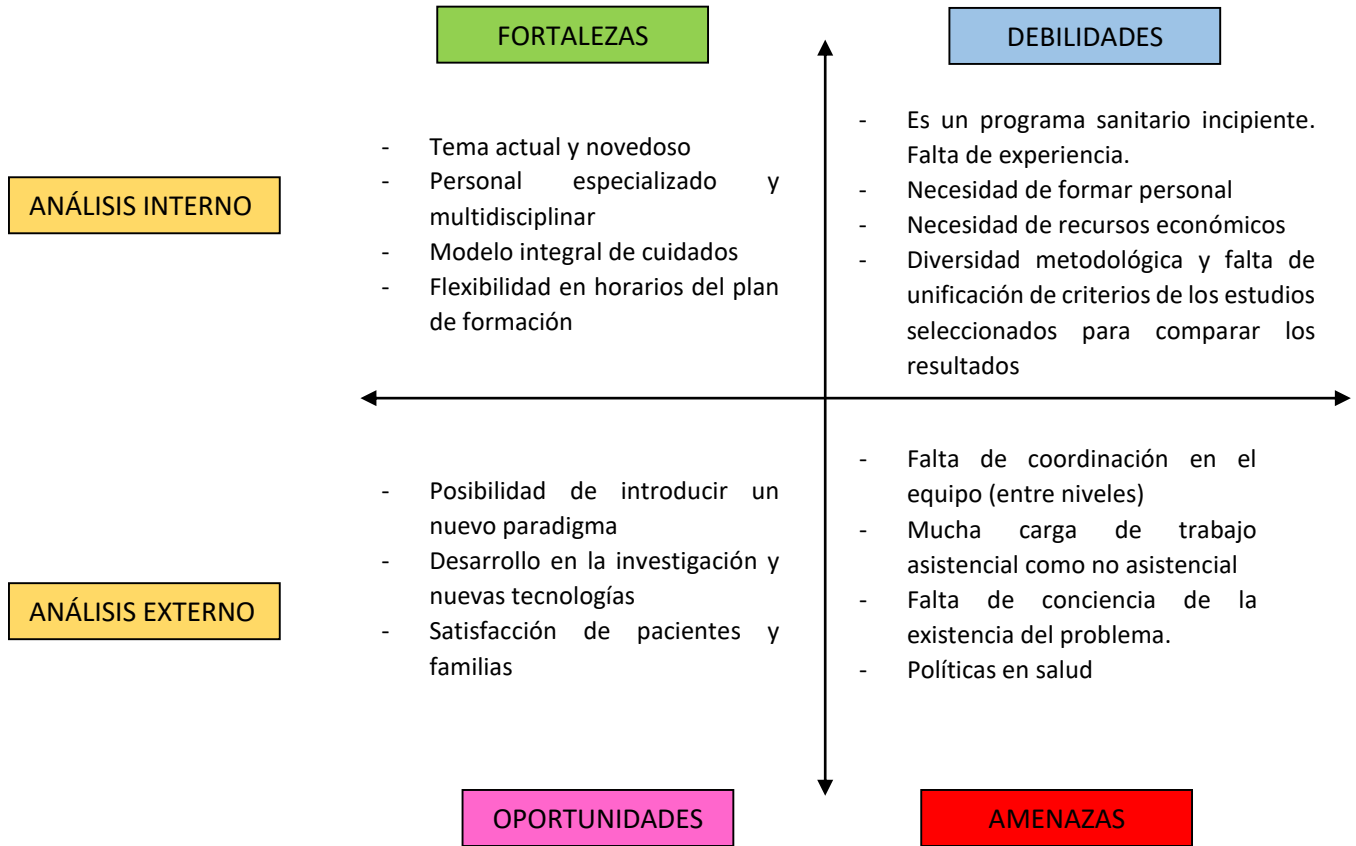


Figura 6: Matriz DAFO. Fuente: elaboración propia

## 9. PROYECCIÓN A FUTURO.

En el caso de llevar este proyecto a cabo:

### 9.1 Hipótesis

Una intervención grupal de educación para la salud dirigida a los cuidadores de adultos mayores de 75 años hospitalizados en el UGA del SG-CHN que participan en el Programa de Recuperación Funcional (PRF), basada en la instrucción del plan de ejercicios prescritos al alta que se debe de llevar a cabo en el domicilio y de los conocimientos necesarios para prevenir la sobrecarga del cuidador, mejora la calidad de vida de ambos.

### 9.2 Pregunta de investigación (PICO)

*¿En cuidadores principales de ancianos mayores de 75 años incluidos en un PRF, una intervención grupal de educación para la salud, redundará en un aumento de la satisfacción con la atención prestada, un descenso de la percepción de la sobrecarga del cuidador y en una mejora de la calidad de vida percibida?*

Si la hipótesis es correcta y se demuestra que los resultados de una intervención educativa grupal dirigida por enfermería afectan positivamente a la calidad de vida, la satisfacción y la disminución de sobrecarga en el cuidador de adultos mayores de 75 años incluidos en un programa de recuperación funcional, se abre la puerta a la modificación del paradigma de atención de enfermería en hospitalización de adultos mayores. Mientras el sistema actual no fomenta la intervención en cuidadores, si modificamos las pautas actuales, es probable que los mismos dispongan de herramientas para manejar de mejor manera la situación de las personas que cuidan y sus propias necesidades de cuidado y en consecuencia muestren mayor satisfacción con la atención sanitaria prestada. Si, por otra parte, los ancianos después del ingreso presentan menores niveles de deterioro funcional y cognitivo, y previsiblemente una mejor calidad de vida, también es probable que los cuidadores perciban una mejoría en su propia calidad de vida.

## **Variables independientes**

1. Intervención grupal de educación para la salud en el grupo intervención.
2. Perfil del cuidador: edad, sexo, grado de parentesco, nivel de estudios, presencia de pluripatología, estilo de vida, presencia de soporte, ingresos económicos  
**(Anexo 1)**

## **Variables dependientes**

Para valorar la eficacia e impacto del proyecto como proyección futura, se llevarán a cabo tres cuestionarios.

### **9.3 Satisfacción con la atención prestada expresada por el cuidador.**

Cuestionario CSQ-8 <sup>(40)</sup>: es un cuestionario autoadministrado diseñado para evaluar la satisfacción de los participantes con respecto a los servicios de salud. Consta de 8 items evaluados mediante escala tipo Likert de 4 puntos. Se encuentra compuesta por las siguientes categorías: calidad del servicio recibido, tipo de servicio requerido y satisfacción general. Incluye dos preguntas abiertas en las que el participante responde acerca de qué es lo que más le ha gustado del servicio y qué aspectos considera a mejorar. Se aplicará en el momento de la finalización de la intervención **(Anexo 2)**.

### **9.4 Percepción de sobrecarga del cuidador.**

Escala de Zarit <sup>(41)</sup>: se trata de un cuestionario que consta de 22 items relacionados con las sensaciones que el cuidador experimente al brindar a una persona y valuados mediante escala tipo Likert en una escala de 1 a 5 puntos. Una puntuación inferior a 47 significa ausencia de sobrecarga, el rango comprendido entre 47 y 55 indica sobrecarga leve y puntuaciones superiores a 55 puntos se relacionan con una sobrecarga intensa del cuidador. Se administrará a los 3 meses de finalizar la intervención para ver el impacto y la eficacia de ésta **(Anexo 3)**.

### 9.5 Percepción de calidad de vida por parte del cuidador.

Escala EQ-5D<sup>(42)</sup>. Se trata de un instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud. Se administrará a los 3 meses de finalizar la intervención para ver el impacto y la eficacia de ésta (**Anexo 4**).

