



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Carranza Galván, Ana Belén; Alemany Lasheras, Francisco José. Programa para mejorar el Incumplimiento Terapéutico en cuidadores de pacientes dependientes. Biblioteca Lascasas, 2017; V13. Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11421.php>>

CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA
“SAN JUAN DE DIOS”
Universidad de Sevilla

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO
CURSO 2015-2016

**PROGRAMA PARA MEJORAR EL INCUMPLIMIENTO
TERAPÉUTICO EN CUIDADORES DE PACIENTES
DEPENDIENTES**

PROGRAM TO IMPROVE THE THERAPEUTIC ADHERENCE IN CAREGIVERS
OF DEPENDENT PATIENTS

ANA BELÉN CARRANZA GALVÁN
Bormujos, Mayo 2016

REGLAMENTO DEL TRABAJO FIN DE GRADO
Centro de Enfermería "San Juan de Dios"
Bormujos, Sevilla

ANEXO II: AUTORIZACIÓN TFG

D. Francisco José Alemany Lasheras.

Profesor del Centro de Enfermería San Juan de Dios de Bormujos (Sevilla).

Acredita que:

El trabajo Fin de Grado titulado: **Programa para mejorar el incumplimiento terapéutico en cuidadores de pacientes dependientes.**

Realizado por Dña: **Ana Belén Carranza Galván.**

Reúne las condiciones exigibles para su presentación y defensa públicas.

Sevilla, a...de Mayo de 2016.

El Tutor,

Fdo:

COMISIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO DEL GRADO EN ENFERMERÍA
DEL CENTRO DE ENFERMERÍA "SAN JUAN DE DIOS".

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer la atención y servicio que ofrecen el equipo que forma la escuela de San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla), por proporcionarme las herramientas y habilidades suficientes durante estos cuatro años para llevar a cabo un trabajo de tal envergadura.

En segundo lugar agradecer a mi familia y en especial a mis padres por todo su esfuerzo, trabajo y dedicación a lo largo de los años, por educarme y hacerme ser la persona que hoy día soy.

A mis amigos y compañeros de clase por darme ese cariño, fuerzas, ánimos y apoyo durante la elaboración del trabajo. La ayuda y atención de mis compañeras de grupo del TFG ha sido esencial para la elaboración del proyecto.

Gracias a Jairo por su confianza y paciencia, por aguantar mi mal humor y mis malos momentos y aún así motivarme cada día, darme fuerzas para conseguir lo que a día de hoy he conseguido y ayudarme en todo lo que ha sido posible.

Gracias especialmente a mi tutor Francisco José Alemany por su paciencia, por ayudarme en cada tutoría, por resolver mis dudas y ofrecerme sus mejores consejos para que mi trabajo sea de calidad. Gracias a su interés y actitud motivadora he conseguido finalizar la última tarea que me permite cumplir mi sueño.

Gracias a todos por confiar en mí y formar parte de mis logros.

**PROGRAMA PARA MEJORAR EL INCUMPLIMIENTO
TERAPÉUTICO EN CUIDADORES DE PACIENTES
DEPENDIENTES**

PROGRAM TO IMPROVE THE THERAPEUTIC ADHERENCE IN CAREGIVERS
OF DEPENDENT PATIENTS

Autor/a: Ana Belén Carranza Galván

Tutor/a: D. Francisco José Alemany Lasheras

ÍNDICE

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	7
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1 Justificación.....	9
1.2 Antecedentes	12
1.3 Marco teórico	15
2. POBLACIÓN DIANA Y CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN	24
2.1 Población diana	24
2.2 Captación de la población	24
3. OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo general:	25
3.2 Objetivos específicos:	25
4. CONTENIDOS	26
5. PLANIFICACIÓN	37
5.1 Cronograma.....	39
5.2 Materiales a emplear	40
6. EVALUACIÓN.....	41
6.1 Evaluación de la estructura	41
6.1.1 Desviaciones y áreas de mejoras	42
6.2 Evaluación del proceso.....	42
6.2.1 Desviaciones y áreas de mejoras	42
6.3 Evaluación de resultados.....	43
7. BIBLIOGRAFÍA.....	44
8. ANEXOS.....	48
8.1 Anexo 1: "Escala General".....	48
8.2 Anexo 2: "Escala Específica".....	49
8.3 Anexo 3: "Tabla de Apoyo".....	50
8.4 Anexo 4: Ejemplo del cartel del programa.....	51
8.5 Anexo 5: Ejemplo de solicitud de autorización aprovechamiento especial del auditorio municipal para la celebración de espectáculo público o actividad recreativa ocasional o extraordinaria.	52
8.6 Anexo 6: Ejemplo de petición de utilización de instalaciones municipales y colaboración del alcalde.....	53
8.7 Anexo 7: Entrevista primera consulta de enfermería.....	54
8.8 Anexo 8: Documento de consentimiento.....	55
8.9 Anexo 9: Ejemplo cronograma del programa.....	56
8.10 Anexo 10: Cuestionario de conocimientos previos.....	57

8.11	Anexo 11: Test de Zarit.....	58
8.12	Anexo 12: Cuestionario de conocimientos posteriores y test de Morisky Green.....	59
8.13	Anexo 13: Encuesta de calidad.	61

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Resumen gráfico: población con discapacidad que reciben alguna ayuda personal (elaboración propia).	10
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Variables de incumplimiento (elaboración propia). Fuente: Junta de Andalucía. Consejería de Salud (35).....	20
Tabla 2: Patrones de incumplimiento (elaboración propia). Fuente: Centro de Salud La Orden. Huelva. (36).....	20
Tabla 3: Formas de incumplimiento (elaboración propia). Fuente: Centro de Salud La Orden. Huelva. (36).....	21
Tabla 4: Escala Morisky Green (elaboración propia). Fuente: Junta de Andalucía (35)	21
Tabla 5: Diagnósticos NANDA (elaboración propia) (34)	26
Tabla 6: Resultados de enfermería (NOC) (elaboración propia) (40).....	26
Tabla 7: Intervenciones NIC (elaboración propia) (41)	26
Tabla 8: Intervenciones y Actividades NIC (elaboración propia) (41)	27
Tabla 9: Intervenciones NIC 1ª Sesión (elaboración propia)	37
Tabla 10: Intervenciones NIC 2ª Sesión (elaboración propia)	37
Tabla 11: Intervenciones NIC 3ª Sesión (elaboración propia)	37
Tabla 12: Intervenciones NIC 4ª Sesión (elaboración propia)	38
Tabla 13: Intervenciones NIC 5ª Sesión (elaboración propia)	38
Tabla 14: Intervenciones NIC 6ª Sesión (elaboración propia)	38
Tabla 15: Actividades 7ª Sesión (elaboración propia).....	39
Tabla 16: Intervenciones NIC 8ª Sesión (elaboración propia)	39
Tabla 17: Cronograma descriptivo del Programa de Salud (elaboración propia)	39
Tabla 18: Resultados de enfermería (NOC) de la encuesta de calidad (elaboración propia) (40).....	41
Tabla 19: Resultados de enfermería (NOC) del cuestionario de conductas previas y posteriores (elaboración propia) (40)	43
Tabla 20: Resultados de enfermería (NOC) del cuestionario de conocimientos previos y posteriores (elaboración propia) (40)	43

RESUMEN

Justificación: El incumplimiento terapéutico es una conducta inadecuada que realiza casi el 50% de la población diagnosticada de patologías crónicas, desconociendo las más de 200 repercusiones negativas que supone este comportamiento. Se observan numerosos estudios que tratan ésta problemática en pacientes crónicos, sin embargo pocos son las investigaciones en cuidadores de pacientes dependientes. El aumento de pacientes dependientes y por ello de cuidadores, además de la alta prevalencia de los diagnósticos relacionados con el incumplimiento y con una gestión ineficaz de la salud hace interesante el abordaje a cuidadores que no cumplen con el tratamiento.

Población: El programa de salud se desarrolla en el municipio de La Algaba (Sevilla) dirigido a cuidadores de pacientes dependientes, que tras valoración previa han sido diagnosticados de incumplimiento según la escala Morisky Green.

Objetivos: El objetivo principal del cual surge las intervenciones y las actividades que hemos planificado es el de mejorar y aumentar la adherencia terapéutica en cuidadores de personas dependientes.

Planificación: El programa se realiza a lo largo de cinco meses y consta de ocho sesiones. Mediante talleres teórico-prácticos se aportará la información para que realicen un cambio de conducta y tengan una adecuada adherencia terapéutica como cuidador.

Evaluación: La medición de resultados a corto plazo será mediante la comparación de cuestionarios de conocimientos previos y posteriores a las sesiones. La evaluación de resultados a largo plazo se realizará mediante una consulta, en el que determinaremos mediante la Escala de Morisky Green el cierre o no del diagnóstico.

Palabras claves: cuidadores, cumplimiento de la medicación, persona con discapacidad, promoción de la salud.

ABSTRACT

Justification: The therapeutic adherence is an inappropriate behavior that makes almost 50% of the population diagnosed chronic pathologies, ignoring the more than 200 negative repercussions of this behavior. Numerous studies are observed, which treating with this problem in chronic patients, however there are few investigations about caregivers of disabled person. The increase of dependent persons and so the caregivers, in addition to the high prevalence related to the failure and an inefficient health management, it makes interesting approach to caregivers, who don't comply with treatment.

Population: The program of health promotion is developed in the village of La Algaba (Sevilla) directed at caregivers of dependent persons, who have been diagnosed failure by the scale of Morisky Green, after the previous assessment.

Objectives: The main objective is improve and increase adherence to caregivers of dependents, of which appear the interventions and the activities that we have planned.

Planning: The program of health promotion is carried out during five month and it is composed of eight sessions in which will provide information to perform a change of conduct and to have suitable therapeutic adherence as a caregiver, through theoretical-practical sessions.

Evaluation: The measurement of short-term results is by comparing a questionnaires of knowledge before and after the sessions. The evaluation of long-term results is done through consultation contact to decide the closure of diagnosis by Morisky Green.

Keywords: caregivers, medication adherence, diseabled persons, health promotion.

