

**Cómo citar este documento**

Gaspar Navarro, Olga; Pelayo Bando, Salud; González Jiménez, Alberto. Calidad de vida y necesidades de formación en cuidadoras inmigrantes de personas dependientes. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0572.php>

**CALIDAD DE VIDA Y NECESIDADES DE FORMACIÓN EN CUIDADORAS  
INMIGRANTES DE PERSONAS DEPENDIENTES**

Autores:

Olga Gaspar Navarro<sup>1</sup>, Salud Pelayo Bando<sup>2</sup>, Alberto González Jiménez<sup>3</sup>

1, 2. Enfermeras Gestoras de Casos. Distrito Sanitario Sevilla Sur. Zona básica de salud de Dos Hermanas

3. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sevilla Sur. Zona Básica de Salud de Dos Hermanas.

UGC Doña Mercedes. C/ Segovia nº 32, 41700- Dos Hermanas. Sevilla (España)

## RESUMEN:

El aumento de la demanda de cuidados de personas mayores y dependientes, que prefieren vivir en su propio domicilio, el cambio de las estructuras familiares y el aumento de la inmigración propicia la búsqueda de apoyo entre la población inmigrante. El objetivo de este estudio es conocer el perfil, la calidad de vida y las necesidades de formación en cuidados de las personas cuidadoras formales inmigrantes así como el perfil de las personas dependientes a las que cuidan. Se realizará un estudio descriptivo transversal en el que la población de estudio será la mencionada que esté adscrita al Distrito Sanitario Sevilla Sur. Se empleará un cuaderno de recogida de datos en el que se incluirán las variables de estudio, entre ellas, los cuestionarios de Barthel, Pfeiffer, escala de valoración sociofamiliar y Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud WHOQOL-BREF.

Palabras clave: calidad de vida, cuidadoras, inmigrante, cuidados domiciliarios

**ABSTRACT:** Quality of life and training needs of immigrant caregivers of dependent people

The increased demand for care of elderly and dependent, who prefer to live in their own homes, changing family structures and increasing immigration fosters the search for support among the immigrant population. The aim of this study was to determine the profile and quality of life and care training needs of formal caregivers immigrants and the profile of people dependent on their care. There will be a descriptive study in which the study population will be mentioned that is attached to the Sanitary District South Sevilla. A notebook is used for data collection which include the study variables, including questionnaires Barthel, Pfeiffer, social and family assessment scale questionnaire of quality of life associated with health WHOQOL-BREF.

Keywords: quality of life, caregivers, immigrants, home care

## CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### Formulación, antecedentes y estado actual del tema

El presente estudio se formula dentro del contexto demográfico en el que nos encontramos inmersos. El aumento de la esperanza de vida de la población española ha llevado a un incremento de la demanda de cuidados entre las personas mayores y dependientes, que siguen prefiriendo vivir en su propio domicilio, aun cuando necesitan cuidados para desenvolverse en su vida cotidiana. Esto unido al cambio de las estructuras familiares, el escaso desarrollo de los servicios sociales públicos y el aumento del fenómeno migratorio ha propiciado la búsqueda de apoyo en el mercado laboral del servicio doméstico donde la oferta se ha incrementado notablemente en los últimos años.<sup>1</sup> Con este estudio dirigimos nuestra mirada a las cuidadoras inmigradas.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2007, el 16,7% de la población total tenía 65 y más años. En los últimos cinco años la población mayor se ha incrementado un 3,5%, estimándose que el incremento del envejecimiento duplicará al actual. Un hecho importante es el incremento de personas de edad avanzada (mayores de 80 años), lo que supone que cada vez habrá más personas mayores dependientes. En noviembre de 2008 el Instituto Nacional de Estadística hizo público un avance de resultados sobre la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008), en la que informa que a partir de los 80 años la mitad de los mayores declara alguna discapacidad, aumentándose hasta el 75,1% a partir de los 90 años, siendo los tres tipos de discapacidad más frecuentes: problemas de movilidad, problemas para la vida doméstica y para actividades de autocuidado.<sup>1</sup>

Al mismo tiempo disminuye la posibilidad real de atender a los mayores dentro del contexto familiar, debido a la caída de la fecundidad (menos hijas e hijos por cada persona mayor) y por la progresiva incorporación de las mujeres al mundo del trabajo.<sup>2</sup> A pesar de que cada vez más mujeres relegan el papel de cuidadoras a otros miembros de la familia y de que empieza a constatarse en algunos países occidentales un incremento en el número de cuidadores masculinos, el cuidado de los mayores sigue siendo asumido, con diferencia, por las mujeres dentro del ámbito de la familia.<sup>3</sup>

Los servicios públicos de atención domiciliaria, según el Instituto Nacional de estadística a 1 de enero de 2008, atendieron al 9,4% de la población de 65 y más años. Del total, menos de la mitad fueron atendidos por el Servicio de Ayuda Domiciliaria, y el resto por el servicio de teleasistencia domiciliaria. Por lo que se deduce que, a pesar de que la oferta de servicios sociales dirigidos a personas mayores ha aumentado en los últimos años en respuesta a la mayor demanda de los mismos, sigue siendo insuficiente.<sup>1</sup>