## 10. CONCLUSIÓN

1. La revisión bibliográfica ha puesto de manifiesto la amplia variabilidad, diversidad metodológica y falta de unificación de criterios de los estudios, haciendo más difícil la comparación de los resultados; así como la escasa evidencia de los resultados obtenidos acerca del desarrollo de estudios de intervención orientados a dar soporte a los cuidadores informales.
2. La hospitalización puede desencadenar declinación funcional en los ancianos relacionada con estancia prolongada, desarrollo de otras enfermedades, aumento de los cuidados en el domicilio, institucionalización y reingreso hospitalario repercutiendo en la calidad de vida de los ancianos y sus cuidadores principales.
3. El ejercicio físico da resultados positivos en salud mejorando los diferentes componentes de la condición física, aspecto funcional y psicológico de los ancianos.
4. El desarrollo de un plan de formación como intervención grupal de educación para la salud a los cuidadores principales, puede contribuir a aliviar la depresión y el burnout aumentando la funcionalidad y la calidad de vida de las familias.



# PLAN DE FORMACIÓN

**Programa de Recuperación Funcional  
Prevención del Síndrome de Burnout y estrategias de  
actuación y afrontamiento para cuidadores informales**

## 11. PROPUESTA TEÓRICA

### 11.1 Introducción

La figura del cuidador juega un papel importante, ya que es de quien en mayor medida va a depender el anciano objeto de los cuidados y va a llevar a cabo todas las funciones y actividades dispares de la vida diaria de éste <sup>(1)</sup>.

El conocimiento de las necesidades del cuidador y el hecho de tratar de cubrirlas a tiempo, hace que el cuidado sea más apropiado y efectivo tanto para la persona que recibe los cuidados como para el que los da. Las necesidades pueden ser tan variadas como lo son las circunstancias que rodean la relación de cuidado y a sus protagonistas <sup>(1,12,32)</sup>.

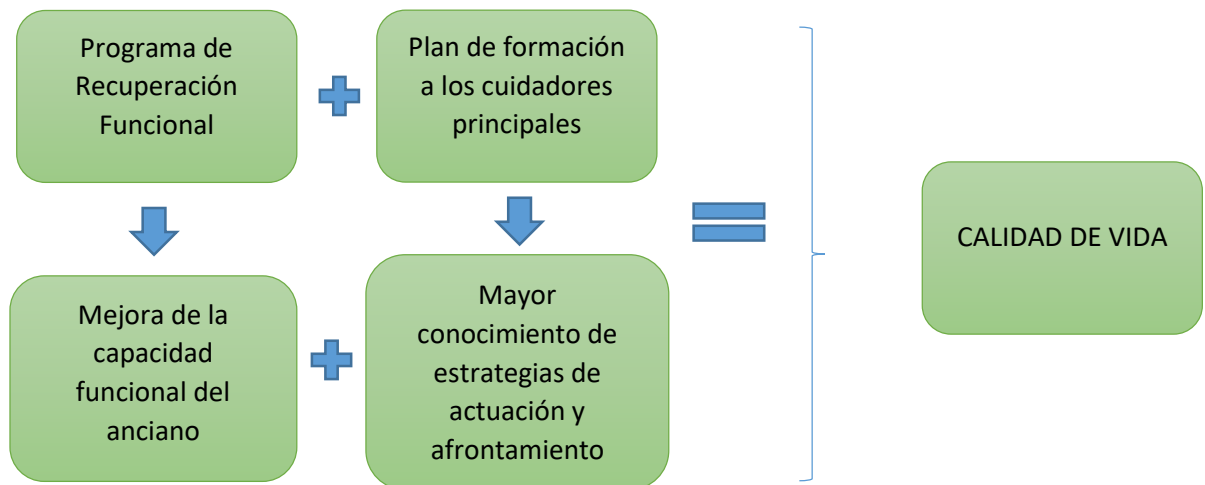
Si el cuidador principal no se encuentra en condiciones adecuadas, el cuidado que el mayor va a recibir probablemente sea deficitario, puesto que, si el cuidador no cubre sus propias necesidades, esto acaba repercutiendo en ambos. Por lo tanto, la mejor manera para afrontar el cuidado es cuidándose a uno mismo <sup>(1,12,32)</sup>.

### 11.2 Justificación

En personas de edad avanzada dependientes con discapacidad crónica y deterioro progresivo de su estado de salud, no es posible aplicar la mayoría de los tratamientos que existan para una determinada enfermedad ni los protocolos terapéuticos basados en la evidencia científica, debido a la elevada frecuencia de síntomas inespecíficos y presentaciones atípicas en estos pacientes. Por consiguiente, es necesaria la individualización de las terapias <sup>(5)</sup>.

Las enfermedades en los ancianos suelen tener mayor repercusión en su entorno familiar y social debido a la facilidad de aparición de dependencia y/o confusión mental durante su evolución. El estrés que genera el cuidado continuado, hace necesaria la intervención de los ámbitos sanitarios y sociales. Se propone establecer programas preventivos de entrenamiento acerca del cuidado dirigidos a los familiares de los ancianos con el fin de contribuir a su bienestar <sup>(32)</sup>.

Para ello, se plantea un plan de formación para enseñar a los cuidadores principales los ejercicios individualizados del paciente a realizar en el domicilio y los conocimientos, técnicas y habilidades para prevenir la sobrecarga del cuidador.



**Figura 7:** Justificación de manera gráfica. *Fuente:* elaboración

### 11.3 Objetivos

#### 11.3.1 Objetivo general

Proporcionar a los cuidadores informales la formación y habilidades necesarias para poner en práctica los ejercicios del Programa de Recuperación Funcional, así como aumentar los conocimientos de las conductas y actitudes sobre prevención y afrontamiento del Síndrome de Burnout.

#### 11.3.2 Objetivos específicos

- Enseñar los ejercicios del Programa de Recuperación Funcional
- Identificar el perfil del cuidador en el grupo de intervención
- Identificar la existencia de signos y síntomas de Burnout en los cuidadores
- Establecer medidas de prevención y afrontamiento del Burnout
- Fomentar el autocuidado
- Aumentar en la medida de los posible la calidad de vida de los ancianos y cuidador no formal



#### 11.4 Diseño

La intervención que se propone para dar respuesta a los objetivos planteados del estudio, es un diseño de un plan de formación de carácter grupal y una valoración de su eficacia e impacto a los 3 meses del alta del paciente.

El proyecto se llevará a cabo en la UGA del SG-CHN. El grupo intervención recibirá educación para la salud de carácter grupal dentro de la primera semana posterior al alta del paciente además de la atención habitual (en el momento del alta el informe clínico correspondiente, con la pauta de ejercicios prescrita al paciente y el informe de continuidad de cuidados de enfermería si procede).

Las sesiones serán impartidas por el equipo de enfermería y para facilitar la asistencia a las mismas se ofrecerán distintos días y horarios de la semana.

#### 11.5 Población diana

Se incluirán como sujetos de la intervención los cuidadores principales de ancianos mayores de 75 años hospitalizados en la UGA del SG-CHN que participen en el PRF.

Se entenderá por cuidador: aquella persona, siendo familiar o no del paciente, que se encarga del acompañamiento del paciente en el hospital, de la asistencia de las decisiones clínicas que tenga que tomar y de la proporción de los cuidados necesarios en el domicilio habitual para asegurarle una calidad de vida adecuada.

##### ▪ Criterios de inclusión

- Cuidador de un paciente hospitalizado mayor de 75 años que ha sido incluido en el PRF.
- Firma del consentimiento informado para la realización de los cuestionarios.

##### ▪ Criterios de exclusión

- Negativa a firmar el consentimiento informado.
- Expectativa de vida inferior a 3 meses en la fase terminal del paciente cuidado.
- Imposibilidad de seguimiento.

- Imposibilidad de participar en un programa de educación para la salud.
- Presencia de deterioro cognitivo o deficiencia mental que impidan seguir el proyecto educativo.

## 11.6 Contenidos

Los contenidos que se van a abordar en el plan de formación son los siguientes:

### **1. Programa de Recuperación Funcional (PRF)**

- a) Ejercicio físico en adultos mayores
- b) Tipos de programa de entrenamiento multicomponente
- c) Ejercicios recomendados para cada nivel funcional
- d) Control de signos y síntomas de intolerancia al ejercicio
- e) APP para el móvil

### **2. Síndrome de Burnout**

- a) Cuestionario: perfil del cuidador
- b) Síndrome de Burnout
- c) Estrategias de intervención y afrontamiento
- d) Técnica de resolución de problemas (TRP)
- e) Autocuidado: cuidado al cuidador

## 11.7 Metodología

El diseño del plan de formación se sustenta en el modelo pedagógico *Educere*, fomentando la enseñanza participativa e integradora teniendo el apoyo y el asesoramiento como principales bases. De esta manera, tanto el emisor como receptor adoptan un papel activo a lo largo de las sesiones. Así pues, el programa se apoya en presentaciones, casos prácticos y dinámicas grupales que promueven el interés y la motivación de los participantes.