1. INTRODUCCIÓN

Consta de los siguientes apartados:

1.1 Justificación

Adherencia terapéutica es un concepto aprendido en el grado de enfermería, pero que llevo indirectamente observándolo desde hace años desde una experiencia personal. Cumplir con las recomendaciones que los sanitarios prescriben es algo que comprendo ahora, pero que desde la ignorancia que me correspondía con la edad he ido asimilando poco a poco, adquiriendo la importancia que conlleva. Una vez comprendido el término y la importancia de cumplir el régimen terapéutico me ha ayudado a interesarme aún más por el tema, cobrando más mi atención cuando esta adherencia terapéutica está a cargo de cuidadores principales, encargándose día a día de brindar los cuidados y tener la responsabilidad del bienestar del paciente cuando éste es totalmente dependiente.

A lo largo de mis prácticas clínicas inherentes al grado, así como mi paso como voluntaria en un centro de niños dependientes he aprendido, entre otras muchas cosas, a observar el incumplimiento terapéutico que existe en pacientes con enfermedades crónicas y en cuidadores cuando tienen a su cargo personas dependientes. De igual forma, he descubierto las consecuencias que tiene el no cumplir estas recomendaciones, así como descubrir los beneficios que aporta al paciente obedecer los consejos clínicos.

La adherencia terapéutica es definida como: "*comportamiento de una persona que se corresponde con las recomendaciones sanitarias*". Existen distintos tipos de adherencia que varía según las circunstancias y del tiempo que dura la conducta de incumplimiento (1).

Pisano et al. en su estudio confirma que poco más de la mitad de la población de países desarrollados diagnosticada con enfermedades crónicas no cumplen con el tratamiento terapéutico que los profesionales prescriben (1). Además numerosas investigaciones consultadas incorporan información relevante (escalas de valoración para detectar incumplimientos, consecuencias directas del incumplimiento, datos de gastos sanitarios, etc.) que hace que esta problemática cobre aún más importancia (1) (2). Ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el incumplimiento terapéutico es una problemática social, un tema prioritario de salud pública y una de las principales causas de que no se obtengan los beneficios que se prevén con el cumplimiento de los consejos sanitarios, y que además supone el 20% del gasto sanitario público (3) (4).

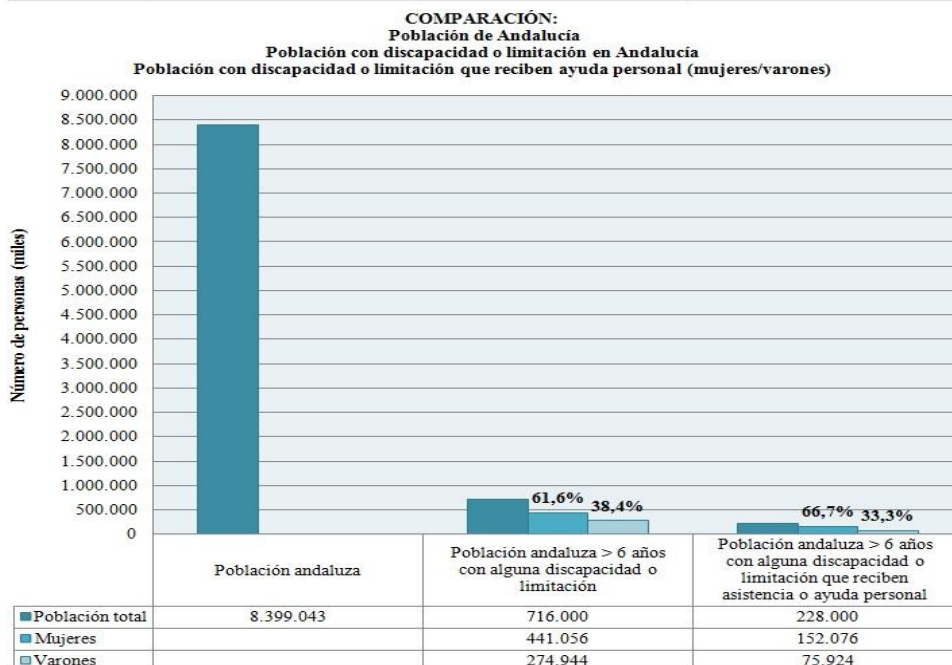
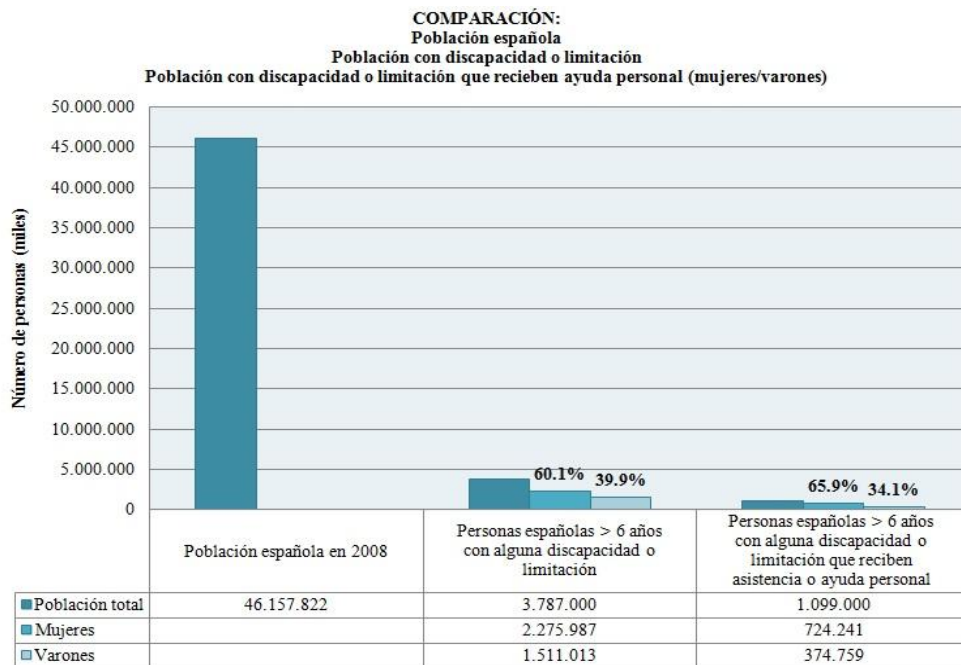
La mayoría de los pacientes incumplidores desconocen las más de doscientas repercusiones negativas que conlleva el no obedecer las pautas recomendadas. Un estudio consultado engloba todas éstas consecuencias en cuatro bloques, que resumen a la perfección los desencadenantes negativos. Son los siguientes:

1. Aumenta la probabilidad de sufrir consecuencias indeseables, incrementa la morbilidad y mortalidad.
2. Cometer errores en el diagnóstico del paciente así como en su tratamiento aumenta considerablemente.
3. Aumenta los gastos sanitarios.
4. La insatisfacción del paciente se hace notable, así como la relación profesional-paciente (1).

Debido a esta problemática y sus importantes consecuencias son numerosos los estudios, observados durante la búsqueda de bibliografías, que realizan programas de salud impartidos en diferentes poblaciones, con el objetivo de disminuir estas consecuencias anteriormente nombradas y en consecuencia también los reingresos hospitalarios (5) (6).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) la población española en 2008 era de 46.157.822 persona, de los cuales 3.787.000 personas mayores de 6 años tenían alguna discapacidad o limitación (8,2% en total; 60,1% mujeres y 39,9% varones), siendo 1.099.000 aquellas que reciben asistencia o ayuda personal (29,1% en total; 65,9% mujeres y 34,1% varones). En Andalucía 716.000 individuos tienen discapacidad o limitación (61,6% mujeres y 38,4% varones), de los cuales 228.000 reciben asistencia o ayuda personal (66,7% mujeres y 33,3% varones) (7).

Ilustración 1: Resumen gráfico: población con discapacidad que reciben alguna ayuda personal (elaboración propia).



Una encuesta realizada por el INE en 2012 comenta que el 49,4% de cuidadores son mujeres, frente al 16,6% de los hombres. Además éstas realizan en solitario el cuidado de menores, personas con limitación o discapacidad y realizan las tareas del hogar. Estos valores varían cuando los cuidados se hacen en presencia de otra persona que les ayuda en el cuidado (no remunerada), el 71,2% que presentan otra ayuda son hombres frente al 39,7% mujeres. Son solo el 5% de la población, tanto de hombres cuidadores como de mujeres cuidadoras los que contratan a otra persona para ayudarles, siendo remuneradas y sin compartir domicilio con el cuidador y el paciente (8).

Es por ello, que debido al aumento de las enfermedades invalidantes, el alto número de pacientes dependientes (1) y por ello un directo crecimiento de los cuidados informales (9), así como la alta prevalencia de los diagnósticos NANDA (00079) Incumplimiento y (00078) Gestión ineficaz de la salud (10) hace que sea interesante ayudar mediante recursos sanitarios a cuidadores que no cumplen con la adherencia terapéutica de sus pacientes por un inadecuado abordaje de enfermería y por falta de conocimientos. Los profesionales de enfermería son los responsables de abordar este tema, ya que disponen de las herramientas y recursos suficientes para mejorar la adhesión terapéutica (1).

Con la problemática existente, ¿sería pertinente realizar un programa dirigido a cuidadores de pacientes dependientes, con el que se pretende mejorar el incumplimiento terapéutico, con el fin de reforzar los conocimientos que demuestren la importancia del asunto, para evitar desencadenantes previsibles e innecesarios y así evitar el estrés que supone sentirse culpables?

Para ello se contempla la posibilidad de impartir un programa de salud en Atención Primaria (AP), que aborde el problema del incumplimiento terapéutico, ya que es uno de los recursos que agradecen positivamente los cuidadores, y además porque existen datos que confirman que aquellos cuidadores que participan en estos programas de promoción de la salud se sienten más capaces, más seguros y administran mejor los cuidados hacia sus familiares (11). Para confirmar esta necesidad analizaremos a la población de La Algaba para determinar el número de dependientes y de cuidadores incumplidores. En caso de necesidad y buena acogida de la intervención ofreceremos el desarrollo del programa propuesto.

1.2 Antecedentes

Hoy en día son diversos los estudios realizados acerca de los cuidadores que tienen a su cargo a personas dependientes. Cada uno de ellos enfocado de forma distinta, pero cuya preocupación principal es el cuidador. Se obtienen datos significativos acerca del número de cuidadores, el sexo prioritario que realiza cuidados, la sobrecarga que sufren estos, así como los factores que afecta, las consecuencias que indirectamente sufre el paciente al que brinda cuidados y las intervenciones que se llevan a cabo para disminuirlas. A pesar de todas las investigaciones sobre cuidadores, son escasos los estudios que evalúen directamente el incumplimiento o la falta de adherencia terapéutica en el cuidador cuando éste tiene a su cargo personas dependientes severas. Esto unido al desconocimiento de las consecuencias que pueden afectar a la persona cuidada y los escasos programas que aborden el tema en el sector sanitario, hace que se sigan produciendo las consecuencias negativas que conlleva no cumplir.