En este contexto se observa como la pirámide de población extranjera en nuestro país es muy diferente de la nuestra. La mayor parte de población se concentra en edades que comprenden entre los 25 y 39 años, ya que el motivo principal de entrada de la mayoría de jóvenes extranjeros es la búsqueda de empleo.<sup>1</sup>

Hay que tener en cuenta el papel que está adquiriendo esta inmigración en el sector del trabajo doméstico para el cuidado de las personas en situación

de dependencia, sobre todo la procedente de los países Iberoamericanos.<sup>2</sup> Cabe destacar la importancia del personal empleado de hogar interno, es decir, el que reside en la vivienda con la persona mayor: el porcentaje que representa este servicio para el total de personas mayores es muy escaso (1,7%), sin embargo el 17% de las personas mayores categorizadas dentro de esta forma de convivencia (“otras formas de convivencia”, es decir, no son hogares unipersonales, ni parejas, ni personas mayores cohabitando con hijos/as), residen al menos con una empleada de hogar.<sup>1</sup>

Las trabajadoras inmigradas que proporcionan asistencia a través del empleo doméstico se incorporan a esta actividad a través de relaciones personales, más que por medio de contratación en el mercado, donde la mitad de las prestatarias carece de contrato. Esta situación, en parte, es consecuencia de la irregularidad administrativa en la que vive la población inmigrante.<sup>4</sup> No obstante, los permisos de trabajo concedidos a mujeres extranjeras destinadas a ofrecer cuidados a mayores dependientes se duplicaron en el periodo comprendido entre 1984 hasta el año 2000. La prestación a través del servicio doméstico, actualmente es una oferta inespecífica, que se ajusta poco a las características de la demanda. Este colectivo, en su conjunto, presenta escasa preparación para la prestación de cuidados a los mayores.<sup>5</sup>

Las enfermeras que participamos en los programas de atención domiciliaria del Distrito Sanitario donde se desarrollará el estudio, observamos y contrastamos con la bibliografía disponible, cómo estas cuidadoras extranjeras han aumentado en los últimos años y asumen jornadas de trabajo interminables,<sup>4</sup> con escaso o ningún apoyo de otras personas, y asumen tareas de gran responsabilidad para las que no están preparadas, lo que las sobrecarga.<sup>6</sup> Esto añadido a la situación de desarraigo en la que se encuentran, por haber tenido que abandonar su país de origen, con todo lo que conlleva,<sup>7,8</sup> el proceso de adaptación en el que se encuentran inmersas,<sup>9,10</sup> hace que nos preguntemos cuál es su calidad de vida y si estarían interesadas en recibir formación en cuidados, y sobre qué temas.<sup>11</sup>

Definimos cuidadora formal como “aquella que recibe una remuneración económica a cambio de su ayuda para cuidar”, teniendo en cuenta que estas cuidadoras extranjeras perciben un menor salario que las cuidadoras formales autóctonas que aceptan como inicio de su trayectoria laboral en España,<sup>12</sup> y en muchos casos no disponen de formación (en este sentido se asemejan a las cuidadoras informales)<sup>13</sup> y normalmente no están asociados a una organización prestadora de servicios; Consideramos que la calidad de vida está influida por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.<sup>14,15</sup> Como dependencia entendemos “Estado de las personas que necesitan asistencia o ayuda para realizar actividades de la vida diaria debido a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual. No valerse por sí mismo”.

Este estudio se realiza desde el convencimiento de que en la contratación de cuidadoras inmigrantes, las familias obvian los requisitos profesionales formales y priorizan aquellos que se asocian con el nivel emocional, tales como tener “paciencia” y dar “cariño”.<sup>16</sup> Como definición de “cuidar” adoptamos la de la corriente teórica de los años noventa que observa el cuidado mercantilizado como un trabajo en el que se entremezclan lazos afectivos y emocionales. Así Thomas (1993), propone construir un término de

cuidado que hace referencia tanto al cuidado pagado como al informal, al prestado en el hogar y en los servicios públicos y que está dirigido tanto a personas dependientes como a adultos autosuficientes.<sup>17</sup> Fisher y Tronto (1990) también intentan conseguir un concepto global del término “cuidar”, asumen que el cuidado puede ser organizado en tres esferas: el hogar/comunidad, el mercado y la burocracia. Identifican los componentes del cuidado y diferencian cuatro fases en esta actividad: “care about”, “taking care of”, “caregiving” y “care-receiving”. En cada una de estas fases operan los que denominan “factores de capacidad” entre los que destacan: el tiempo, los recursos materiales, el conocimiento y las aptitudes.<sup>18</sup>

El estudio permitiría en nuestro medio, caracterizar a las cuidadoras formales inmigrantes e identificar las dificultades que se encuentran a la hora de proveer cuidados. Sería interesante dar a conocer los resultados del estudio a los profesionales sanitarios y de trabajo social porque podrían contribuir a aumentar su sensibilización con el tema y determinar que actividades serían las más adecuadas para emprender con este colectivo para que se sienta más apoyado. Si estas cuidadoras consideraran importante para ellas la formación en cuidados, se podría dar respuesta a esta necesidad organizando talleres de formación en temas de interés. Esto podría mejorar los cuidados que brindan, mejorando la situación de los pacientes atendidos en domicilio, cubriendo la falta de ayudas sociales en familias que cuentan con algún familiar dependiente.