### **Metodología unidireccional**

- Medio audiovisual: material escrito de los contenidos
- Medio audiovisual: power point
- Medio audiovisual: cuestionario

### **Metodología bidireccional**

- Método directo: charla
- Método directo: enseñanza práctica
- Método directo: discusión de grupo

**Tabla 20:** Síntesis de la planificación del programa de formación. *Fuente:* elaboración propia.

OBJETIVOS / CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO	RECURSOS
<b>1º SESIÓN:</b> Acogida, presentación y contrato Ejercicio físico en adultos mayores Tipos de programa de entrenamiento multicomponente Ejercicios recomendados para cada nivel funcional Control de signos y síntomas de intolerancia al ejercicio APP para móvil Despedida	Dirigida a las relaciones Expositivas Expositivas Expositivas / Desarrollo de habilidades Expositivas Expositivas / Desarrollo de habilidades Dirigida a las relaciones	GG GG GG GG/GP GG GG GG	<b>1h 35'</b> 10' 15' 10' 30' 15' 10' 5'	Aula Ordenador Proyector Power Point Mesas y sillas Esterillas, pesas, cinta elástica, tolla, pelotas Material escrito y bolígrafo
<b>2º SESIÓN</b> Acogida, presentación y contrato Cuestionario: perfil del cuidador Síndrome de Burnout Estrategias de intervención y afrontamiento Despedida	Dirigida a las relaciones Investigación en el aula Expositivas / Investigación en el aula Expositivas Dirigida a las relaciones	GG TI GG GG GG	<b>1h 25'</b> 10' 10' 30' 30' 5'	Aula Ordenador Proyector Power Point Material escrito y bolígrafo
<b>3º SESIÓN</b> Acogida, presentación y contrato Técnica de resolución de problemas Autocuidado: cuidar al cuidador Despedida	Dirigida a las relaciones Expositiva / Investigación en el aula / Análisis Expositiva Dirigida a las relaciones	GG GG GG GG	<b>1h 10'</b> 10' 40' 15' 5'	Aula Ordenador Proyector Power Point Material escrito y bolígrafo

## 11.8 Desarrollo de las sesiones

Se impartirán 3 sesiones de duración variable. Se llevarán a cabo en la UGA del SG-CHN por el equipo de enfermería especializado en geriatría y atención a pacientes dependientes.

### 11.8.1 1º Sesión

**Acogida, presentación y contrato.** - *De relación* -. Las personas que acuden a este taller son cuidadores familiares o informales de adultos mayores de 75 años.

- **Acogida.** Saludar, dar la bienvenida y utilizar conductas verbales y no verbales que transmitan interés, confianza y aceptación.
- **Presentación.** Presentación de los profesionales y de los componentes del grupo para fomentar que se conozcan y la cohesión del mismo. Se hará una ronda para que se presenten y digan que esperan de este plan de formación se les da voz para que participen. De esta manera se posibilita la participación de todos los miembros.
- **Contrato.** Se pactan los objetivos y contenidos a desarrollar, así como los compromisos (puntualidad, respeto, educación, no uso de móviles...), el tiempo y la secuenciación de las sesiones.

#### 1. Ejercicio físico en adultos mayores.

- **Exposición con discusión.** - *Técnicas expositivas* -. Se expondrá el siguiente temario con la ayuda de un Power Point que servirá de apoyo.
- **Lección participada.** - *Técnicas expositivas* -. Primero se les plantea que expresen sus conocimientos previos sobre el tema y posteriormente se realiza una exposición sobre el mismo. Se creará un clima tolerante sin que adopte un carácter de evaluación.

## **2. Tipos de programa de entrenamiento multicomponente.**

- **Exposición con discusión.** - *Técnicas expositivas* -. Se expondrá el siguiente temario con la ayuda de un Power Point que servirá de apoyo.

## **3. Ejercicios recomendados para cada nivel funcional**

- **Exposición con discusión.** - *Técnicas expositivas* -. Se expondrá el siguiente temario con la ayuda de un Power Point que servirá de apoyo.
- **Demostración con entrenamiento.** - *Técnicas de desarrollo de habilidades* -. Se explica y a continuación se realizan los ejercicios. Posteriormente, se les pide a los cuidadores que ellos mismos los lleven a cabo. Para ello, se hacen grupos pequeños para que el ejercicio sea más fácil y dinámico. El docente monitoriza su realización.

## **4. Control de signos y síntomas de intolerancia al ejercicio**

- **Exposición con discusión.** - *Técnicas expositivas* -. Se expondrá el siguiente temario con la ayuda de un Power Point que servirá de apoyo.

## **5. APP para el móvil - *Técnicas expositivas* -. Se expondrá el siguiente temario.**

- **Exposición con discusión.** - *Técnicas expositivas* -. Se expondrá el siguiente temario con la ayuda de un Power Point que servirá de apoyo.
- **Demostración con entrenamiento.** - *Técnicas de desarrollo de habilidades* -. Se explica y se lleva a cabo con el móvil de manera instantánea. Posteriormente, se les pide a los cuidadores que se descarguen la aplicación para que observen y aprendan su uso.

**Despedida.** Se resumen y se subrayan los contenidos más relevantes. Se posibilita el *feed-back* del educando o del grupo.

### 11.8.2 2ª Sesión

**Acogida, presentación y contrato.** - *De relación* -. Las personas que acuden a este taller son cuidadores familiares o informales de adultos mayores de 75 años.

- **Acogida.** Saludar, dar la bienvenida y utilizar conductas verbales y no verbales que transmitan interés, confianza y aceptación.
- **Presentación.** Como el grupo ya es conocido por la sesión anterior, se aclaran las dudas en caso de que las hubiera y se da comienzo a presentar la temática y el contenido de esta nueva sesión.
- **Contrato.** Se pactan los objetivos y contenidos nuevos a desarrollar, y se refuerzan los anteriores, además de los compromisos (puntualidad, respeto, educación, no uso de móviles...), el tiempo y la secuenciación de las sesiones.

**Cuestionario.** - *Técnica de investigación en el aula* -. Se les pide que en trabajo individual rellenen las variables de control para determinar el perfil de los cuidadores (se adjuntará como anexo al final del trabajo).

#### 1. Síndrome de Burnout

- **Exposición con discusión.** - *Técnicas expositivas* -. Se expondrá el siguiente temario con la ayuda de un Power Point que servirá de apoyo. Los participantes podrán discutir y opinar de manera libre.
  - Definición
  - Causas
  - Aspectos y dimensiones
  - Sintomatología: **Tormenta de ideas.** – *Técnicas de investigación en el aula* -. Se les pide que identifiquen los síntomas que tienen y los compartan con el grupo. Después se comprobará si los síntomas que han mencionado aparecen en la tabla expuesta.

## 2. Estrategias de intervención y afrontamiento

- **Exposición con discusión.** - *Técnicas expositivas* -. Se expondrá el siguiente temario con la ayuda de un Power Point que servirá de apoyo. Los participantes podrán discutir y opinar de manera libre.
- Estrategias individuales
- Estrategias grupales

**Despedida.** Se resumen y se subrayan los contenidos más relevantes. Se posibilita el *feed-back* del educando o del grupo.

### 11.8.3 3ª Sesión

**Acogida, presentación y contrato.** - *De relación* -. Las personas que acuden a este taller son cuidadores familiares o informales de adultos mayores de 75 años.

- **Acogida.** Saludar, dar la bienvenida y utilizar conductas verbales y no verbales que transmitan interés, confianza y aceptación.
- **Presentación.** Como el grupo ya es conocido por la sesión anterior, se aclaran las dudas en caso de que las hubiera y se da comienzo a presentar la temática y el contenido de esta nueva sesión.
- **Contrato.** Se pactan los objetivos y contenidos nuevos a desarrollar, y se refuerzan los anteriores, además de los compromisos (puntualidad, respeto, educación, no uso de móviles...), el tiempo y la secuenciación de las sesiones.