La falta de adherencia terapéutica y las consecuencias negativas clínicas y económicas es considerada un tema prioritario para OMS (12). En 2003, "Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action" un informe que recoge la OMS concluyó que la primera causa mundial de morbi-mortalidad son las enfermedades crónicas, haciendo relevancia que el incumplimiento a largo plazo es un problema mundial que se prevé que vaya a aumentar en países desarrollados (13).

Un estudio más reciente que aborda el tema de la adherencia terapéutica afirma que el 50% de la población de países desarrollados incumple las recomendaciones terapéuticas, pero en aquellos que se encuentran en vía de desarrollo es previsible que el incumplimiento sea aún mayor. El Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la hospitalización (ENEAS) y el Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria (APEAS), recogidos en un estudio de Pisano et al. son dos estudios de investigación del ámbito nacional de gran magnitud y transcendencia. APEAS en una de sus manifestaciones consideró que el 48,2% de los efectos adversos que se producían era en relación con la medicación, cuya tercera causa era la falta de adherencia terapéutica (1).

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) es consciente de que la adherencia es un tema importante y por lo tanto ha venido desarrollando una campaña llamada el "día de la adherencia", iniciada en 2008 y celebrada cada 15 de noviembre en el que se realizan distintas actividades para hacer conciencia (5). El Día de la adherencia, *"es una jornada de concienciación promovida por la SEFH y avalada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y cuyo objetivo principal es difundir entre los pacientes y la sociedad la importancia de una adecuada adherencia a los tratamientos farmacológicos y su repercusión sobre la salud"* (5).

Según Rodríguez García, los diagnósticos que más se utilizan en Atención Primaria son los relacionados con el cumplimiento terapéutico. Comenta que existen numerosos test que evalúan el cumplimiento o incumplimiento, pero en AP no se disponen de ellos. Para la enfermería resulta complicado considerar si un paciente es incumplidor o no, ya que una variable dicotómica de si/no son términos muy generales, según recoge un estudio realizado en Asturias. Éste manifiesta que integrar algunos test que determinen directamente el cumplimiento/incumplimiento, mejoraría directamente

la identificación. Además incluye que existen numerosos programas para pacientes con enfermedades crónicas y pacientes polimedicados, que abordan el problema de forma integral (14).

Rodríguez et al. publicó una revisión de la bibliografía de test que evalúan el cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. Determina que la entrevista clínica es una forma directa de saber si un paciente es cumplidor o no, pero tiene un valor predictivo negativo si este se considera cumplidor, ya que son numerosos los pacientes que mienten en este tema. Es por ello que deben aplicarse otros métodos adicionales o en combinación si es preciso, que sean sencillos e integrados en la asistencia, que no necesite demasiado tiempo y esfuerzo para identificar a pacientes incumplidores. Concluye el estudio citando dos test, Morisky-Green y el de Batalla, considerando ser estos los que mayor valor predictivo positivo tienen (15).

Muchos de los test están pensados para realizarse en pacientes con enfermedades específicas, aunque ya algunos se pueden utilizar para otras patologías, como la de Morisky Green (15). Esta escala también está empleándose para cuidadores que tienen a su cargo pacientes dependientes y que por lo tanto son los encargados de asumir la adherencia al tratamiento de la persona que tratan, y que en el caso de ser incumplidor, éste sería por falta de adherencia terapéutica del cuidador principal (16).

Jessica Medina en un estudio comenta que el aumento de discapacidades o limitación para la vida diaria es del 8,5 % en España, y de ellas el 55,8 % son dependientes, por lo que se hace evidente la presencia de un cuidador principal (17). El evidente aumento de pacientes dependientes, tuvo tal impacto que en España se formuló una ley en la cual se ofrece un recurso de ayuda denominada Ley de Dependencia (9). Esto es un servicio de ayuda social que complementa la acción protectora del estado y amplía al sistema de seguridad social. Un derecho universal que consiste en ofrecer prestaciones que benefician de forma directa e indirecta, para cuidar a personas dependientes y proporcionar la autonomía a los cuidadores (18) con el objetivo de disminuir la sobrecarga del cuidador. Esta ley se puso en marcha en diciembre de 2006, gracias a la intervención del estado mediante la regulación 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (19).

Normalmente, los cuidadores que se encargan de asumir el rol de cuidador son mujeres (83%) (17). La sociedad y los estereotipos existentes enmarcan a la mujer como la encargada de los cuidados, por lo que por norma general son las encargadas de asumir este rol. Esposas, hijas y nueras es el sector mayoritario, por ello en la mayoría de los estudios son estas las que mayor nivel de sobrecarga padecen (17). La incorporación de la mujer a la vida laboral y el cambio en la estructura familiar pone en peligro la continuidad de cuidados en pacientes dependientes, el aumento de sobrecarga y por tanto la incorrecta adherencia terapéutica (20), así lo recoge un estudio en el que se diseña un cuestionario que determina que la sobrecarga influye negativamente en el manejo clínico y terapéutico del paciente (16).

Para los cuidadores es necesario implementar programas de Atención Primaria que acoja a estos cuidadores y familiares con objeto de mejorar la adherencia, y no sólo de la medicación, sino de todo el régimen terapéutico prescrito (10). Los programas de salud que se dirigen a cuidadores han demostrado que aquellos cuidadores que participan en estos programas presentan mejores resultados en autonomía funcional,

frente a aquellos que no han asistido a este tipo de recurso y que por lo tanto no se benefician de las consecuencias positivas que tiene tanto para él como para el paciente. Igualmente recoge que estos programas de entrenamiento les conducen a un mejor manejo de la situación y que por ello son recibidos positivamente (11) (21). Está comprobado que la educación sanitaria mejora la salud y reduce factores de riesgo (13).

En enero del 2005, por parte del Distrito Sanitario se pusieron en marcha una serie de medidas en la que se contempla, entre otras muchas actuaciones, facilitar en la medida de lo posible una serie de acciones y medidas positivas hacia las cuidadoras de grandes discapacitados. En marzo de ese mismo año el Servicio Andaluz de Salud elaboró el Plan de Mejora denominado "*Plan de Mejora de la Atención a las cuidadoras familiares*" cuyo objetivo fue mejorar la calidad de vida de los cuidadores. Entre las medidas propuestas está la de "*realizar talleres de apoyo que fomenten las relaciones sociales, proporcionen apoyo emocional, incluyan herramientas para el manejo de situaciones difíciles y refuercen conocimientos*" (22).

Entre los objetivos del Sistema Sanitario de Andalucía, está el de la atención domiciliaria, para que el paciente junto a su familia y en las mejores condiciones posibles, pase el mayor tiempo en su domicilio. En la Ley de Salud de Andalucía según el II Plan de Calidad Gestión Clínica y la Gestión por Procesos (PAIs), consideran que el usuario es el eje del sistema, al cual se le debe garantizar la continuidad de sus cuidados (6). En el "Contrato Programa de los Distritos de Atención y Primaria en Andalucía (2005/2008)", se reflejan los recursos de los que se dispone para un adecuado abordaje en la atención domiciliaria (22).

Lemstra en 2012 ya concluyó que "*los costes de la no-adherencia que mejoran el cumplimiento de los tratamientos, salvaría más vidas que aumentar esfuerzos en terapias innovadoras*" (1).

Concluimos con que los estudios investigados durante la búsqueda bibliográfica aconsejan que se siga investigando en el tema del incumplimiento terapéutico (23). Determinar datos de incumplimiento más específicos e incluir a una población más extensa (13), realizar programas educativos para favorecer la aparición de los beneficios que conlleva el cumplimiento e investigar en estrategias que resulten ser más adecuadas para mejorarlo y obtener mejores beneficios (1).

1.3 Marco teórico

El número de enfermedades crónicas y degenerativas ha aumentado en los últimos años, así como el aumento de la esperanza de vida, provocando que el número de personas dependientes ascienda, estimando un aumento más notable en el futuro (9) (24).

Las personas dependientes podrían definirse de forma muy general como aquella persona que no puede o necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (25). Virginia Henderson considera que el ser humano tiene la necesidad de cubrir 14 necesidades básicas, que le permiten adquirir el máximo grado en calidad de vida, y en el caso de éstas no poder ser cubiertas por el mismo, necesitaría de otra persona que asumiese su responsabilidad (26), por ello el programa que desarrollaremos está basado en su modelo. Es por ello, que en la mayoría de los casos las personas con enfermedades crónicas e invalidantes consideradas personas dependientes, suelen estar siempre acompañadas de un cuidador principal, en su mayoría familiares directos (27).

El rol de cuidador siempre ha estado relacionado con la mujer, debido a las costumbres, creencias e imposiciones de la sociedad, aunque estos últimos años se ha podido observar un aumento de hombres en esta tarea tan compleja como es cuidar, debido a la incorporación del sexo femenino al mundo laboral. Esto también ha provocado que la relación de parentesco entre cuidador y cuidado haya cambiado, y se observen en numerosas ocasiones a mujeres inmigrantes ocupando esta situación de cuidadora de pacientes dependientes (20) (27).

Aún con el cambio en la sociedad, en varios estudios realizados se sigue observando la gran diferencia existente entre hombres y mujeres a la hora de cuidar, destacando en esta tarea las mujeres. Prevalecen el número de esposas, hijas y nueras, que en su mayoría además de su ocupación como cuidadora llevan adelante su tarea laboral y cuidados del hogar. Ésto supone un mayor peso, produciéndose una sobrecarga emocional y de responsabilidad lo que ocasiona estrés en la persona (17). La sobrecarga en los cuidadores es más que evidente, y así lo confirman numerosos estudios. La mayoría de las cuidadoras afirman sentirse desbordadas, considerando que es una tarea que requiere implicación, sacrificio y esfuerzo personal (24).

Numerosos factores influyen en el cuidador para mantener una correcta continuidad en los cuidados y seguir el plan terapéutico recomendado por los profesionales (28). Cubrir las necesidades básicas del paciente es esencial para mantener un estado óptimo de salud, pero cumplir con el régimen terapéutico es prioritario cuando una persona está diagnosticada de una enfermedad crónica, y así lo considera la OMS (3). La falta de adherencia y/o incumplimiento al tratamiento tiene como principal consecuencia el malestar y/o empeoramiento en el estado de salud del paciente, que en su mayoría desemboca en reingresos hospitalarios, y con ello un invisible aumento de los gastos públicos sanitarios (5). La ampliación de recursos sanitarios que ofrece el estado ha mejorado la satisfacción del cuidador, ya que son recibidos positivamente (11).