## Bibliografía

1. Díaz Martín R. coordinador. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2009 .

2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las Personas en situación de dependencia en España: Libro Blanco. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2006

3. Crespo López M, López Martínez J. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2008.

4. Galiana Gómez de Cádiz MJ, Cuesta Benjumea C, Donet Montagut T. Cuidadoras inmigrantes: características del cuidado que prestan a la dependencia. *Enferm Clin*. 2008; 18(5): 269-272.

Revisión en la que se analiza el cuidado prestado por las mujeres inmigrantes y que lo diferencian del cuidado familiar. Se concluye que en muchos casos el cuidado de personas dependientes en el domicilio es la única vía de inserción laboral de mujeres inmigrantes y que el cuidar de ancianos dependientes en casa se sitúa en la frontera de lo doméstico y lo familiar.

5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Cuidado a la Dependencia e Inmigración. Informe de resultados. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.

6. Sanz Barbero B. Comentario. Variables sociodemográficas, estilos de vida y salud autopercebida en la población inmigrante. Gac Sanit. 2008; 5(22): 413-414.

Basado en un estudio que emplea muestreo por conveniencia. Analiza determinados indicadores socioeconómicos estudiados en la población inmigrante, no siempre bien usados, por no tener validez transcultural como: nivel de estudios, ingresos, clase social, ocupación,... Importante asociación del ser mujer con la salud autopercebida como mala que se podría relacionar con la sobrecarga laboral.

7. Cavazos-Rehg PA, Zayas LH, Spitznagel EL. Legal status, emotional well-being and subjective health status of Latino immigrants. J Natl Med Assoc. 2007; 99(10): 1126-31.

Estudio en el que participaron voluntarios captados a través de un anuncio en un periódico local, y asistentes a un festival de una vecindad latinoamericana, se recogieron variables sociodemográficas, sobre si tenían miedo o no a ser deportados y el perfil del estado de ánimo, con subescalas de ansiedad, depresión e ira, emplearon también el The Hispanic Stress Inventory (HSI).

8. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.

Revisión sistemática en la que se pretende identificar las necesidades de salud y describir la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en Cataluña. Se deduce que la población inmigrante podría tener mala salud autopercebida, la precariedad laboral y las condiciones de la vivienda podrían influir en ella, así como tener más somatizaciones como expresión de problemas de salud mental. Las dificultades de acceso a los servicios sanitarios se podrían explicar por el desconocimiento de éstos o el miedo por su situación de irregularidad. El seguimiento de programas preventivos podría ser menor. Concluyen que no se dispone de información de calidad para analizar las necesidades de salud ni las desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios.

9. Moreno Preciado M. Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2003; 42. Disponible en <[http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42\\_articulo\\_29-33.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42_articulo_29-33.php)> Consultado el 12 de octubre de 2009.

Analiza la evolución del proceso de adaptación del inmigrado y las repercusiones en su estado de salud en cada fase.

10. Plaza-del Pino FJ, Plaza-del Pino MD, Martínez Gálvez ML. Inmigración en el poniente almeriense: pobreza, desarraigo, salud mental e implicación en el cuidado. Presencia 2005 jul-dic;1(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n2/25articulo.php>> [ISSN:1885-0219].Comentario: Impacto del proceso de adaptación del inmigrado en su salud mental.

11. Gil García E, Escudero Carretero M, Prieto Rodríguez MA, Frías Osuna A. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enferm Clin.* 2005; 15(4): 220-226.

Estudio cualitativo con el objetivo de conocer las vivencias emocionales de las cuidadoras e indagar en las expectativas y demandas que tienen con respecto a los profesionales de enfermería. Las demandas que hicieron fueron: tener mayor accesibilidad a ellos, tener mayor frecuencia de visitas domiciliarias y mejor educación sanitaria.

12. Martínez Buján R. Domésticas cuidadoras: el papel de las mujeres inmigrantes en el sector privado de asistencia de personas mayores. En: Puyol R y Abellán A, coordinadores. *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española.* Madrid: Mondial Assistance; 2006. 186-201.

Estudio cualitativo y revisión en la que se estudia la relación entre inmigración, envejecimiento y dependencia. Se analiza la documentación existente de fuentes oficiales como el IMSERSO así como el discurso de cuidadoras inmigrantes en régimen de internas y de las familias empleadoras. Concluye que los cuidados domiciliarios se han configurado como el inicio de la trayectoria laboral de las mujeres extranjeras sin estabilidad jurídica en nuestro país. Las familias contratadas obvian los requisitos profesionales formales y priorizan cualidades de personalidad como la "paciencia" y el "cariño".

13. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessities of education in the health of elderly in-house caregivers. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(2): 254-262.

Estudio descriptivo de abordaje cualitativo. Se realizaron visitas domiciliarias a cuidadoras sin formación en salud. Se hicieron entrevistas estructuradas y observación. Las cuidadoras expresaron preocupación por inseguridad y falta de formación. Comentaron no recibir orientación por el equipo de salud. Todas mencionaron querer recibir formación en cualquier tema relacionado con cuidados domiciliarios, se observó que necesitaban formación en las enfermedades, la medicación, las dietas y ejercicio físico.