## 1. Técnica de resolución de problemas (TRP)

- **Exposición con discusión.** - *Técnicas expositivas* -. Se expondrá el siguiente temario con la ayuda de un Power Point que servirá de apoyo. Los participantes podrán discutir y opinar de manera libre.



- Definición del problema. **Tormenta de ideas** - *Técnicas de investigación en el aula*  
Se les pide que identifiquen los problemas que tienen y los compartan con el grupo. Los profesionales de la salud deben ayudar a concretizar el problema detectado por el cuidador.
- **Caso**. - *Técnicas de análisis* -. Se selecciona un problema en concreto y se propone un caso. Con este caso se aplicará la TRP para dar ejemplo de cómo se lleva a cabo.
- Seleccionar metas alcanzables: Enfermería ayuda a considerar las consecuencias de cada alternativa en el entorno del familiar cuidado, gente más cercana (familia, pareja, amigos, etc.) así como los beneficios y/o dificultades que la elección puede suponer a corto y/o largo plazo.
- Puesta en marcha de la solución elegida
- Evaluación del proceso de aplicación de la TRP

## 2. Autocuidado: cuidar al cuidador

- **Exposición con discusión**. - *Técnicas expositivas* -. Se expondrá el siguiente temario con la ayuda de un Power Point que servirá de apoyo. Los participantes podrán discutir y opinar de manera libre.

**Despedida**. Se resumen y se subrayan los contenidos más relevantes. Se posibilita el *feed-back* del educando o del grupo.

## 11.9 Cronograma

**Tabla 21:** Cronograma de las sesiones del plan de formación. *Fuente:* elaboración propia.

SESIONES	FECHA	HORA
<b>1º SESIÓN</b>	A concretar*	A concretar*
<b>2º SESIÓN</b>	A concretar*	A concretar*
<b>3º SESIÓN</b>	A concretar*	A concretar*

\*Las fechas y horas de las sesiones se acordarán conforme a la disponibilidad de los educadores y participantes. Para facilitar la asistencia a las mismas se ofrecerán distintos días y horarios de la semana. Se llevará a cabo dentro de la primera semana posterior al alta del paciente.

### 11.10 Lugar

El plan de formación se llevará a cabo en la Unidad de Geriatria de Agudos (UGA) del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). Se dispondrá de un aula con los recursos requeridos para el desarrollo de las sesiones.

### 11.11 Agentes de la salud

El equipo de Enfermería será el responsable de impartir el programa. Enfermería juega un papel imprescindible a la hora de enseñar cómo realizar en el domicilio las actividades de rehabilitación funcional prescritas, junto con las actividades de promoción de la salud y prevención de la sobrecarga del cuidador en pacientes geriátricos.

### 11.12 Recursos

- Humanos: 2 profesionales de enfermería con conocimiento en metodología de educación para la salud además de estar familiarizado con la atención a pacientes geriátricos y en situaciones de dependencia.
- Materiales (técnicos):
  - Ordenador
  - Proyector
  - Power Point
  - Aula acondicionada para
  - Mesas y sillas
  - Esterillas
  - Pesas
  - Toalla
  - Cinta elástica
  - Pelotas
  - Contenido escrito
  - Bolígrafos

### 11.13 Aspectos éticos y legales

Los cuestionarios y escalas se realizarán de acuerdo con lo establecido a la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos <sup>(43)</sup> y en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y documentación clínica <sup>(44)</sup>.

Cualquier dato que se recoja en el proyecto será confidencial. El uso de resultados obtenidos únicamente será empleado con fines de docencia e investigación. Los datos se registrarán y manipularán de manera disociada (anónima), de forma que en ningún momento se utilice nombre y apellidos del participante, sino un número de identificación.

Basándonos en la “Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos” <sup>(43)</sup> y los derechos ARCO del paciente, el participante que realice la evaluación del plan de formación tendrá derecho a ejercer el control de sus datos personales, es decir, podrá acceder, rectificar, cancelar u oponerse al uso de sus datos.

## 11.14 Programa de recuperación funcional

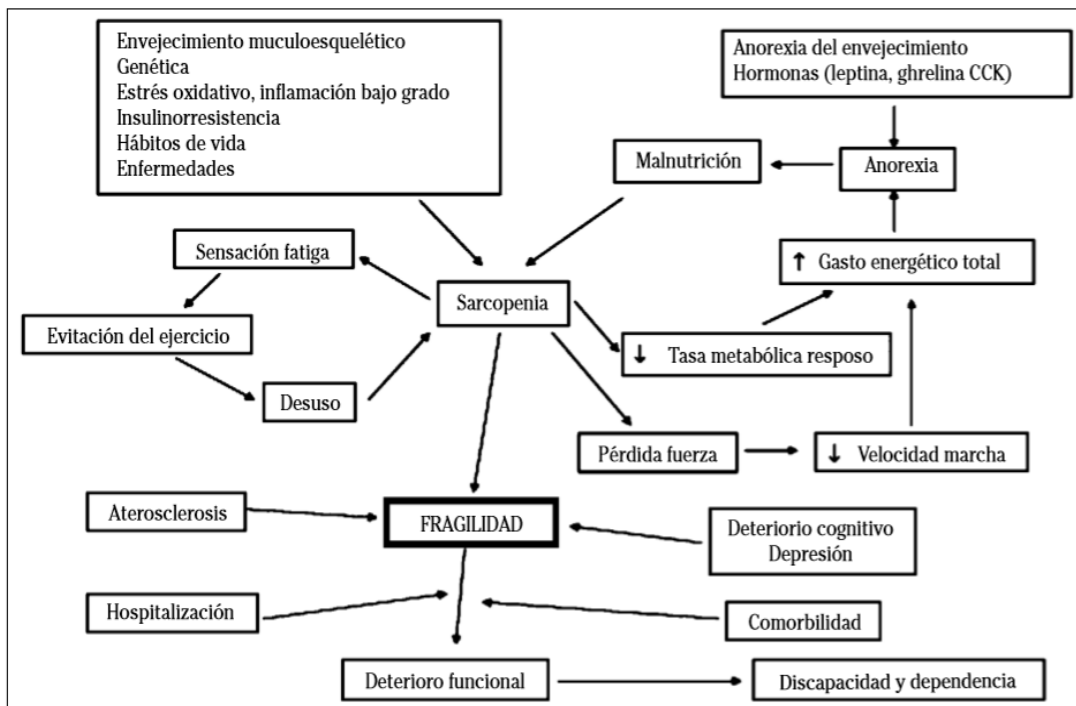
### 11.14.1 Ejercicio físico en adultos mayores

Asociados al hecho de envejecer, se producen cambios relevantes en las reservas fisiológicas de múltiples áreas o sistemas del cuerpo humano (capacidades físicas y sensoriales) <sup>(45)</sup>.

La condición muscular es uno de los componentes de la condición física, que si se ve afectado puede causar pérdida progresiva y generalizada de masa muscular esquelética conocida como **sarcopenia**, la cual interfiere negativamente en la calidad de vida de los ancianos generando una mayor pasividad y dependencia <sup>(46,47)</sup>. Este deterioro de la fuerza y masa muscular junto con la disminución de la capacidad física, aumenta las posibilidades de alteraciones posturales, pérdida de movilidad articular y flexibilidad y deterioro de la capacidad funcional <sup>(47)</sup>. Por consiguiente, existe una reducción de las actividades de la vida diaria (AVD), mayor riesgo de caídas y una pérdida de la independencia convirtiendo al anciano en frágil <sup>(38,48)</sup>.

La **fragilidad** es un síndrome biológico inherente al envejecimiento. Fried propuso el fenotipo físico de la fragilidad incluyendo los siguientes dominios <sup>(37)</sup>:

- Pérdida de peso no intencionada (>4,5 kg/año)
- Debilidad (medida a través de la fuerza de presión)
- Cansancio
- Baja resistencia
- Lentitud (medida mediante velocidad de la marcha)
- Bajo grado de actividad física



**Figura 8:** Ciclo de la fragilidad. *Fuente:* Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil

Por lo tanto, la inactividad física y el sedentarismo, son uno de los factores principales de la pérdida y deterioro de la función muscular <sup>(48)</sup>.