Existe un amplio abanico de recursos disponibles para cuidadores que necesiten ayuda para el control del régimen terapéutico, uno de ellos son los Programas de Salud impartidos por profesionales sanitarios a cuidadores/as, que pretenden difundir los conocimientos que ayudan a lograr una mejora en la adherencia terapéutica, provocando

disminuir el estrés que supone según los cuidadores, tener mucha información, sentir responsabilidad y en consecuencia tomar decisiones difíciles (24).

DEPENDENCIA:

La dependencia según el Portal de la Dependencia y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), www.dependencia.imserso.es se define como: "*situación permanente en la que se encuentran las personas que por diversas causas (edad, enfermedad, discapacidad, etc.) han perdido parte o toda su autonomía física, mental, intelectual o sensorial y necesitan de la ayuda de otra persona para realizar las ABVD o de otros apoyos para su autonomía personal*". Siendo las ABVD según lo define el glosario del SAAD aquellas actividades esenciales que le permiten a la persona desenvolverse con autonomía e independencia. Esas actividades básicas son:

- Cuidado personal
- Actividades domésticas básicas
- Movilidad esencial
- Reconocer personas y objetos
- Orientarse
- Entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (25).

Para determinar el grado de dependencia es necesario realizar un estudio del paciente y para ello, el real decreto ha aprobado un baremo, único en España, denominado Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). Cada comunidad autónoma, y tras la valoración de dependencia, especificará según el grado, los cuidados necesarios que la persona necesitaría para una correcta calidad de vida (25). Para ello serán necesarios los informes de salud realizados por los profesionales, valorar el entorno del paciente, los recursos de los que dispone y las ayudas técnicas que emplea y que le hayan sido prescritas. Ésto conlleva un proceso, que se realiza mediante la observación, entrevista clínica, valoración de informes de salud y entorno del paciente y comprobación directa en el lugar donde el paciente normalmente vive (29).

El BVD puede aplicarse a todas aquellas personas en las que se presente cualquier tipo de discapacidad, además de ser útil para todas las edades, excepto para menores de 3 años. La encuesta que se realiza se denomina "tabla de aplicación", en las cuales se describen una serie de actividades, que dependiendo de la edad pueden aplicarse o no. Estas actividades tienen un valor, que varía según la edad. El sumatorio de todas aquellas actividades aplicables da lugar a un resultado y éste es el que nos indicaría el grado de dependencia que tiene el paciente. Las actividades que se evalúan aparecen en la "Escala General" ([Anexo 1](#)) y si tienen afectación mental también se realizará la "Escala Específicas" ([Anexo 2](#)) (29).

Podría decirse que existen tres tipos de dependencias, diferenciadas en grados según el artículo 26 del Boletín Oficial del Estado (BOE).

- Grado I: Dependencia Moderada: se considera dependencia de grado I cuando la persona necesita al menos una vez al día, ayuda o apoyo para realizar ABVD.
- Grado II: Dependencia Severa: se considera dependencia grado II cuando la persona necesita al menos dos y/o tres veces al día, pero no lo requiere permanentemente, ayuda para llevar a cabo las ABVD.

- Grado III: Gran dependencia: se considera dependencia grado III cuando la persona necesita ayuda varias veces al día para realizar las ABVD. La pérdida total de autonomía, tanto física, mental e intelectual de la persona requiere la ayuda continua para su autonomía (25).

El resultado del sumatorio del baremo antes comentado hace la diferencia entre un tipo de dependencia u otro (29):

- De 0 a 24 puntos, sin grado reconocido.
- De 25 a 39 puntos, Grado I nivel 1.
- De 40 a 49 puntos, Grado I nivel 2.
- De 50 a 64 puntos, Grado II nivel 1.
- De 65 a 74 puntos, Grado II nivel 2.
- De 75 a 89 puntos, Grado III nivel 1.
- De 90 a 100 puntos, Grado III nivel 2.

Así mismo, el último apartado del baremo mide los coeficientes para distinguir el tipo y la frecuencia de apoyo de otra u otras personas que necesitan, y estos coeficientes aparecen en la "Tabla de Apoyo" ([Anexo 3](#)) (29).

El número de personas dependientes es un gran problema social, ya que el aumento en los últimos años es más que evidente, y así lo recogen múltiples estudios (9) (24). Esto a su vez ha provocado que también aumente el número de cuidados informales, y por tanto de cuidadores (29). Independientemente del grado de dependencia que la persona presente, es necesaria parcial o completamente la presencia de un cuidador que le aporte autonomía al paciente. En el SAAD utilizan el término Necesidades de apoyo para la autonomía personal que lo define como *"la ayuda que necesitan las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para poder tener un grado satisfactorio de autonomía personal en la comunidad"* (25). El libro del Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson identifica al cuidador bajo el término Agente de autonomía asistida y lo define como aquél que realiza actividades y acciones dirigidas a satisfacer las necesidades a individuos que requieren suplencia (26).

El aumento de las personas dependientes es un problema con gran impacto social, tanto que llevó a la creación en España de la Ley de Dependencia, que ofrece recursos para personas dependientes y a sus cuidadores (9).

APOYO PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL

El incremento de personas dependientes ha aumentado el número de atenciones sanitarias, aunque cada vez son más los cuidados extrahospitalarios, tomando más importancia la atención domiciliaria, provocando el acrecentamiento de cuidadores (28). Nace por ello el término "cuidados no profesionales", que *"son los prestados a las personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno"* y así lo define el SAAD (25).

Las necesidades de la persona dependiente requieren ser cubiertas por un cuidador principal que generalmente forma parte de la red de apoyo familiar, es decir aproximadamente el 85% de estos cuidados están realizados por la familia y en su mayoría mujeres (24), presentando todas ellas el mismo perfil; casadas, con bajo nivel

de estudios y amas de casa o mujeres que lo compaginan con otro empleo (9), entre 45 y 65 años, cuida al padre o madre y comparte domicilio con la persona cuidada (30). Asumen un nuevo estilo de vida que en su mayoría no es una situación buscada y que deben cumplir sin estar preparadas para ello (31). Los cuidadores familiares tienen un papel fundamental en la prestación de cuidados de salud en personas con dependencia o discapacidad de la comunidad, " *sirviendo como... columna vertebral de largo plazo de nuestro país, en el hogar, y los sistemas de atención basados en la comunidad*" (21).

Este cambio en la sociedad moderna, en la cual se ha producido el aumento de la población dependiente ha provocado otro cambio, pero este recae sobre los cuidadores. La modificación en la estructura familiar y en los estilos de vida familiar, modifica el concepto de familia tradicional, la cual está desapareciendo, lo que pone en peligro los cuidados domiciliarios realizados por familiares y por ello la continuidad de cuidados (20). La integración de la mujer en el mundo laboral, el escaso desarrollo de los servicios sociales públicos y el aumento del fenómeno migratorio ha provocado que los familiares busquen apoyo en otros sectores, ofreciendo puestos de trabajo destinados a cuidar a familiares, fenómeno que se ha hecho notable en los últimos tiempos (20). Estos cuidados realizados por cuidadores ajenos a la red de apoyo han sido descritos como "cuidado informal o cuidado mercenario" (9). Estos "cuidados informales" son realizados en la última década por mujeres inmigrantes, sobretodo procedente de América del sur (20).

Cuidados no profesionales son todos aquellos cuidados recibidos por personas no profesionales, que suele ser realizados por el cuidador principal definidos por Calero et al. como "*aquel individuo que dedica una gran parte de su tiempo, medido en número de horas al día, al cuidado de dicho enfermo y que ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas*" (32).

Para ser considerado cuidador no profesional se requiere de unos requisitos, implantados por el real decreto, y que el SAAD contempla. Son los siguientes:

- El cuidador debe compartir el domicilio con la persona dependiente, con excepción si el domicilio se encuentra en una zona con características negativas, en ese caso se podrá permitir las asistencia de cuidados informales a personas que carecen de parentesco, pero debe residir en el mismo municipio de la persona dependiente, y que ya le haya brindado cuidados un año previo a la presentación para ser cuidador legal de la persona.
- El entorno debe estar considerado rural para la persona dependiente con grado I.
- El cuidador debe tener capacidad física mental e intelectual para brindar los cuidados y atención necesaria. Por ello no debe tener reconocida situación de dependencia ni haberla solicitado.
- La persona dependiente requiere atención y cuidado. El cuidador debe asumir el compromiso de realizar las tareas, cuidados y apoyo necesarios.
- En caso de que los servicios sociales necesiten el acceso a la vivienda del dependiente, el cuidador debe facilitarles la entrada, con el objetivo de permitir que comprueben el cumplimiento de los requisitos (25).

Este rol de cuidador y cumplimiento de los requisitos que han adquirido las mujeres se traduce como compromiso, sacrificio y esfuerzo personal, llevar a cabo

tareas y tomar decisiones difíciles, todo ello asumiendo el estrés e incertidumbre que supone. Esta situación de vulnerabilidad ha provocado que se realicen diversos estudios acerca de la sobrecarga del cuidador y cobra especial importancia en el sistema sanitario (24), según los profesionales *“el sistema no tiene capacidad para atender las necesidades de los cuidados a domicilio, sin los cuidadores no se puede”* (9).

Esta situación generadora de estrés hace que pueda verse afectada negativamente la salud del cuidador. Los problemas tanto físicos como emocionales son los más comunes, pero prescindir de las actividades recreativas y sociales, los problemas económicos y laborales son otras de las consecuencias (9) (33), ya que llevar a cabo este rol supone entre 4-5 horas al día durante los 7 días de la semana. Estos problemas y *“consecuencias negativas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores por el hecho de desempeñar este rol”*, es la definición que da nombre al concepto de sobrecarga (31).

Numerosas son las investigaciones científicas en cuyo contenido se ofrece información del número de cuidadores con sobrecarga (9), los factores que provocan esta situación (4), las acciones específicas que llevan a cabo los cuidadores para mejorar en su calidad de vida (24), y los posibles problemas que causa a la persona cuidada cuando el cuidador presenta sobrecarga (28).