14. Amendola F, Oliveira, MAC, Alvarenga MRM. Quality of life of family caregivers of patients dependent on the family health program. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(2): 266-272.

15. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristain JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit.* 2008; 22(5): 443-50.

16. Martínez Buján R. Los beneficios de la inmigración al Estado de Bienestar. Mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados [tesis doctoral]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2007.

Análisis cualitativo. Relaciona inmigración y Estado de Bienestar, analizando los beneficios para las familias españolas que contratan y cómo dicho empleo afecta a la condición de las mujeres inmigrantes. Se hace un recorrido por la evolución del significado del término “cuidar”. Concluye que los cuidados domiciliarios se han configurado como el inicio de la trayectoria laboral de las mujeres extranjeras sin estabilidad jurídica en nuestro país. Las familias contratadas obvian los requisitos profesionales formales y priorizan cualidades de personalidad como la “paciencia” y el “cariño”.

17. Thomas C. De-Constructing Concepts of Care. *Sociology*. 1993; 27(4): 649-669.

18. Fisher B, Tronto J. Toward a Feminist Theory of Care. En: Abel E y Nelson M, editores. *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*. Albany: State University of New York Press. 1990. 35-62



## Hipótesis

El cuidar de una persona dependiente afecta de forma negativa a la calidad de vida relacionada con la salud de las personas cuidadoras formales inmigrantes.

## Objetivos

### General:

- Conocer el perfil y la calidad de vida de las personas cuidadoras formales inmigrantes de personas dependientes adscritos al Distrito Sanitario Sevilla Sur
- Identificar las necesidades de formación en cuidados de las personas cuidadoras formales inmigrantes y saber su interés en mejorar esa formación.

### Específicos:

- Identificar los temas de interés para formación en cuidados de las personas cuidadoras formales inmigrantes
- Conocer el grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y el estado cognitivo de las personas dependientes atendidas por personas cuidadoras formales inmigrantes
- Conocer el ambiente familiar y social de la persona dependiente

## ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

### Diseño

Estudio Cuantitativo Observacional. Diseño Descriptivo Transversal

### Ámbito de estudio

El presente estudio se desarrollará en las Unidades de Gestión Clínica del Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla Sur, que engloba centros de salud urbanos, rurales y mixtos

### Sujetos de estudio

Personas cuidadoras formales inmigrantes de pacientes inmovilizados incluidos en el programa de Atención Domiciliaria de los Centros de Salud adscritos a las Unidades de Gestión Clínica de Dos Hermanas, Alcalá de Guadaíra, Los Palacios, Utrera, Morón de la Frontera, Arahál, Lebrija, Las Cabezas y Montellano, y las propias personas dependientes a los que cuidan. Entendiendo por cuidadora formal “aquella que recibe remuneración económica por los cuidados que presta”. Por paciente inmovilizado se tomará la definición de Cartera de Servicios de Atención Primaria para la Atención de personas inmovilizadas, es decir, “personas con una dificultad importante para desplazarse, que les impide salir de su domicilio salvo casos excepcionales”, y por dependencia se seguirá la Recomendación del Consejo de Europa (1998)

en la que se definió como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”.

La población estimada de mayores de 65 años del distrito según la Base de Datos de Usuarios es de 33905, si extrapolamos a nuestro distrito el mismo porcentaje obtenido en el Informe 2008 sobre “Las Personas Mayores en España” en el que se indica que el 1,7% de las personas mayores convive con cuidadora/ empleada de hogar inmigrante, serían 576,385 mayores con esta ayuda, si limitamos el estudio a los inmobilizados, que se estima en un 15% de los mayores de 65 años, serían 86,458 personas inmobilizadas teóricas con personas cuidadoras inmigrantes internas. No obstante, no sólo nos limitaremos a cuidadoras inmigrantes internas, por lo que el número podría aumentar. Pensamos que en el distrito el número de inmobilizados que cuentan con cuidadoras formales inmigrantes es inferior al porcentaje nacional, dado que gran parte del distrito es rural y en estas zonas el cuidado sigue siendo asumido mayoritariamente por la familia. Esto unido a la dificultad de obtener cifras reales de la población inmigrante a estudiar por la posibilidad de encontrarse en situación ilegal o por elevado porcentaje de economía sumergida en este sector, hace que nos planteemos estudiar el total de la población.