La condición física se obtiene mediante la realización de ejercicio de manera planificada y estructurada. Los **programas de ejercicio físico multicomponentes**, constituyen las intervenciones más eficaces para retrasar la discapacidad y otros eventos adversos como el riesgo de caídas, el deterioro cognitivo, enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad, depresión e incluso el riesgo de mortalidad <sup>(48)</sup>.






El objetivo fundamental en la atención a este grupo de población es mejorar su salud, bienestar y calidad de vida. Por ello, en este plan de formación asociado al Programa de Recuperación Funcional (PRF), se prescriben los ejercicios físicos dependiendo de la capacidad funcional del anciano, de una manera progresiva e individualizada adaptado a las necesidades de cada uno <sup>(48)</sup>.

### 11.14.2 Tipos de programa de entrenamiento multicomponente






En función de la puntuación que se alcance en las valoraciones de Batería Reducida para la Valoración del Rendimiento Físico (SPPB) y la Velocidad de la Marcha en 6 metros, se determinan diferentes niveles de capacidad funcional con un determinado programa individualizado de intervención de ejercicio físico multicomponente <sup>(48)</sup>.

Si la intervención de ejercicio físico se acompaña de una valoración del estado nutricional y su correspondiente intervención nutricional, la eficacia de estos programas mejorará (48).

**Tabla 22:** Niveles funcionales. Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años. Vivifrail.  
Fuente: Elaboración propia

	Limitación grave. DISCAPACITADO		
	Limitación moderada. FRÁGIL		
 	Limitación leve. FRÁGIL / PREFRÁGIL		
	Limitación mínima o sin limitación. AUTÓNOMO		

VALORACIÓN FUNCIONAL			
Limitación grave <b>DISCAPACITADO</b>  Marcha nula. En silla o encamado. Normalmente no puede mantenerse en pie. No hace levantadas.	Limitación moderada <b>FRÁGIL</b>  Marcha con dificultad o con ayuda. Hace alguna levantada. Con dificultad de completar pruebas de equilibrio.	Limitación leve <b>FRÁGIL PREFRÁGIL</b>  Marcha autónoma. Trastornos de la marcha. Equilibrio sutil. Alguna dificultad para hacer 5 levantadas.	Limitación mínima o sin limitación <b>AUTÓNOMO</b>
<b>SPPB 0-3</b> VM (6m) < 0,5 m/s	<b>SPPB 4-6</b> VM (6m) 0,5 - 0,8 m/s	<b>SPPB 7-9</b> VM (6m) 0,9 - 1 m/s	<b>SPPB 10-12</b> VM (6m) > 1 m/s
  Limitación grave Discapacitado <b>Haciendo estos ejercicios conseguirás levantarte de la silla</b>	  Limitación moderada Frágil <b>Si haces estos ejercicios notarás una gran mejoría</b>	   Limitación leve Frágil Pre-frágil <b>El objetivo de estos ejercicios es que sigas disfrutando caminando</b>	  Limitación mínima o sin limitación <b>¡No te relajes! Si paras puedes empeorar rápidamente</b>

**Figura 9:** Niveles funcionales. Fuente: Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años. Vivifrail.

### 11.14.3 Ejercicios recomendados para cada nivel funcional

Disponible en: [Programa de Recuperación Funcional.pdf](#)

### 11.14.4 Control de signos y síntomas de intolerancia al ejercicio

A continuación, se indican algunos signos y síntomas de intolerancia al ejercicio físico que deberían ser contralados durante la realización de ejercicio físico <sup>(48)</sup>.

**Tabla 23:** Signos y síntomas de intolerancia al ejercicio. Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años. Vivifrail. *Fuente:* Elaboración propia

SIGNOS / SÍNTOMAS	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sensación de falta de aire</li><li>▪ Dolor/opresión en el pecho</li><li>▪ Palpitaciones</li><li>▪ Mareos o pérdida de conciencia</li><li>▪ Dificultad para mantener una conversación de manera confortable mientras realiza el ejercicio físico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fatiga intensa</li><li>▪ Color azul de piel en labios o debajo de las uñas</li><li>▪ Náusea</li><li>▪ Piel pálida, húmeda o fría</li></ul>
ACTUACIÓN	
En el caso de tener alguno de ellos debería de parar la práctica inmediatamente y consultar su médico.	

### 11.14.5 App para móvil

Vivifrail App está dirigida a monitores, preparadores físicos, profesionales en el ámbito de la salud, personal médico y no médico de residencias de ancianos, así como a profesionales en el ámbito de las Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, Enfermería y Fisioterapia encargados del cuidado de mayores de 70 años <sup>(48)</sup>.

Esta App permite clasificar a las personas mayores, en función de su riesgo de pérdida de capacidad funcional, dependencia y riesgo de caídas. Una vez el anciano ha sido categorizado, la App propone la realización de un programa individualizado de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años <sup>(48)</sup>.

El programa de entrenamiento físico multicomponente está basado en una serie de ejercicios dependiendo del nivel de capacidad funcional del anciano (limitación grave, limitación moderada y limitación leve). Permitirá desarrollar <sup>(48)</sup>:

- ✓ La fuerza y la potencia, tanto de brazos como de piernas.
- ✓ El equilibrio y la marcha, con el fin de evitar las caídas.
- ✓ La flexibilidad.
- ✓ La resistencia mediante ejercicios de cardiovascular.

Siguiendo estos sencillos programas, un anciano puede mejorar la capacidad funcional, así como evitar el síndrome de fragilidad y riesgo de caídas.

Esta App permite :

- ✓ Trabajar con varios ancianos.
- ✓ Cribado de la fragilidad y riesgo de caídas.
- ✓ Seguimiento de programa de ejercicio físico multicomponente.
- ✓ Realizar correctamente los ejercicios gracias a sus completas y sencillas explicaciones, así como a los vídeos que acompañan cada ejercicio"<sup>(48)</sup>.



**Figura 10:** App Vivifrail. Fuente: Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años. Vivifrail.



## 11.15 Síndrome de Burnout

### 11.15.1 Definición

El síndrome de Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Una de las definiciones más aceptadas para definir el estrés laboral es “respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales, son un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar” <sup>(49)</sup>.

### 11.15.2 Causas

- Aburrimiento
- Estrés
- Pobres condiciones económicas
- Sobrecarga del trabajo
- Falta de control y de autonomía
- Ambigüedad y conflicto de rol
- Falta de estimulación y de motivación
- Aislamiento
- Falta de apoyo
- social
- Falta de formación para realizar las tareas <sup>(50)</sup>

Cuando las exigencias de trabajo son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, se generan las condiciones propicias para que junto con las fuentes de estrés mencionadas anteriormente, produzcan al individuo un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del Síndrome de Burnout <sup>(50)</sup>

### 11.15.3 Aspectos y dimensiones

Maslach y Jackson identificaron los tres aspectos o dimensiones del Burnout:

1. Cansancio emocional –“no puedo más” – Se ha definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga que puede manifestarse física, psicológicamente o como una combinación. No pueden dar más de sí mismo a nivel afectivo. Es una progresiva pérdida de las energías vitales y de los recursos emocionales propios, además del cansancio experimentado. La persona que lo sufre tiene la sensación de que ha llegado al límite de sus posibilidades <sup>(49)</sup>
2. Despersonalización –“no me importa” – Implica actitudes negativas y de inestabilidad hacia otras personas <sup>(49)</sup>.
3. Falta de realización personal –“no valgo” – Es la tendencia a evaluarse negativamente, sobre todo en la capacidad para realizar el trabajo y relacionarse con la persona que atienden. Los cuidadores se sienten descontentos e insatisfechos consigo mismos <sup>(49)</sup>.