Herrera López et al. comenta que existen dos dimensiones, las dimensiones objetivas y subjetivas, que provocan las repercusiones negativas que ocasiona asumir esta tarea. Estas dimensiones que presentan los cuidadores influyen en el nivel de sobrecarga que poseen. Las dimensiones objetivas son las demandas que requieren, así como las actividades que realizan; los sentimientos y percepciones positivas y negativas que prevalecen en los cuidadores están enmarcadas en las dimensiones subjetivas (31).

Las acciones específicas que realizan los cuidadores para soportar la situación de estrés se denominan *“estrategias de afrontamiento”* que se define como *“ las actitudes, comportamientos e incluso pensamientos que las personas, en general, utilizan para responder a la demandas del entorno”*. Aunque estas estrategias permiten al cuidador adaptarse a sobrellevar las exigencias que se requieren, no siempre los resultados son positivos (24). Estas estrategias de afrontamiento más frecuentes son: aceptación, afrontamiento activo, reformulación positiva, utilización de sustancias y la negación (11).

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO/ ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Son varias las fuentes que recogen la definición de cumplimiento terapéutico. Una de las definiciones más adecuadas son las realizadas por la OMS y la NANDA.

La OMS determina que el cumplimiento terapéutico se basa en *“ buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales de riesgo, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos”* (1).

Mediante el diagnóstico -Disposición para mejorar la gestión de la propia salud- la NANDA lo define como *“ patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es*

suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado" (34).

También Sackett et al. definió cumplimiento como "el grado en el que el comportamiento de una persona (en términos de tomar la medicación, seguir una dieta o asumir cambios en el estilo de vida) coincide con los consejos médicos o sanitario" (1).

Diversas teorías, desde modelos operantes y modelos socio-cognitivos, como el Modelo de Creencias sobre la Salud (MCS) y la Teoría de la Acción Razonada (TAR), explican las variables personales y socio-demográficas que afectan a la adherencia terapéutica, aunque llegan a ser insuficiente, ya que actualmente se conocen más de 200 causantes de la falta de adherencia, y éstas están relacionadas con cada persona, con el régimen terapéutico y el fármaco (13), el entorno y familia, y la relación con el personal sanitario (1). Las variables negativas que afectan a la persona a incumplir con la adherencia terapéutica son el miedo, la no aceptación, la falta de motivación y el apoyo social. Las enmarcadas al régimen terapéutico son la complejidad, el miedo a los efectos secundarios y la desconfianza sobre su efectividad influyen negativamente, así como el tipo de enfermedad, la duración, la discapacidad que genera y la sintomatología que produce. Por lo contrario son aspectos positivos la accesibilidad y gratuidad al sistema sanitario y los programas de educación para la salud para impartir recomendaciones (2).

Tabla 1: Variables de incumplimiento (elaboración propia). Fuente: Junta de Andalucía. Consejería de Salud (35)

CAUSAS DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO	
Olvidos en la toma de medicación	Falta de información sobre las tomas
Falta de eficacia percibida por el paciente o real	Temor a la aparición de efectos secundarios
Horarios incompatibles con su actividad	Aparición de efectos adversos
Abandono por percepción de mejoría clínica	Polimedicación
Plan terapéutico complejo	Relación deficiente o insatisfacción del paciente con el profesional
Elevado coste de los fármacos	Falta de soporte familiar
Aislamiento del paciente	Falta en las consultas de seguimiento

La adherencia es un fenómeno múltiple y complejo. Se considera múltiple porque son numerosas las actividades y conductas que deben de llevarse a cabo, como por ejemplo, asistir a citas médicas o tomar la medicación; y a su vez es complejo porque una persona no es considerada incumplidora siempre, hay circunstancias, momentos y situaciones que hacen ser incumplidor (1).

Tabla 2: Patrones de incumplimiento (elaboración propia). Fuente: Centro de Salud La Orden. Huelva. (36)

TIPOS DE INCUMPLIMIENTO	
Incumplimiento Parcial	Incumplimiento de forma esporádica
Vacaciones Farmacológicas	Incumplimiento varios días seguidos
Efecto de Bata Blanca	Individuos incumplidores, que en días previos a citas en consulta son cumplidores

Tabla 3: Formas de incumplimiento (elaboración propia). Fuente: Centro de Salud La Orden. Huelva. (36)

FORMAS HABITUALES DE INCUMPLIMIENTO	
Olvido de prescripciones médicas tras asistir a consultas	
No adquirir la medicación oportuna en farmacia	
No acudir a renovar las recetas y prescripciones	
No tomar las dosis indicadas diariamente/tomar dosis no recomendadas	
No respetar los horarios indicado	
Utilizar y administrar otros medicamentos	

A nivel clínico existen una gran variedad de métodos que valoran la adherencia terapéutica del paciente: la determinación del metabolito o fármaco en sangre, orina o fluido, el recuento de comprimidos de forma manual o electrónica, y la realización de test para su determinación indirecta (1) (2). Uno de los puntos a favor que tiene la determinación indirecta de la adherencia es que ayuda a investigar y hacer una valoración del cumplimiento, con lo que permite conocer la efectividad obtenida (15).

Los test que se utilizan son los siguientes: Test de cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett, Test de Morisky-Green, Test de la comprobación fingida o «bogus pipeline», Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad), Test de Prochaska-Diclemente, Test de Hermes, Test de Herrera Carranza, Test de cumplimiento SMAQ (The Medication Adherence Questionnaire), Escala simplificada para detectar problemas de cumplimiento (ESPA) con el tratamiento antirretroviral, The Medication Adherence Report Scale (MARS) (Escala informativa de cumplimiento de la medicación), Brief Medication Questionnaire (BMQ) (Breve cuestionario de la medicación (15). Cada test está dirigido a una patología determinada, pero existen algunos como el de Morisky Green que se amplía a otras patologías. De todos estos test lo que resultan más cómodos y prácticos para evaluar el cumplimiento en la práctica clínica y así obtener los resultados más certeros son los de Morisky Green y el de Batalla, siendo el primero el más observado en los estudios consultado (15) (16).

Tabla 4: Escala Morisky Green (elaboración propia). Fuente: Junta de Andalucía (35)

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	Si	No
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Si	No
¿Cuando se encuentra mejor, ¿deja de tomar la medicación?	Si	No
Si alguna vez le sienta mal los medicamentos¿ deja de tomarlos?	Si	No
Se considera cumplidor al paciente que responde afirmativamente a todas las preguntas		

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

“La única función de una enfermera es ayudar a un individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria. Y hacer esto de tal forma que le ayuda a ser independiente”

Virginia Henderson

Virginia Henderson es una teórica, la cual considera que un paciente es una persona que necesita ayuda para lograr su independencia. La autora supo dar la importancia que merecía la Enfermería, y dio nombre a 14 necesidades humanas básicas, las cuales son el eje de la atención de enfermería (37). Las 14 necesidades son las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Rendir culto según sus propias creencias.
12. Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Jugar y participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes (38).

Henderson afirma que la persona que mayor responsabilidad y autoridad tiene para realizar los cuidados básicos es la enfermera. Aclarando que realizar cuidados básicos es ayudar a los pacientes a llevar cabo actividades para satisfacer las 14 necesidades o incluso aportarles los conocimientos necesarios para que puedan realizarse de forma independiente y sin ayuda de la enfermera (38); todo esto identificando las tres formas de relación que la enfermera puede tener con el paciente: sustituta del paciente, colaboradora del paciente y compañera del paciente (37), con la finalidad de hacer sentir al paciente completo e independiente (38), ya que presentan una fuente de dificultad o también denominada Área de Dependencia. Estas fuentes de dificultad se refieren a la falta de conocimiento (saber qué y cómo hacerlo), de fuerza física o psíquica (por qué, para qué y poder hacerlo) o de voluntad de la persona (querer hacerlo) y éstas se requieren para satisfacer las necesidades básicas. Estas áreas de dependencia es el centro de las intervenciones que tiene que realizar la enfermera con el objetivo de *"aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad"* (26).

Henderson refleja que esta función básica de enfermería no quita la importancia al papel terapéutico de la enfermera y su relación terapéutica, ya que es la encargada principal de ayudar al paciente a cumplir las prescripciones. Concluyó diciendo que los profesionales de enfermería son un complemento para el paciente, ofreciendo lo que necesita para llevar a cabo las actividades diarias y para cumplir los tratamientos que han sido prescritos por los médicos (38).

El modelo de Virginia Henderson es uno de los modelos de cuidados de enfermería más aceptados y conocidos en el entorno sanitario. El motivo principal de ser el modelo idóneo y por ello de su utilización en la práctica clínica es porque cumple con el requisito indispensable, ya que es compatible con el Proceso Enfermero (PE) y permite utilizar las taxonomías y lenguajes estandarizados NANDA, NOC, NIC. Además es un modelo que reconoce a la persona como ser integral e único, el cuál

posee un potencial de cambio, siendo coherente con los valores culturales, propiciando la concienciación de las ventajas y beneficios que ocasiona el desarrollar un estilo de vida saludable, así como de mejorarlo y mantenerlo, todo ello utilizando un lenguaje sencillo para describir los conceptos necesarios. Otra de las razones que hacen que este modelo sea conocido y utilizado es porque permite a la enfermería trabajar con independencia, pero también colaborar con otros profesionales de salud, hecho valorado positivamente hoy en día para ofrecer calidad asistencial (26) (39).

2. POBLACIÓN DIANA Y CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN

2.1 Población diana

La realización de nuestro Programa de Promoción de la Salud, será impartida en la localidad de La Algaba, municipio de la provincia de Sevilla, que pertenece a la zona básica de Sevilla Norte. A esta población se le suma el barrio de El Aral.

La Algaba es una localidad con una extensión superficial de 18 km² situado a 7 km de la capital sevillana. Según el INE la población total de este municipio es de 16.279 habitantes estimándose en relación a los datos de Andalucía que 1.388 personas mayores de 6 años tienen alguna discapacidad o limitación, correspondiendo al 8,5% de la población total y que aproximadamente 442 discapacitados reciben asistencia o ayuda personal (7).

Tras la revisión de diferentes bibliografías y confirmar que el 50% de la población de pacientes crónicos incumplen las recomendaciones terapéuticas (1), se espera que en la población de La Algaba tenga los mismos porcentajes, aproximando que 221 cuidadores son incumplidores.

Una vez pedido ayuda a la administración correspondiente del Centro de Salud, y explicar los motivos e intereses, determinaremos el número de personas dependientes del municipio para ponernos en contacto con sus cuidadores, ofertarles el programa y resumirle los beneficios que obtendrá tras su participación. Tras su esperada confirmación comenzaremos a llevar a cabo el programa.