#### Variables de estudio

VARIABLE	TIPO	VALOR
Edad	Cuantitativa continua	En años
Sexo	Nominal / Dicotómica	Hombre Mujer
Estado civil	Nominal/ Policotómica	Soltero-a Casado-a Viudo-a Separado-a
Nivel de Estudios	Nominal/ Policotómica	No sabe leer ni escribir Primarios o sabe leer y escribir Bachillerato, equivalente o Formación Profesional Universitarios
Familia conviviente con el paciente	Nominal/ Policotómica	Ninguna Primer grado (padre o madre, hijo-a, cónyuge, hermano-a) Segundo grado (otros)
Número de hijos	Cuantitativa continua	Número entero
Frecuencia de visitas de familiares	Nominal/ Policotómica	No recibe visitas Visitas diarias Visitas semanales Visitas mensuales
Frecuencia de visitas de amigos	Nominal/ Policotómica	No recibe visitas Visitas diarias Visitas semanales Visitas mensuales
Ayuda del Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal	Categórica / Dicotómica	Sí/ No
Prestación por ley de dependencia	Categórica / Dicotómica	Sí/ No
Tipo de prestación por ley de dependencia	Nominal/ Policotómica	Teleasistencia Servicio de Ayuda Domiciliaria Prestación económica a la cuidadora familiar Prestación económica para la contratación de

		terceras personas Unidad de Estancia Diurna Otras
Índice de Barthel	Cualitativa ordinal	Independiente (100- 91) Dependencia moderada (61-90) Dependencia severa (21-60) Dependencia total (0-20)
Test de Pfeiffer	Ordinal discreta	cuantitativa 4 errores o menos (no sospecha de deterioro cognitivo) 5 ó más errores (sospecha deterioro cognitivo)
Escala de valoración sociofamiliar	Ordinal discreta	cuantitativa Sin riesgo social (menor de 16 puntos) Con riesgo social (igual o mayor de 16 puntos)
Formación previa en cuidados	Categórica / Dicotómica	Sí/ No
Tipo de formación en cuidado	Pregunta abierta (4)	Texto libre
País de origen	Pregunta abierta (4)	Texto libre
Profesión en país origen	Pregunta abierta	Texto libre
Situación Laboral	Categórica / Dicotómica	Regularizada No regularizada
Apoyo social con el que cuenta en España	Nominal/ Policotómica	Ninguno Familia de Primer grado (padre o madre, hijo-a, cónyuge, hermano-a) Familia de Segundo grado Asociación u ONG Institucional Otros
Tiempo de residencia en España	Cuantitativa	En meses
Tiempo que lleva haciendo tareas de cuidado en España	Cuantitativa	En meses
Tiempo que lleva cuidando a la persona dependiente actual	Cuantitativa	En meses
Ayuda para los cuidados	Nominal/ Policotómica	Ninguna Familiar o Vecinal Municipal Privada
Otros dependientes a su cargo	Categórica / Dicotómica	Sí/ No
Conviviente con la persona dependiente	Categórica / Dicotómica	Sí/ No
Jornada de trabajo	Nominal/ Policotómica	Persona interna 8- 16 horas Menos de 8 horas
Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud WHOQOL- BREF	Ordinal discreta	cuantitativa En puntos

- Para las personas inmovilizadas:
  - Variables sociodemográficas: Edad, Sexo, Estado civil, Nivel de Estudios, Familia conviviente con el paciente, Número de hijos, Frecuencia de visitas de familiares, Frecuencias de visitas de amigos, Ayuda del Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal, Prestación por ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
  - Valoración del nivel de dependencia: escala de valoración de las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) (Anexo I) con una puntuación de 0-100. Se clasifica la dependencia en 90-100

(independiente), 61-90 (dependencia moderada), 0-60 (dependencia severa, teniendo en cuenta que de 0-20 sería una dependencia total).

- Valoración del estado cognitivo: mediante el Cuestionario de Estado Mental (Portatil Short Portable Mental Status Questionnaire) (Anexo II) diseñado por Pfeiffer en 1975 como test de screening de deterioro cognitivo. Deriva del Mental State Questionnaire (MSQ) de Kahn y cols, pero posee mayor validez y fiabilidad que éste, al estar menos influenciado por la raza o el nivel educativo. Se encuentra validado en nuestro medio (ver Anexo II). Se trata de un cuestionario heteroaplicado de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales. Se puede pasar en 4-5 minutos. Se van anotando las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores. Para población de raza blanca y nivel cultural medio se considera normal 0 a 2 errores, deterioro cognitivo leve 3 a 4 errores, deterioro cognitivo moderado (patológico) 5 a 7 y deterioro cognitivo importante de 8 a 10.
- Escala de valoración sociofamiliar (Anexo III): destinada a una población diana mayor de 65 años. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.
- Para las personas cuidadoras formales inmigrantes:
  - Variables sociodemográficas: Edad, Sexo, Estado civil, Nivel de Estudios, Formación previa en cuidados (cuál), País de origen, Profesión, Situación Laboral, Tiempo de residencia en España, Apoyo social, Tiempo que lleva haciendo tareas de cuidado, Tiempo que lleva cuidando al paciente actual, Ayuda con la que cuenta para la realización de los cuidados, Convivencia con el paciente que cuida, Duración de la Jornada de Trabajo
  - Valoración de la calidad de vida: Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud WHOQOL- BREF validado en español (ver 5) (Anexo IV), contiene un total de 26 preguntas. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. A mayor puntuación se corresponde con una mejor calidad de vida. El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas. El cuestionario debe ser autoadministrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser heteroadministrado.
  - Valoración de las necesidades de formación en cuidados: Se empleará las siguientes preguntas:
    - ¿Consideras que necesitas recibir formación/ información sobre los cuidados que prestas? Sí/ No
    - ¿Sobre qué temas?
    - ¿Acudirías a talleres de formación en cuidados a los que se invitaría a otras cuidadoras inmigrantes? Sí/ No

- ¿Por qué?