### 11.15.4 Sintomatología

**Tabla 24:** Signos y síntomas del Burnout. Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud <sup>(50)</sup>. Fuente: elaboración propia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS FÍSICOS	SIGNOS Y SÍNTOMAS PSÍQUICOS	SIGNOS Y SÍNTOMAS LABORALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Astenia</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Cefaleas</li> <li>- Fatiga</li> <li>- Agotamiento</li> <li>- Insomnio</li> <li>- Trastornos gastrointestinales</li> <li>- Dolores generalizados</li> <li>- Malestares indefinidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de entusiasmo e interés</li> <li>- Dificultad para concentrarse</li> <li>- Permanente estado de alerta</li> <li>- Actitud reflexiva</li> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Impaciencia</li> <li>- Depresión</li> <li>- Negativismo</li> <li>- Frustración</li> <li>- Desesperanza</li> <li>- Desasosiego.</li> <li>- Sentimiento de culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desinterés por las actividades de ocio</li> <li>- Aislamiento familiar y social</li> </ul>

### 11.15.5 Estrategias de intervención y afrontamiento

El Burnout se trata de una respuesta al estrés cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento. Para ello, se expondrán estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout <sup>(50,51)</sup>.

#### 1. Estrategias individuales

El cuidador debe saber que las reacciones de agotamiento son normales ante una situación límite y que la mejor manera de combatirlas es solicitando apoyo.

Estas estrategias están recomendadas en cualquier momento, incluso antes de que se presenten los primeros síntomas del Burnout, ya que puede prevenir su aparición. El objetivo es que el individuo aprenda estrategias que le permitan afrontar el estrés y prevenir sus consecuencias sin abandonar el propio autocuidado.

Estas estrategias se dirigen a regular las emociones, desarrollar habilidades comunicativas, entrenarse en la solución de problemas y el manejo eficaz del tiempo, y adoptar estilos de vida saludables. Para ello precisa <sup>(50,51)</sup>:

Organización y planificación de las tareas y del tiempo: tratan de cambiar el marco organizativo, con prioridad de valores democráticos y de una amplia participación de los cuidadores en el proceso de cambio <sup>(12)</sup>.

- No sobrecargarse de tareas.
- Marcarse objetivos reales, a corto plazo y factibles de conseguir. No mantener expectativas irreales.
- Planificar las actividades de la semana y del día. Establecer prioridades de tareas. Decidir qué cosas no se van a poder realizar con bastante probabilidad. La falta de tiempo es una de las primeras causas de agobio.
- Delimitar las funciones. Es decir, clarificar que tareas están bajo su responsabilidad y cuántas puede asumir sin llegar a desbordarse <sup>(50,51)</sup>.

Apoyo y ayuda: se trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia para afrontar de forma más eficiente los estresores propios del trabajo y potenciar la percepción de control y autoeficacia personal <sup>(12)</sup>.

- Solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o en los momentos de presión.
- Ser capaz de delegar tareas en otros familiares o personal contratado. No creerse indispensable.
- Solicitar información, formación y conocimientos prácticos cuando crea necesario para enfrentar los problemas derivados: nutrición e higiene del anciano, adaptación del hogar, movilizaciones... <sup>(50,51)</sup>

Aspectos emocionales: se utilizan técnicas cognitivo-conductuales para hacer frente a las interpretaciones erróneas o desadaptativas, técnicas de entrenamiento en relajación, de autorregulación o mejora de habilidades sociales <sup>(12)</sup>.

- Mantenerse automotivado, autorreforzándose con los éxitos y no fijándose solo en las deficiencias y fallos que se tengan.
- Aprender a controlar las emociones, no enfadarse al creer que se está sufriendo una injusticia. Hay que intentar exponer las quejas con explicaciones basadas en hechos concretos y proponiendo soluciones.
- Trabajar la asertividad
- Desahogarse ante las situaciones que inquieten o preocupen. Compartir los problemas, las dudas y opiniones. Expresar abiertamente a otros las frustraciones, temores y sentimientos. Un escape emocional siempre es beneficioso.
- Tener la capacidad de decir “no” <sup>(50,51)</sup>.

## **2. Estrategias grupales**

Fomentar por parte de los compañeros el apoyo social

Apoyo informativo: le permite al sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo. Los compañeros reciben nueva información al compartir sus experiencias con el resto del grupo, y de esta manera, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen.

Apoyo emocional: relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro. Obtienen refuerzo social, apoyo emocional y consejos. Se debe de escuchar a la persona de manera activa, sin juzgar sus acciones (50,51).

### 11.15.6 Técnica de resolución de problemas

La Técnica de Resolución de Problemas (TRP) es un recurso que permite aprender a identificar, aceptar y responder a un problema de cuidados, buscando soluciones de forma reflexiva y efectiva.

Se hace un repaso de los síntomas que presenta, tanto físicos como psicológicos que le generan malestar. La TRP es una herramienta que tiene el profesional de enfermería para ayudar a reflexionar, al mismo tiempo formando a la cuidadora en la mejora de la toma de decisiones relacionadas con una situación-problema difícil de resolver y que le genera malestar <sup>(52)</sup>.

#### 1. Definición del problema

El objetivo de la técnica en este apartado es el de fomentar un análisis reflexivo del problema de cuidados, que conduzca a la utilización de estrategias de afrontamiento adecuadas para cada situación.

El cuidador debe hacerse las siguientes preguntas para poder definir correctamente el problema a solucionar:

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Cuándo ocurre el problema?
- ¿Dónde ocurre el problema?
- ¿Quién o quiénes están involucrados en el problema? <sup>(52)</sup>

#### 2. Seleccionar metas alcanzables

El objetivo de esta fase sería reflexionar sobre creencias y valores implícitos en las dificultades de la cuidadora. Facilitando la resolución de sus problemas presentes y poder tratarlos en “el aquí y el ahora”.

Mediante una lluvia de ideas se proponen las posibles soluciones al problema planteado. Se valoran los pros y los contras de cada alternativa, ordenando las soluciones y evaluándolas en función de su grado de eficacia y efectividad. Entre las alternativas posibles se elige aquella que a la cuidadora le parece más adecuada y se concretan las actividades que se llevarán a cabo <sup>(52)</sup>.

### 3. Puesta en marcha de la solución elegida

Se estimulan y refuerzan la confianza de las propias capacidades para poner en práctica las soluciones, además de facilitar los elementos o recursos necesarios para llevar a cabo la acción elegida <sup>(52)</sup>.

### 4. Evaluación del proceso de aplicación de la TRP

Se debe realizar una autoevaluación del proceso y valorar la satisfacción o no de los resultados obtenidos.

- Resultados satisfactorios: reforzar y apoyar el esfuerzo realizado en la puesta en marcha de la alternativa elegida. Resultados insatisfactorios: realizar un nuevo análisis del proceso de la TRP en cada una de sus fases.
- Resultados insatisfactorios: realizar un nuevo análisis del proceso de la TRP en cada una de sus fases <sup>(52)</sup>

#### Fases de la Técnica de Resolución de Problemas



**Figura 11:** Fases de la Técnica de Resolución de Problemas. *Fuente:* Guía de cuidados de Enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria

## 11.16 Autocuidado: cuidar al cuidador

---

### AUTOCUIDADO: CUIDAR AL CUIDADOR <sup>(50,51)</sup>

---

El cuidador no tiene que caer en el sacrificio total y olvidarse completamente de sí mismo, ha de reservar un tiempo para sus propias necesidades.



Dedicar una parte del día al tiempo libre. No es tan importante disponer de mucho tiempo libre sino disfrutar el que se tiene.



Promocionar la independencia del paciente. No debe realizar el cuidador lo que el anciano puede hacer por sí mismo.

Cuidar la alimentación. Mantener una dieta adecuada, variada y equilibrada. Hay que procurar no abusar del café, tabaco, alcohol y otros estimulantes.



Dormir un número de horas suficiente. Realizar descansos a lo largo del día: parar diez minutos cada dos horas.

Realizar ejercicio físico con regularidad.



Evitar el aislamiento. Mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias, compartiendo emociones y sentimientos con los amigos y familiares.

---

\*Se les ofrece una página web donde consultar videos demostrativos acerca de dudas que puedan tener en la atención al mayor dependiente. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/videos-demostrativos>



### 11.17 Evaluación

Se debe de realizar una evaluación del presente plan de formación para poder detectar las posibles áreas de mejora y potenciar sus fortalezas. De este modo, se plantea la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados del plan mediante un cuestionario de valuación general.