2.2 Captación de la población

Tras obtener los datos de los pacientes dependientes y valorar las historias clínicas de los pacientes, previa autorización del Comité de Ética y del director del Centro de Salud, nos pondríamos en contacto telefónico con los cuidadores principales de estos pacientes. En caso de no disponer de números telefónicos, sería necesario realizar una visita domiciliaria y hablar personalmente con el cuidador.

Tras presentarnos, le comunicaremos el motivo de nuestra llamada o visita. En el caso de estar de acuerdo con el programa y aceptar participar, le daremos una cita en consulta de enfermería para explicarle cómodamente la finalidad del programa y los beneficios que personalmente va a aportarle.

Igualmente, y en conjunto al contacto directo con el cuidador, pondremos carteles publicitarios por los lugares más concurridos del municipio para que la población se familiarice y considere que es un programa serio y de gran ayuda, impartido por profesionales en el centro de AP de su municipio ([Anexo 4](#)).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

- Mejorar y aumentar la adherencia terapéutica en cuidadores de personas dependientes.

3.2 Objetivos específicos:

- Aclarar el término "cumplimiento terapéutico" y su importancia, y por ello la importancia de la presencia del cuidador y su obligación de cumplir con las prescripciones.
- Desarrollar las posibles consecuencias de incumplir con el régimen terapéutico, así como manifestar los beneficios que supone llevar a cabo una correcta adherencia terapéutica.
- Impartir recomendaciones y trucos que permitan llevar un control para cumplir con el régimen terapéutico.

4. CONTENIDOS

Para llevar a cabo el desarrollo del programa de salud, anteriormente los participantes han sido evaluados y diagnosticados bajo criterio enfermero. Para trabajar con los diagnósticos enfermeros NANDA nos hemos propuesto unos resultados de enfermería (NOC) y con ellos unas intervenciones NIC que nos ayudará a alcanzar los objetivos.

Los diagnósticos NANDA de los cuáles han sido diagnosticados nuestros participantes y que por lo tanto han sido incluidos en el programa de salud son:

Tabla 5: Diagnósticos NANDA (elaboración propia) (34)

▪ (00079) Incumplimiento.
▪ (00080) Gestión ineficaz de la salud familiar.
▪ (00126) Conocimientos deficientes.

Por tanto los resultados de enfermería (NOC) planteados son:

Tabla 6: Resultados de enfermería (NOC) (elaboración propia) (40)

▪ (1601) Conducta de cumplimiento.
▪ (1600) Conducta de adhesión.
▪ (1813) Conocimiento: régimen terapéutico.

Ante estos objetivos planteados nos hemos propuesto realizar un programa de salud, que mediante intervenciones y actividades NIC esperamos que los participantes adquieran los conocimientos necesarios acerca del régimen terapéutico y que por ello sean cumplidores de dicho régimen. Las NIC utilizadas a lo largo de todo el programa son:

Tabla 7: Intervenciones NIC (elaboración propia) (41)

▪ 5606 Enseñanza: individual.	▪ 5604 Enseñanza: grupo.
▪ 8190 Seguimiento telefónico.	▪ 6574 Identificación del paciente.
▪ 4420 Acuerdo con el paciente.	▪ 6520 Análisis de la situación sanitaria.
▪ 7920 Documentación.	▪ 8120 Recogida de datos para la investigación.
▪ 7040 Apoyo al cuidador principal.	▪ 7910 Consulta.
▪ 5240 Asesoramiento.	▪ 4920 Escucha activa.
▪ 8700 Desarrollo de un programa.	▪ 2380 Manejo de la medicación.
▪ 4360 Modificación de la conducta.	▪ 5520 Facilitar el aprendizaje.
▪ 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.	▪ 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

El programa de salud bajo el título "Programa para Mejorar el Incumplimiento Terapéutico en Cuidadores de Pacientes Dependientes" será impartido a cuidadores principales de pacientes que presenten dependencia y se desarrollará a lo largo de cinco meses, siendo los tres primeros aquellos en los que se impartirán las sesiones y los dos últimos aquellos en los que se analizarán los resultados obtenidos y se realiza el seguimiento de los participantes. El programa está dividido en ocho sesiones, de las cuales la primera, quinta y octava son individuales en el centro de salud del municipio sevillano de La Algaba y el resto de ellas se realizaran en el salón de acto de la Casa de la Cultura del mismo municipio, previa autorización del ayuntamiento. Las sesiones individuales se realizarán con cita previa y bajo llamada telefónica o visita domiciliaria (según proceda) de la enfermera que realiza el programa. La sesión dos, tres, cuatro y seis será dividida en dos días a su vez, con mismo contenido en cada uno de los días,

pero se realiza así para evitar aglomeraciones y conseguir que la atención sea más cómoda, sencilla e individualizada. El reparto de participantes en grupos será seleccionado por orden alfabético, con la opción de ser modificado en caso de situaciones especiales que anteriormente hayan sido comentadas por los usuarios. La séptima sesión del programa será en conjunto con todos los participantes del programa, en el que se les entregará un diploma que reconozca su gran labor como cuidador, así como su participación activa al programa. Además se pedirá la colaboración del alcalde y asistentes sociales del municipio ([Anexo 5](#)) ([Anexo 6](#)). En los dos últimos meses se evaluarán los resultados a largo plazo, y que mediante llamadas telefónicas o visitas domiciliarias se le programará una cita para consulta de enfermería. En las distintas sesiones se desarrollarán las siguientes actividades:

Tabla 8: Intervenciones y Actividades NIC (elaboración propia) (41)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8190 Seguimiento telefónico 	<ul style="list-style-type: none"> — Determinar que realmente se está hablando con el paciente o, si se trata de otra persona, que tiene permiso para darle la información. — Establecer una fecha y una hora para el seguimiento o una cita a otro servicio.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5606 Enseñanza: individual 	<ul style="list-style-type: none"> — Establecer una relación de confianza. — Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. — Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos del paciente. — Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas). — Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas. — Determinar la secuencia de presentación de la información. — Proporcionar un ambiente que conduzca el aprendizaje. — Instruir al paciente, cuando corresponda. — Reforzar la conducta, si se considera oportuno. — Corregir las malas interpretaciones de la información, según corresponda. — Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7910 Consulta 	<ul style="list-style-type: none"> — Proporcionar conocimientos técnicos a

quienes soliciten ayuda.

- Desarrollar un contrato escrito para definir el acuerdo y evitar malentendidos.
- Estimular las capacidades de quién solicita ayuda para progresar hacia una mayor autodirección y responsabilidad.
- Preparar un informe final de recomendaciones.

▪ **6574 Identificación del paciente**

- Preguntar al paciente su nombre y apellidos, así como la fecha de nacimiento.

▪ **7920 Documentación**

- Registrar los hallazgos completos de la valoración en la historia clínica inicial.
- Documentar las valoraciones de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados.
- Registrar la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.
- Firmar la documentación con firma y título legal.
- Mantener la confidencialidad de la historia clínica.
- Utilizar los datos de la documentación en la garantía de calidad y acreditación.

▪ **6520 Análisis de la situación sanitaria**

- Programar las citas para mejorar un cuidado eficaz e individualizado.
- Utilizar instrumentos de cribados válidos y fiables.
- Informar sobre el fundamento y propósito del análisis de la situación sanitaria y del autoseguimiento.
- Obtener el historial sanitario, según corresponda, que incluya los hábitos sanitarios, factores de riesgo y medicamentos.

▪ **8120 Recogida de datos para la investigación**

- Proporcionar un espacio privado para realizar las entrevistas y/o la recopilación de datos, si es necesario.
- Ayudar al paciente a cumplimentar los cuestionarios del estudio u otras herramientas de recogida de datos.

- **4420 Acuerdo con el paciente**
 - Establecer objetivos en términos positivos.
 - Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.
 - Facilitar la redacción de un documento por escrito que incluya todos los elementos acordados.
 - Proporcionar al paciente una copia de acuerdo firmado y fechado.

- **7040 Apoyo al cuidador principal**
 - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
 - Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
 - Monitorizar la presencia de indicios de estrés.
 - Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
 - Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
 - Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

- **5240 Asesoramiento**
 - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
 - Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
 - Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento.
 - Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.
 - Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, según corresponda.
 - Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
 - Reforzar nuevas habilidades.

- **4920 Escucha activa**
 - Mostrar interés por el paciente.
 - Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
 - Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido.
 - Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
 - Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

— Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

▪ **8700 Desarrollo de un programa**

- Reunir a un grupo de trabajo, incluyendo a los miembros adecuados de la comunidad, para examinar la necesidad o el problema prioritario.
- Instruir a los miembros del grupo de planificación de acuerdo con el proceso de planificación, según sea conveniente.
- Evaluar las propuestas alternativas detallando el coste, los recursos necesarios, la viabilidad y las actividades necesarias.
- Identificar los recursos y las restricciones para la aplicación del programa.
- Planificar la evaluación del programa.
- Conseguir la aceptación del programa por parte del grupo diana, de los proveedores y de grupos relacionados.
- Conseguir el equipo y los suministros.

▪ **5604 Enseñanza: grupo**

- Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje.
- Utilizar los recursos comunitarios, según corresponda.
- Proporcionar un programa escrito (que incluya fechas, horas y lugares de las sesiones/clases de enseñanza) para el personal y/o paciente(s).
- Determinar los días/horas adecuados para conseguir el máximo número de pacientes.
- Orientar al paciente/allegados al programa educativo y a los objetivos diseñados que hay que conseguir.
- Adaptar los métodos/materiales educativos a las necesidades/características de aprendizaje del grupo, según corresponda.
- Evaluar el progreso del paciente en el programa y el dominio del contenido.
- Documentar el progreso del paciente en la historia clínica permanente.
- Documentar el número de pacientes que hayan conseguido los objetivos de enseñanza.

▪ **5520 Facilitar el aprendizaje**

- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
- Fomentar la participación activa del paciente.
- Repetir la información importante.
- Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él, siempre que sea posible.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes.
- Incorporar animación en presentaciones multimedia cuando sea posible y adecuado.
- Proporcionar folletos informativos, vídeos y recursos «online» cuando sea adecuado.

▪ **4360 Modificación de la conducta**

- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.
- Animar al paciente a que examine su propia conducta.
- Desarrollar un programa de cambio de conducta.
- Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo.
- Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas de modelado.
- Evaluar los cambios de conducta mediante la comparación de los sucesos basales con sucesos de conducta posteriores a la intervención.