## Recogida de datos

### Fuentes de datos

- Base de Datos de Usuarios
- Listado de pacientes incluidos en Atención Domiciliaria en seguimiento por Enfermeras de Familia, Médicos de Familia y Enfermeras Gestoras de Casos
- Listado de pacientes incluidos en Cartera de Servicios en Atención a inmovilizados (Historia de Salud Digital Diraya)
- Inmigrantes atendidas por Trabajadoras Sociales y otros profesionales de los centros de salud
- Listados de pacientes con ayuda domiciliaria de los servicios sociales municipales
- Casos derivados de atención especializada

Las variables serán recogidas por las Enfermeras Gestoras de Casos en un cuaderno de recogida de datos (Anexo V) que contenga todas las variables y que cumplimentará en el domicilio de la persona inmovilizada. Los referentes a la persona cuidadora formal inmigrante se recogerán tanto en consulta como en el domicilio de la persona inmovilizada si ésta expone alguna dificultad para acudir al Centro de Salud.

### Análisis de datos

Los datos se volcarán en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excell/ base de datos de Microsoft Office Access, para su posterior análisis con la aplicación SPSS. En un primer paso se realizará una depuración estadística de los mismos con métodos gráficos y analíticos para explorar la información y detectar la posible existencia de observaciones aberrantes. Se realizará un análisis descriptivo, para las variables cualitativas se realizará distribución de frecuencias, para las variables continuas medidas de tendencia central y de dispersión. Se construirá un modelo de regresión logística para estudiar la asociación de las variables. Por último, para estudiar la relación entre variables cualitativas se aplicará el test de la Chi-cuadrado con corrección de continuidad o test exacto de Fisher. Para la comparación de variables numéricas entre dos grupos se realizarán test de comparación de medias t-Student, o en su defecto la prueba no paramétrica Ude Mann-Whitney (según proceda).

### Limitaciones del estudio y consideraciones éticas

El diseño transversal del estudio limita el poder establecer la causalidad entre el prestar cuidado formal y repercusión en la calidad de vida, sino únicamente relacionar ambas cosas y cuantificar las variables que están presentes en el momento del estudio. El hecho de que no dispongamos en nuestro medio de datos de cuidadoras formales inmigrantes hace que nos planteemos en un primer lugar un estudio descriptivo.

Por otro lado, las cuidadoras que se nieguen a participar en el estudio no quedarán representadas. El intento de valorar a la totalidad población de cuidadoras inmigrantes de personas inmovilizadas en el Distrito, reducirá el sesgo.

Además, el hecho de que haya muchas investigadoras puede introducir un sesgo de mala clasificación por la posible variabilidad a la hora de cumplimentar los cuadernos de recogida de datos, hecho que se minimizará con la elaboración de un manual para su correcta cumplimentación y el pilotaje de los cuadernos de recogida de datos antes del comienzo del trabajo de campo para el entrenamiento del grupo investigador en dichos registros.

Se informará a todas las personas cuidadoras formales inmigrantes y a las personas inmovilizadas (familia de las personas inmovilizadas en el caso de que no estén capacitadas para dar su consentimiento) el objetivo del estudio de investigación y se solicitará por escrito (consentimiento informado) su colaboración en el mismo garantizando su confidencialidad (Anexo VI). En las hojas que componen el cuaderno de recogida de datos no figurará ningún dato personal que permita identificar a la persona inmovilizada/ cuidadora, sólo aparecerá un número de identificación.

## CONDICIONES OPERATIVAS

### Cronograma de actividades

AÑO 1	MESES											
Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reuniones de consenso												
Selección de la población de estudio												
Elaboración final y pilotaje del cuaderno de recogida de tos												
Diseño y matriz en hoja de cálculo/ base de datos												
Concierto de visitas domiciliarias												
Realización de la recogida de variables												
Registro de los datos en soporte informático												

AÑO 2	MESES											
Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Concierto de visitas domiciliarias												
Realización de la recogida de variables												
Registro de los datos en soporte informático												
Análisis estadístico de los datos												
Elaboración del informe preliminar												
Discusión, revisión bibliográfica y conclusiones sobre el informe preliminar												
Elaboración del informe final												
Presentación de los resultados en Congresos												
Redacción de un artículo científico												

#### 1. Primera etapa: fase preliminar (4 meses)

- Reuniones de consenso sobre el procedimiento de ejecución del estudio del grupo investigador
- Selección de la población de estudio (actualización de los listados de

- personas inmovilizadas y detección de los usuarios atendidos por personas cuidadoras formales inmigrantes)
- Elaboración final del cuaderno de recogida de datos y pilotaje del mismo
  - Diseño y creación de la matriz en hoja de cálculo para el volcado de los datos de las diferentes variables
2. Segunda etapa: trabajo de campo (12 meses)
- Contacto con las personas inmovilizadas y/o sus familias y con las personas cuidadoras formales inmigrantes para explicarles el propósito del estudio y concertar visita domiciliaria
  - Realización de la recogida de variables
  - Registro de los datos en soporte informático diseñado para ello
3. Tercera etapa: análisis e interpretación de los datos (2 meses)
- Desarrollo del análisis estadístico de los datos mediante programa informático SPSS
4. Cuarta etapa: presentación de los resultados (6 meses)
- Elaboración del informe preliminar
  - Discusión, revisión bibliográfica y conclusiones sobre el informe preliminar
  - Elaboración del informe final
  - Presentación de los resultados en Congresos
  - Redacción de un artículo científico para su publicación en revistas indexadas