<b>CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN</b>	
<b>➤ <u>Evaluación de la ESTRUCTURA</u></b>	
<b>1. ¿Cómo valorarías la organización del curso?</b>	
<b>Nº de horas</b>	<input type="checkbox"/> Pocas <input type="checkbox"/> Suficientes <input type="checkbox"/> Excesivas  • Observaciones: .....
<b>Espacio</b>	<input type="checkbox"/> Apropiado <input type="checkbox"/> No apropiado  • Observaciones: .....
<b>Horario</b>	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado  • Observaciones: .....
<b>Recursos didácticos y personales</b>	<input type="checkbox"/> Adecuados <input type="checkbox"/> No adecuados  • Observaciones: .....

Adecuados

**Materiales**  No adecuados

• Observaciones:

.....

➤ **Evaluación del PROCESO**

1. **¿Se han realizado las actividades en la forma y tiempo previsto?**

2. **¿Las técnicas utilizadas han sido útiles? ¿Eran adecuadas al grupo? ¿Se han presentado y gestionado adecuadamente?**

3. **Clima (tipo de comunicación / estilo personal / técnicas de gestión por parte del educador/a)**

4. **Participación y asistencia (Nº y tipo)**

➤ **Evaluación de los RESULTADOS**

- 1. ¿Los objetivos y contenidos se han ajustado a los intereses de los alumnos?**
- 2. ¿Se han observado dificultades a la hora de trabajar?**
- 3. Observaciones:**

## 12. AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento al director de este trabajo fin de grado, Dr. Tomás Belzunegui Otano, por la dedicación y apoyo que me ha brindado, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas. Gracias por la confianza ofrecida desde el principio.

Asimismo, agradezco a mi asesor externo Sergio Ladrón Arana, Jefe de Unidad de Geriátrica del CHN, por ser generador de ideas, proyectos y esfuerzos. Gracias por su amabilidad, su tiempo y dedicación, así como por su orientación y atención a mis consultas.

No obstante, este trabajo fin de grado también es fruto del reconocimiento y del apoyo vital que me ha ofrecido mi familia, sin la cual no hubiera tenido la fuerza y la energía que me anima a crecer como persona y como profesional. Gracias a mis padres y a mi hermana, porque con ellos compartí los momentos de estrés, agobio e indecisión. Gracias por haberme prestado apoyo moral y humano.

Por lo recientemente comentado,

A todos, muchas gracias.

### 13. BIBLIOGRAFÍA

1. Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J, Petidier Torregrossa R. Cuidados del cuidador. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 471-479.
2. Christian Lindmeier. OMS | «Envejecer bien», una prioridad mundial [Internet]. WHO. World Health Organization; 2014 [cited 2018 May 2]. p. 12–4. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>
3. Vidas Dominguez MJ, Labeaga Azcona JM, Casado Durandez 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. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado. 2017. 540 p.
4. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Apr;51(4):451–8.
5. Domarus von A, Farreras Valentí P, Rozman C, Cardellach López F. Geriatria. Medicina interna. Barcelona: Elsevier España; 2016. p. 1229-1258.
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Med Sci Am.* 2001;56(3):146–56.
7. Ocampo JM, Reyes-Ortiz CA. Revisión sistemática de literatura. Declinación funcional en ancianos hospitalizados. Vol. 22, *Revista Médica de Risaralda.* 2016. 49-57 p.
8. Casas Herrero Á, Cadore EL, Martínez Velilla N, Izquierdo Redin M. El ejercicio físico en el anciano frágil: Una actualización. Vol. 50, *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia.* 2015. p. 74–81.
9. Evensen S, Sletvold O, Lydersen S, Taraldsen K. Physical activity among hospitalized older adults - an observational study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2017;17(1):110. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28511639>

10. Gill TM, Beavers DP, Guralnik JM, Pahor M, Fielding RA, Hauser M, et al. The effect of intervening hospitalizations on the benefit of structured physical activity in promoting independent mobility among community-living older persons: secondary analysis of a randomized controlled trial. BMC Med [Internet]. 2017;15(1):65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28347337>
11. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Mijo LC, Rico JM, Lanz P, et al. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Rev Gerontol. 1996;6:338–46.
12. Mingote adán, J.C, Pérez García S. Síndrome Burnout (SB) o síndrome de desgaste profesional (SDP). Prevención. Técnicas de tratamiento. Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador. Madrid: Diaz de Santos; 2003. p. 65-127.
13. Gobierno - navarra.es [Internet]. [cited 2018 May 2]. Available from: [https://www.navarra.es/home\\_es/](https://www.navarra.es/home_es/)
14. Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General [Internet]. Available from: <http://www.cfnavarra.es/prm/Cartera%20de%20servicios%20sociales/presentacion-37118.html>
15. Navarra G de. Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra. Dep Asuntos Soc Fam Juv y Deport [Internet]. 2008;132. Available from: [http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A26B6366-F00D-44DA-81F9-7B91519B2BEC/111145/PrimerPlan\\_2\\_.pdf](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A26B6366-F00D-44DA-81F9-7B91519B2BEC/111145/PrimerPlan_2_.pdf)
16. Gobierno. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Of del Estadoficial del Estado. 2006;299:1–30.
17. Fundación Caser - Portal de la Promoción de la Salud y la Autonomía Personal [Internet]. 2017 [cited 2018 May 2]. Available from: <https://www.fundacioncaser.org/>
18. BOE. Ley foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales. 2007;40.
19. Estatal A, Oficial B. Código de Propiedad Intelectual. 2018.

20. Viladrosa M, Casanova C, Ghiorghies AC, Jürschik P. El ejercicio físico y su efectividad sobre la condición física en personas mayores frágiles. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. Vol. 52, Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia. 2017.p. 332–41.
21. Piedras-Jorge C, Meléndez-Moral JC, Tomás-Miguel JM. Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010 [cited 2018 Mar 20];45(3):131–5.
22. Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263–70.
23. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc. 2003 Apr;51(4):451–8.
24. Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. J Am Geriatr Soc. 2009;57(9):1660–5.
25. García-Cruz, JC; García-Peña C. Impacto de la fragilidad sobre el estado funcional en ancianos hospitalizados. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(2):176–85.
26. Lopez P, Izquierdo M, Radaelli R, Sbruzzi G, Grazioli R, Pinto RS, et al. Effectiveness of Multimodal Training on Functional Capacity in Frail Older People: A Meta-Analysis of Randomized Controls Trials. J Aging Phys Act. 2017;1–36.
27. Asteasu MLS, Martínez-Velilla N, Zambom-Ferraresi F, Casas-Herrero Á, Izquierdo M. Role of physical exercise on cognitive function in healthy older adults: A systematic review of randomized clinical trials. Vol. 37, Ageing Research Reviews. 2017. p. 117–34.
28. Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. Characteristics of Nondisabled Older Patients Developing New Disability Associated with Medical Illnesses and Hospitalization. Intern Med. 2007;22:668–74

29. Cadore EL, Rodríguez-Mañas L, Sinclair A, Izquierdo M. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation Res* [Internet]. 2013 Apr;16(2):105–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23327448>
30. Donnelly N-A, Hickey A, Burns A, Murphy P, Doyle F. Systematic review and meta-analysis of the impact of carer stress on subsequent institutionalisation of community-dwelling older people. *PLoS One* [Internet]. 2015;10(6): e0128213. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26035433>
31. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Univ.* 2015;12(1):19–27.
32. Alonso Babarro A, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria.* 2004;33(2):61–7.
33. Sánchez Martínez RT, Molina Cardona EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid* [Internet]. 2016;7(1):1171. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359543375005>
34. Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. 2002. 42(3):356–72.
35. Losada-Baltar A, Izal-Fernández De Trocóniz M, Montorio-Cerrato I, Márquez-González M, Pérez-Rojo G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia; 2004. Available from: [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13902/eficacia\\_diferencial\\_de\\_dos\\_intervenciones.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13902/eficacia_diferencial_de_dos_intervenciones.pdf)
36. Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos.* 2008;19:9–15.
37. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Med Sci Am.* 2001;56(3):146–56.