▪ **2380 Manejo de la medicación**

- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.
- Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
- Enseñar al paciente y/o a los familiares el método de administración de los fármacos, según corresponda.
- Ayudar al paciente y a los familiares a realizar los ajustes necesarios en el estilo

	de vida asociados a ciertos medicamentos, según corresponda.
	— Revisar con el paciente las estrategias para controlar el régimen de medicación.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> — Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. — Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda. — Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 	<ul style="list-style-type: none"> — Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. — Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento. — Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. — Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

— 1ª Sesión: Entrevista Clínica: descripción y fase diagnóstica.

Esta primera sesión será individualizada. Mediante cita previa y bajo llamada telefónica o visita domiciliaria realizada por el profesional de enfermería, se le recibirá en la consulta de enfermería acordada. Las citas se adjudicarán a lo largo de tres semanas dando comienzo a principios de la segunda quincena del primer mes, acordando horas disponibles y siempre asegurando la asistencia del destinatario. Tras identificarnos le solicitaremos nombre y apellido para confirmar su identidad y proseguiremos con la consulta de enfermería.

Comenzaremos dándole las gracias por su asistencia a la consulta e interesarse en participar en un programa que ofrece el centro de salud de su pueblo. Posteriormente le explicaremos cual es el motivo de esta consulta, porque le hemos seleccionado como posible candidato/a al programa, en qué consiste el programa y los objetivos que nos hemos planteado, haciendo hincapié en los beneficios que va a obtener como cuidador. A continuación le pediremos que nos cuente brevemente su situación como cuidador, enfermedad y situación del usuario que recibe los cuidados, experiencia, así como los recursos de los que dispone. Todo ello quedará reflejado en la historia clínica del paciente, bajo el título "Programa de Salud para Cuidadores".

El siguiente paso que realizaremos será pasar informáticamente la escala de Morisky Green y determinaremos si el usuario es cumplidor o no al régimen y tratamientos prescritos de la persona que recibe los cuidados. En el caso de ser incumplidor, se le informará de que es una de las personas seleccionadas que cumple

con los criterios de inclusión y se le solicitará su acreditación para incluirlo en dicho programa. Si uno de los usuarios, en caso contrario, se determina que es cumplidor, se le informará e indicará que no cumple con los criterios de inclusión y por tanto no es necesario que participe en este programa. En este caso se le dará la posibilidad de asistir al programa para afianzar sus conocimientos. Para llevar a cabo cada consulta individual dispondremos de un documento que nos ayudará a recoger toda la información necesaria y evitar olvidos que contengan información relevante ([Anexo 7](#)).

Tras su aceptación se le informará de cómo se desarrollará el programa, las sesiones en las que se divide, así como un breve resumen para describir en lo que consistirá cada una de las sesiones.

Para finalizar la primera sesión, se le entregará un documento, el cual debe firmar, y se le hará entrega de una copia, en el cuál se refleja que el usuario está conforme con las normas del programa, se compromete a asistir a las sesiones y a comunicar a los responsables del programa cualquier incidente que se le presente a lo largo del desarrollo de este, el cual le impida continuar con su participación y que por lo tanto deba abandonar ([Anexo 8](#)). También se le hará entrega de un folleto en el que se resume los días, horarios y lugar en el que se impartirán las sesiones ([Anexo 9](#)).

— 2ª Sesión: Presentación e introducción

A su llegada al salón de acto de la Casa de la Cultura del municipio, le pediremos que tomen asiento y nos presentaremos como impartidoras del programa y profesionales de enfermería del centro de salud del municipio. Explicaremos brevemente en qué consistirá esta primera sesión grupal, la duración de ella y recordaremos el día de la próxima sesión.

Comenzaremos pidiendo a cada una de las asistentes que se presenten, aportando como información nombre y primer apellido, persona a la que cuida y enfermedad si la conoce. Esto nos permitirá controlar la asistencia al programa de todos los participantes incluidos, para posteriormente realizar una llamada y confirmar si aún continúa con la intención de participar. En caso de negación a la participación se le excluye del programa.

Luego, haremos entrega de un cuestionario, en que se les realiza una serie de preguntas, para determinar el nivel de conocimientos que tiene sobre el tema. Este mismo cuestionario se les pasará en la penúltima sesión y nos ayudará a determinar si los objetivos han sido cumplidos ([Anexo 10](#)).

A continuación comenzaremos a tratar el tema en cuestión: adherencia terapéutica. Para ello formularemos en voz alta la pregunta *¿conocen el significado y a que hace referencia el término adherencia terapéutica o cumplimiento terapéutico?* Las ideas que cada participante aporte y que sean acertadas se escribirán en una pizarra con el objetivo de ser visualizado y comparado antes de finalizar la sesión.

Posteriormente a la tormenta de ideas, mediante diapositivas proyectadas en documento Power Point definiremos adecuadamente el concepto de adherencia/cumplimiento terapéutico, no-adherencia/incumplimiento terapéutico, así

como los beneficios y complicaciones que pueden derivarse por no seguir las recomendaciones prescritas.

Finalizamos el programa volviendo a preguntar la cuestión que se realizó al principio de la sesión, comparando los conocimientos de los que disponían y de los que ahora disponen acerca del cumplimiento terapéutico. Motivaremos a la realización de preguntas para resolver y evitar dudas, y para ello durante el transcurso de la primera sesión ofreceremos un ambiente profesional, agradable y de confianza.

— 3ª Sesión: Estrategias para mejorar la adherencia I

Tendrá lugar de manera colectiva en el mismo lugar que la sesión anterior (Casa de la Cultura).

La primera actividad que realizaremos será la proyección de un video para realizar un breve recordatorio de la sesión anterior y que a su vez nos permite ofrecer un pequeño avance de la sesión a realizar. El tema al que alude el video es la Adherencia Terapéutica. El video se titula "Conoce que es la Adherencia al Tratamiento y su importancia" y está disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=u1o0Hy9e7SM>

La segunda actividad de esta tercera sesión será la explicación, mediante diapositivas proyectadas en formato Power Point, de las acciones negativas que le hacen ser a una persona incumplidor del régimen terapéutico, los tipos de incumplimiento que existen, así como recomendaciones que pueden ayudarles a que el incumplimiento desaparezca.

Terminaremos esta sesión realizando una tormenta de ideas, bajo la pregunta realizada por el profesional de enfermería, *¿Utiliza algún método de los anteriormente citados, el cuál le ayude a recordar las prescripciones facultativas? ¿Qué otros métodos conoces y que no hayan sido descritos aún?* En esta actividad se pretende que cada uno de los participantes comente técnicas que realizan ellos para acordarse de la medicación, citas y otras prescripciones, con el objetivo de que sirva de ejemplo para el resto de los asistentes.

— 4ª Sesión: Estrategias para mejorar la adherencia II

Después de dos sesiones en las que se han definido adherencia/no-adherencia, cumplimiento/incumplimiento, ¿seríais capaces hoy de definir su significado? Así comenzaremos la cuarta sesión, con una pregunta a los participantes. A la vez que responden iremos escribiendo en la pizarra y valoraremos como han logrado adquirir los conocimientos acerca de la adherencia. A continuación fraccionaremos la sesión en dos partes, con una actividad en cada una de ellas.

- Actividad 1: mediante proyección en formato Power Point daremos información, la cual aclaran los aspectos que implican que se incumpla el régimen terapéutico. El profesional que imparte el programa motivará a los participantes a participar durante la exposición, para resolver las dudas que se vayan planteando, ayudando a afianzar conocimientos sobre el tema.

- Actividad 2: recordaremos los tipos de incumplimientos que existen, así como las acciones negativas que implican incumplimiento. Se realizará una tormenta de ideas en el que los asistentes deben determinar si se sienten identificado con algunos de los aspectos de incumplimiento nombrados, si realizan algunas de las acciones negativas y si consideran que realizan algún tipo de los incumplimientos que existen.

Antes de abandonar el salón de acto, se le avisará a los asistentes, que los próximos días recibirán una llamada, para dar una cita con su enfermera, en la cual se aclararán las dudas sobre el proceso de enfermedad del usuario con el que convive y ofrece sus cuidados.

— 5ª Sesión: Aprendizaje y determinación de sobrecarga

En esta consulta que se desarrollará individualmente cambiaremos el tema de adherencia terapéutica, pero no por ello deja de tener relación. Esta sesión está dividida en dos partes, la primera la consideramos fase diagnóstica y la segunda refuerzo de conocimientos.

- Primera parte: En esta sesión determinaremos si el paciente presenta sobrecarga o no en el rol como cuidador, ya que existen evidencias de que la sobrecarga puede provocar que sea una de las razones que justifiquen el incumplimiento. Para ello realizaremos el Test de Zarit ([Anexo 11](#)). El resultado debe quedar registrado informáticamente.
- Segunda parte: para realizar adecuadamente esta sesión, como profesional debemos de estar capacitados para aportarle al cuidador la información correcta. Para ello debemos estar informados de las enfermedades de las cuales está diagnosticado el familiar y el progreso de estas. La medicación, efecto, complicaciones, efectos adversos y pautas también es información que debe conocer el cuidador.

Esta información será transmitida de forma oral, utilizando un lenguaje claro, sencillo y adaptado al nivel cultural de cada usuario. Resolveremos dudas y cuestiones que plantee el usuario a lo largo de la consulta y felicitaremos por su labor, su querer hacer y su disposición para mejorar como cuidador, con la intención de brindarle a su familiar los mejores cuidados posibles.

Finalizaremos recordándoles que el próximo día será la última sesión teórica que se impartirá.

— 6ª Sesión: Taller "cuidando al cuidador"

Utilizando el proyector del salón de acto de la casa de la cultura, proyectaremos un Power Point en el que se recuerdan las acciones, compromisos y labores que deben realizar por ser cuidador.

Posteriormente definiremos el concepto de sobrecarga y la importancia que tiene solicitar ayuda. Nos centraremos más en informar la importancia que tiene satisfacer sus propias necesidades, describiendo en una lista las actividades que deben realizar.

Utilizando los mismos recursos informáticos, expondremos las acciones que se aconseja que realicen, con el propósito de evitar la aparición de sobrecarga y por ello de su posible complicación y empeoramiento en el cumplimiento del régimen terapéutico del familiar. Esta información será transmitida mediante un video titulado " Cuidando al cuidador". Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=hHKoVF7bUMk>.