#### Experiencia del equipo investigador sobre el tema

Los miembros del equipo investigador tienen formación y experiencia en el manejo de cuestionarios y entrevista clínica. Así como en diversas disciplinas relacionadas con la Enfermería de Atención Primaria en general, y con la Enfermería de Gestión de Casos en particular, como enfermería geriátrica, enfermería comunitaria, salud mental, cuidados paliativos, abordaje familiar, integrando la labor asistencial con la investigadora y docente.

Muchos de los miembros del equipo de investigación tienen formación en metodología de investigación y la mayoría de ellos experiencia en otros proyectos de investigación subvencionados algunos de ellos por distintos organismos como la Consejería de Salud, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el Fondo de Investigación Sanitaria y el Servicio Andaluz de Salud.

En el periodo 2004-2006 este equipo investigador desarrolló el proyecto de investigación "Necesidades sentidas y calidad de vida de las cuidadoras informales", expediente 287/04, también subvencionado por la Consejería de Salud.

#### Utilidad práctica de los resultados

Este proyecto se encuadra dentro de "líneas de investigación que abordan problemas sanitarios que afectan a la sociedad" del Plan Estratégico de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud 2006-2010, concretamente dentro de las líneas de atención a la accidentalidad (riesgo de caídas y

traumatismo en ancianos), estudios sobre necesidades de salud y servicios, género y salud y distribución desigual de la salud en distintos grupos poblacionales.

Los resultados de este proyecto podrían permitir diseñar estrategias orientadas a la integración e inserción laboral de los inmigrantes que están trabajando en Andalucía como cuidadoras de personas en situación de dependencia. Debería ser tenido en cuenta a la hora de determinar el futuro de los cuidados de larga duración, ya que la resolución y apoyo a las situaciones de dependencia será un elemento indispensable de la sociedad del futuro.

Además estos resultados pueden ser la base para un futuro estudio de intervención con cuidadoras formales inmigrantes, en el que se mida la efectividad de una actividad formativa sobre los cuidados que prestan. Consideramos que existen una serie de variables de tipo social y ambiental (además de las genéticas) que condicionan la aparición o no de la dependencia en mayores. Si las personas que atienden a los mayores son formadas adecuadamente y promueven hábitos de vida saludables, la dependencia se podrá prevenir en gran medida.

El desarrollo del estudio en medios rurales y urbanos permitirá establecer comparaciones sobre la disposición de recursos en ambos ámbitos. Pensamos que la residencia de los mayores es una cuestión importante de política social y de planificación de servicios.

#### Medios disponibles para la realización del proyecto

El equipo investigador desarrolla su labor en los centros de salud del Distrito Sanitario Sevilla Sur, en los que se dispone de los recursos y medios necesarios para la recogida de los datos (ordenadores, cuestionarios, test e índices validados,...).

El Distrito Sanitario Sevilla Sur cuenta con una unidad de apoyo a la investigación, con personal experto en metodología de investigación, con el que el equipo investigador podrá contar para la resolución de dudas de surjan durante el desarrollo del estudio, y apoyo para el análisis estadístico e interpretación de los datos.



## Anexo I: AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – INDICE DE BARTHEL

### Comer

10	Independiente	capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	necesita ser alimentado por otra persona

### Lavarse – bañarse –

5	Independiente	capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	necesita alguna ayuda o supervisión

### Vestirse

10	Independiente	capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda
5	Necesita ayuda	ayuda pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

### Arreglarse

5	Independiente	realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	necesita alguna ayuda

### Deposición

10	Continente	ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	incluye administración de enemas o supositorios por otro

### Micción - valorarse la situación en la semana previa –

10	Continente	ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	menos de una vez por semana o necesita ayuda
0	Incontinente	incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

### Ir al retrete

10	Independiente	entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda ( puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	incapaz de manejarse sin asistencia mayor

### Trasladarse sillón / cama

15	Independiente	sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

## Deambulaci3n

15	Independiente	puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, 3tc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela s3lo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	en 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

## Subir y bajar escaleras

10	Independiente	capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n,. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, 3tc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	supervisi3n f3sica o verbal
0	Dependiente	incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

**Anexo II: CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER  
VERSIÓN ESPAÑOLA-**

<b>ÍTEMS</b>	<b>ERRORES</b>
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su número de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

### Anexo III: RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -

<b>A. Situación familiar</b>	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
<b>B. Situación económica</b>	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
<b>C. Vivienda</b>	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
<b>D. Relaciones sociales</b>	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
<b>E. Apoyo de la red social</b>	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
<b>Puntuación total:</b>	