38. Casas Herrero A, Izquierdo M. Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2012;35(1):69–85. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v35n1/revision3.pdf>
39. Acosta Benito MÁ. Fragilidad en el anciano: del síndrome a la planificación sociosanitaria y legal. *Rev Española Med Leg*. 2015;41(2):58–64.
40. Fernández-Carbonell MJ, Dasí C, García-Merita L, Fuentes I. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. 2012;28(2):378–86.
41. Ullman T. The “hidden” victims of Alzheimer’s disease. [Internet]. Vol. 37, *FDA consumer*. New York University Press; 1985. 40 p. Available from: [https://books.google.es/books/about/The\\_Hidden\\_Victims\\_of\\_Alzheimer\\_s\\_Diseas.html?id=LKcikAiGoJAC&redir\\_esc=y](https://books.google.es/books/about/The_Hidden_Victims_of_Alzheimer_s_Diseas.html?id=LKcikAiGoJAC&redir_esc=y)
42. Herdman M, C. Gudex, A. Lloyd, MF. Janssen, P. Kind, D. Parkin, G. Bonsel, X. Badia (2011). Development and preliminary testing of the new five level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20: 1727-1736
43. Estado J. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. 1999;1–25.
44. BOE. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Of del Estado*. 2002;274:40126–32.
45. Viladrosa M, Casanova C, Ghiorghies AC, Jürschik P. El ejercicio físico y su efectividad sobre la condición física en personas mayores frágiles. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. Vol. 52, *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*. 2017. p. 332–41.
46. Hernández-Rodríguez J, Licea-Puig ME, Hernández-Rodríguez J, Licea-Puig ME. Generalities and treatment of Sarcopenia. *Medicas UIS*. 2017;30(2):71–81.
47. Piedras-Jorge C, Meléndez-Moral JC, Tomás-Miguel JM. Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(3):131–5.

48. Mikel Izquierdo. Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años. Vivifrail. Vivifrail. 2016. 68 p.
49. Maslach C, Jackson S.E. MBI Inventario "Burnout" de Maslach. Madrid: Tea; 1997.
50. Thomaé MNV, Ayala EA, Sphan MS, Stortti MA. Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. Rev Posgrado la Vía Cátedra Med. 2006;153:18–21.
51. Fidalgo Vega, M. INSHT. Ministerio de trabajo y asuntos sociales E. NTP 705 : Síndrome de estar quemado por el trabajo o “ burnout ” ( II ): consecuencias, evaluación y prevención. Minist Trab y asuntos Soc [Internet]. 2005;(I):1–7. Available from:  
[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_705.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf)
52. Ferré-Grau C, Roderó-Sánchez V, Cid-Buera D, Vivies-Relats C, Aparicio-Casals MR. Guía de cuidados de Enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria. Tarragona: Publidisa. 2011. 1-61 p.

## 14. ANEXOS

### Anexo 1: Perfil del cuidador: cuestionario a rellenar

VARIABLES DE CONTROL		OPCIONES
<b>Edad del cuidador</b>	Menor de 50	
	De 50 a 54	
	De 55 a 59	
	De 60 a 64	
	De 65 a 69	
	De 70 a 75	
	Mayor de 75	
<b>Sexo del cuidador</b>	Hombre	
	Mujer	
<b>Grado de parentesco con el paciente</b>	No es familiar	
	Padre-Madre	
	Hijo-Hija	
	Cónyuge	
	Hermano-Hermana	
	Sobrino-Sobrina	
	Otro parentesco	
<b>Nivel de estudios del cuidador</b>	Sin estudios	
	Estudios primarios	
	Estudios secundarios	
	Universitarios	
<b>Presencia de pluripatología</b>	Sí	
	No	
<b>Estilo de vida del cuidador</b>	Actividad física	Inactivo
		Ligeramente activo
		Activo
	Alimentación	Saludable
		Mejorable
		No saludable
	Tabaquismo	Sí
		No
	Consumo de alcohol	Sí
		No
	Consumo de drogas	Sí
		No
<b>Presencia de soporte</b>	Formal	
	Informal	
<b>Ingresos económicos del cuidador</b>	Menos de 500€	
	De 500€ a 999€	
	De 1000€ a 1499€	
	De 1500€ a 1999€	
	Igual o más de 2000€	

## Anexo 2: Cuestionario CSQ-8

Por favor para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención que usted ha recibido.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

Por favor señale primero su tipo de vinculación con el programa

Usuario/a directo/a  Familiar

RODEE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de servicio que usted requería?

4	3	2	1
No definitivamente	En muy pocos casos	Si en general	Si definitivamente

3.- ¿Hasta que punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No , creo que no	Si, creo que si	Si definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecho/a esta usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Si me ayudaron mucho	Si me ayudaron algo	No realmente no me ayudaron	No parecían poner las cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy Insatisfecho/a

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No posiblemente	Si creo que si	Si con seguridad

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

---

---

---

---

---

---

---

Creo que se tendría que mejorar:

---

---

---

---

---

---

---

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

### Anexo 3: Escala de Zarit

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

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

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?	

**Anexo 4:** Escala EQ-5D

Marque con una cruz como esta  la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

**Movilidad**

No tengo problemas para caminar

Tengo algunos problemas para caminar

Tengo que estar en la cama

**Cuidado-Personal**

No tengo problemas con el cuidado personal

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

**Actividades de Todos los Días** (*ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre*)

No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días

Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

**Dolor/Malestar**

No tengo dolor ni malestar

Tengo moderado dolor o malestar

Tengo mucho dolor o malestar

**Ansiedad/Depresión**

No estoy ansioso/a ni deprimido/a

Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a

Estoy muy ansioso/a o deprimido/a



Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado  
de salud  
hoy**

Mejor estado  
de salud  
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Peor estado  
de salud  
imaginable

Como las respuestas son anónimas, la información personal que le pedimos a continuación nos ayudará a valorar mejor las respuestas que nos ha dado.

1. ¿Tiene usted experiencia en enfermedades graves?

(conteste a las tres situaciones)

	Sí	No
<i>en usted mismo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>en su familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>en el cuidado de otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

2. ¿Cuántos años tiene?

3. Es usted:

Varón      Mujer

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

4. Es usted:

<i>fumador</i>	<input type="checkbox"/>
<i>ex-fumador</i>	<input type="checkbox"/>
<i>nunca ha fumado</i>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

5. ¿Trabaja o ha trabajado en servicios de salud o sociales?

Sí            No

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

Si ha contestado sí, en calidad de qué? .....

6. ¿Cuál es su principal actividad actual?

<i>empleado o trabaja para si mismo</i>	<input type="checkbox"/>
<i>retirado o jubilado</i>	<input type="checkbox"/>
<i>tareas domésticas</i>	<input type="checkbox"/>
<i>estudiante</i>	<input type="checkbox"/>
<i>buscando trabajo</i>	<input type="checkbox"/>
<i>otros (por favor especifique)</i>	<input type="checkbox"/> .....

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

7. ¿Nivel de estudios completados?

Leer y escribir	<input type="checkbox"/>
Elementaria, intermedia	<input type="checkbox"/>
Secundaria, vocacional	<input type="checkbox"/>
Universidad	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

8. Si conoce su código postal, por favor escríbalo aquí:

**Anexo 5: Consentimiento informado**

- Confirmando que he sido informado/a de forma escrita y verbal del objeto del estudio, el procedimiento, riesgos potenciales, así como beneficios.
- Comprendo el objeto del estudio, el procedimiento riesgos potenciales, así como beneficios y consiento participar.
- Entiendo que tengo el derecho de realizar cualquier consulta al equipo sanitario.
- Decido dar mi conformidad libre, voluntaria y consciente para participar el proyecto sin que haya persuasión, manipulación ni coerción.
- Firmo el consentimiento de que puedan utilizar mis respuestas o información facilitada para fines docentes o de investigación

Según lo anterior, **EXPRESO MI CONSENTIMIENTO** al amparo de la Ley 15/1999 sobre protección de datos de carácter personal.

Don/ña.....mayor de edad, con DNI nº..... en nombre propio o en representación de

Don/ña.....mayor de edad, con DNI nº.....

Firma

Fecha