## Anexo IV: Versión Española del Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. **Por favor, conteste a todas las preguntas.** Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, **escoja la que le parezca más apropiada.** A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “**cuán totalmente**” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “**cuán satisfecho/a o bien**” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5

23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Total puntuación:

## Anexo V: Cuaderno de recogida de datos

IdCuaderno: \_\_\_\_\_ IdEnfermeraGestoraCasos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Valoración de la persona inmovilizada

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios: :  No sabe leer ni escribir  Primarios  Bachillerato o FP  Universitario

Estado civil:  soltero/a  casado/a  viudo/a  divorciado/a Número de hijos: \_\_\_\_\_

Familia conviviente con el inmovilizado/a:  Ninguna  Primer grado  Segundo grado

Visitas de familiares:  No recibe  Diarias  Semanales  Mensuales o menos frecuentes

Visitas de amigos:  No recibe  Diarias  Semanales  Mensuales o menos frecuentes

Ayuda domiciliaria municipal:  Sí  No  No se sabe

Prestación por ley de dependencia:  Sí  No  No se sabe

Tipo de prestación:  Teleasistencia

Servicio de Ayuda Domiciliaria

Unidad de Estancia Diurna

Prestación económica a la cuidadora familiar

Prestación económica para la contratación de terceras personas

Otras: \_\_\_\_\_

Índice de Barthel:  Independiente  Dependencia moderada  Dependencia Severa  Dependencia total  
(Ver Anexo I)

Cuestionario de Pfeiffer:  Sin sospecha de deterioro cognitivo  Con sospecha de deterioro cognitivo  
(Ver Anexo II)

Escala de valoración sociofamiliar:  Sin riesgo social  Con riesgo social (ver Anexo III)

### Valoración de la personal cuidadora formal inmigrante

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ País de origen: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Situación Laboral regularizada:  Sí  No  No se sabe

Tiempo de residencia en España: \_\_\_\_\_

Estado civil:  soltero/a  casado/a  viudo/a  divorciado/a

Apoyo social con el que cuenta:

Ninguno  Familia de Primer grado  Familia de Segundo grado  Asociación u ONG  Ayuda institucional

Otros: \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva haciendo tareas de cuidado: \_\_\_\_\_ Conviviente con la persona inmovilizada: Sí/ No

Tiempo que lleva cuidando a la persona inmovilizada actual \_\_\_\_\_ Otros dependientes a su cargo: Sí/ No

Ayuda que recibe para prestar cuidados:  Ninguna  Familiar o vecinal (del dependiente)  Municipal  Privado

Jornada de trabajo:  Persona interna  8-16 horas  Menos de 8 horas

Nivel de estudios: :  No sabe leer ni escribir  Primarios  Bachillerato o FP  Universitario

Formación previa en cuidados: Sí/ No, Cuál: \_\_\_\_\_

¿Consideras que necesitas recibir formación/ información sobre los cuidados que prestas? Sí/ No

¿Sobre qué temas? \_\_\_\_\_

¿Acudirías a talleres de formación en cuidados a los que se invitaría a otras cuidadoras inmigrantes? Sí/ No

¿Por qué? \_\_\_\_\_

Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud WHOQOL- BREF: \_\_\_\_\_ puntos

(Ver Anexo IV)



## Anexo VI: Consentimiento informado

Calidad de vida y necesidades de formación en cuidados de cuidadoras inmigrantes de personas dependientes

A las Enfermera Gestoras de Casos del Distrito Sanitario Sevilla-Sur nos parece fundamental mejorar la atención que prestamos a las personas inmovilizadas incluidas en el programa de Atención Domiciliaria, y a las personas cuidadoras formales inmigrantes que las atienden. Para ello, necesitamos valorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras, y conocer su opinión acerca de la formación en cuidados que podría proporcionársele. Por lo dicho, le agradecemos que rellenen los siguientes cuestionarios que son voluntarios y anónimos. La información recogida se tratará con absoluta confidencialidad y sin otra finalidad que la mencionada.

- Índice de Barthel: permite valorar la capacidad funcional de la persona a la que cuida. Heteroadministrada.
- Cuestionario de Estado Mental (Pfeiffer): permite conocer si existe sospecha de deterioro cognitivo en la persona a la que cuida. Heteroadministrada.
- Escala de valoración sociofamiliar: permite conocer el riesgo sociofamiliar de la persona inmovilizada. Heteroadministrada
- Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud WHOQOL- BREF: contiene un total de 26 preguntas con 5 posibles respuestas. Estas preguntas hacen referencia a cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Autoadministrado. Puede ser heteroadministrado si existe dificultad para su cumplimentación.

No dude en preguntarnos aquello que considere oportuno y reciba nuestro agradecimiento por anticipado.

Enfermeras Gestoras de Casos,  
Distrito Sanitario Sevilla-Sur

He sido informado/a y entiendo la información que se me ha dado. Entiendo que me puedo negar a participar sin que esto repercuta en los cuidados que deberían de darse tanto a mí como a la persona que está a mi cuidado.

Firmado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200

Firma persona cuidadora:

Firma Persona inmovilizada o Familiar:

Nombre y apellidos.....

Nombre y apellidos.....

Firma persona investigadora:

Nombre y apellidos.....