Como última información a aportar y aquí finaliza los contenidos teóricos y de aprendizaje, informaremos de los recursos de los que dispone el sistema de salud y como podrán ayudarle. Para ello le explicaremos que puede acudir al centro de salud para llevar a cabo los procesos de solicitud.

Por último, pasaremos dos cuestionarios. El primero de ellos valorará si el participante ha adquirido los conocimientos que pretendíamos, las aptitudes que le hayan hecho mejorar el incumplimiento terapéutico y mediante el cuestionario de Morisky Green determinaremos si en los últimos meses desde que comenzó el programa ha sido cumplidor o no ([Anexo 12](#)). El segundo cuestionario a cumplimentar será una encuesta de satisfacción del programa, que nos ayudará a mejorar en caso de volver a repetirse ([Anexo 13](#)).

— 7ª Sesión: Finalización del programa

El programa finaliza con un acto de entrega de diplomas en el cual se certifica la participación en el programa de mejora en el incumplimiento terapéutico en cuidadores de pacientes dependientes.

Al acto serán invitados todos los profesionales sanitarios que han participado, directa e indirectamente, en el desarrollo del programa. Pediremos la participación al acto de las asistentes sociales del municipio con la intención de que los participantes del programa las conozcan y puedan solicitar su ayuda cuando la requieran. El alcalde del municipio también hará acto de presencia y junto al resto de invitados realizarán un pequeño discurso.

A continuación, los profesionales sanitarios que han colaborado darán las gracias a los usuarios por su participación al programa, porque gracias a ellos ha sido posible su desarrollo. Las gracias por haber cumplido las normas y asistir a las sesiones que comprendía el programa, considerar esta intervención seria y colaborar en todas las actividades que se planteaban. Motivaremos a solicitar ayuda cuando crean conveniente, acudir al centro de salud y a llevar a cabo las aptitudes que hayan adquirido a lo largo del proceso de aprendizaje.

— 8ª Sesión: Evaluación Post-Taller

Durante los dos meses posteriores a la finalización de las siete primeras sesiones los datos recogidos serán analizados y con ello determinaremos los resultados conseguidos al finalizar las sesiones.

En el último mes realizaremos llamadas telefónicas o visitas domiciliarias para interesarnos por la situación actual y volver a realizar la escala de Morisky-Green, con la cuál determinaremos el cierre del diagnóstico de (00079) Incumplimiento. Para ello concertaremos con el cuidador una cita para consulta de enfermería en este mismo mes.

5. PLANIFICACIÓN

1ª SESIÓN: DESCRIPCIÓN Y FASE DIAGNÓSTICA.

La primera parte que forma el programa será la presentación de dicho programa a todos aquellos participantes que han sido elegidos por reunir el criterio de cuidador principal de un paciente que presenta dependencia. Esta primera sesión será individualizada y será impartida en el centro de salud de la localidad de La Algaba, en la consulta de enfermería correspondiente a la enfermera que imparte el programa. Esta primera visita con la enfermera comenzará a realizarse a partir de la segunda quincena del primer mes con una duración máxima de tres semanas. La hora de esta primera sesión será en consenso con el cuidador y la duración de ésta es de 25 minutos. En la primera sesión se desarrollarán las NIC:

Tabla 9: Intervenciones NIC 1ª Sesión (elaboración propia)

8190 Seguimiento telefónico	6574 Identificación del paciente
4420 Acuerdo con el paciente	6520 Análisis de la situación sanitaria
7920 Documentación	8120 Recogida de datos para la investigación
7040 Apoyo al cuidador principal	4920 Escucha activa
7910 Consulta	5240 Asesoramiento

2ª SESIÓN: PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN

Tanto la sesión 2, 3 y 4 serán impartidas en semanas distintas del segundo mes, existiendo necesariamente una semana entre cada sesión, siendo en el mismo horario (16,30h.), con misma duración (1,30 h.) y en el mismo lugar (Casa de la Cultura).

Las NIC en esta sesión son los siguientes:

Tabla 10: Intervenciones NIC 2ª Sesión (elaboración propia)

5520 Facilitar el aprendizaje	6574 Identificación del paciente
5604 Enseñanza: grupo	4920 Escucha activa
7920 Documentación	8120 Recogida de datos para la investigación
7040 Apoyo al cuidador principal	4360 Modificación de la conducta

3ª SESIÓN: ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA I

Aquí comenzaremos a abordar y explicar, así como a dar consejos para la mejora de la adherencia. Los puntos a tratar son:

Tabla 11: Intervenciones NIC 3ª Sesión (elaboración propia)

5520 Facilitar el aprendizaje	6574 Identificación del paciente
5240 Asesoramiento	6520 Análisis de la situación sanitaria
7040 Apoyo al cuidador principal	4920 Escucha activa
5604 Enseñanza: grupo	4360 Modificación de la conducta

4ª SESIÓN: ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA II

En el mismo lugar de las dos últimas sesiones y con la misma duración se realizará la cuarta sesión.

Tabla 12: Intervenciones NIC 4ª Sesión (elaboración propia)

5520 Facilitar el aprendizaje	6574 Identificación del paciente
5240 Asesoramiento	6520 Análisis de la situación sanitaria
7040 Apoyo al cuidador principal	2380 Manejo de la medicación
5604 Enseñanza: grupo	4360 Modificación de la conducta

5ª SESIÓN: APRENDIZAJE Y DETERMINACIÓN DE SOBRECARGA

En el tercer mes se realizarán todas aquellas consultas individuales con su enfermera referente del centro de salud de su localidad, mediante cita previa que será comunicada por llamada telefónica. Las citas deben realizarse como máximo en dos semanas del mes. El horario se ajustará a petición del paciente y la duración de esta será de 25 minutos. En esta consulta se trabajará bajo las siguientes NIC:

Tabla 13: Intervenciones NIC 5ª Sesión (elaboración propia)

7910 Consulta	8120 Recogida de datos para la investigación
5520 Facilitar el aprendizaje	6574 Identificación del paciente
5240 Asesoramiento	6520 Análisis de la situación sanitaria
7040 Apoyo al cuidador principal	4920 Escucha activa
5606 Enseñanza: individual	4360 Modificación de la conducta
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

6ª SESIÓN: TALLER "CUIDANDO A CUIDADORES"

La última sesión educativa del programa que durará 1,30h. será impartida en el salón de actos de la casa de la cultura en una semana del tercer mes, a la semana siguiente a la finalización de las citas que corresponden a la sesión anterior. Los temas a tratar serán:

Tabla 14: Intervenciones NIC 6ª Sesión (elaboración propia)

5604 Enseñanza: grupo	8120 Recogida de datos para la investigación
5520 Facilitar el aprendizaje	4360 Modificación de la conducta
5240 Asesoramiento	6520 Análisis de la situación sanitaria
7040 Apoyo al cuidador principal	4920 Escucha activa

7ª SESIÓN: FINALIZACIÓN DEL PROGRAMA

Para finalizar el programa, el último día laborable del tercer mes en el que finaliza la última sesión y en el mismo lugar que la anterior, se realizará un acto en el que asistirán las asistentes sociales y al alcalde del municipio sevillano. Este acontecimiento tendrá una duración de 2 horas aproximadamente. Ante tal despedida se realizará:

Tabla 15: Actividades 7ª Sesión (elaboración propia)

Entrega de diploma que certifica la asistencia al programa y valora la disposición de mejorar como cuidador.
 Apoyo y motivación a los participantes para acudir al centro de salud, y pedir cita con su enfermera en caso de tener dudas a lo largo del todo el proceso como cuidador.

8º SESIÓN: EVALUACIÓN POST-TALLER

Durante los dos últimos meses se evaluarán los documentos realizado durante las sesiones y a preferencia horaria del profesional se realizarán llamadas telefónicas o visitas domiciliarias a los participantes del programa, para consensuar una cita en el centro de salud para volver a realizar la escala de Morisky Green y resolver las dudas que presenten. Estas citas se llevarán a cabo durante la primera quincena del último mes.

Tabla 16: Intervenciones NIC 8ª Sesión (elaboración propia)

8190 Seguimiento telefónico	6574 Identificación del paciente
7910 Consulta	8120 Recogida de datos para la investigación
5606 Enseñanza: individual	6520 Análisis de la situación sanitaria

5.1 Cronograma

Tabla 17: Cronograma descriptivo del Programa de Salud (elaboración propia)

	Entrevista clínica	Presentación e introducción	Estrategias para mejorar la adherencia I	Estrategias para mejorar la adherencia II	Aprendizaje y determinación de sobrecarga	Taller "Cuidando a Cuidadores"	Finalización del programa
CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN	Se realizarán llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias para explicarle el motivo de nuestra llamada y darles una cita con la enfermera.						
SESIÓN 1							
SESIÓN 2							
SESIÓN 3							
SESIÓN 4							
SESIÓN 5							
SESIÓN 6							
SESIÓN 7							
EVALUACIÓN: POST-TALLER	Dos últimos meses posteriores a la finalización del taller						

- **Sesión 1:** Entrevista clínica: descripción y fase diagnóstica; Lugar: Centro de Salud de La Algaba. Cita previa
- **Sesión 2:** Presentación e introducción; Lugar: Salón de Acto, Casa de la Cultura.
- **Sesión 3:** Estrategias para mejorar la adherencia I; Lugar: Salón de Acto, Casa de la Cultura.
- **Sesión 4:** Estrategias para mejorar la adherencia II; Lugar: Salón de Acto, Casa de la Cultura.

- **Sesión 5:** Aprendizaje y determinación de sobrecarga; Lugar: Centro de Salud de La Algaba.
- **Sesión 6:** Taller "Cuidando a Cuidadores"; Lugar: Salón de Acto, Casa de la Cultura.
- **Sesión 7:** Finalización del programa. Acto Final; Lugar: Salón de Acto, Casa de la Cultura.
- **Sesión 8:** Evaluación Postaller. Cita previa.

5.2 Materiales a emplear

- Consulta de enfermería del centro de salud de La Algaba, equipado con ordenador portátil y teléfonos fijos.
- Salón de actos de la casa de la cultura, equipado con sillas, mesas, iluminación, proyector audiovisual y ordenador con acceso a internet.
- Pizarra blanca, rotuladores especiales para esta superficie y borrador.
- Papel y bolígrafo para posibles anotaciones.
- Material de aprendizaje: Diapositivas, cartel del programa y folletos informativos.

6. EVALUACIÓN

Los objetivos que nos habíamos propuesto conseguir con la realización de nuestro programa de salud son:

— **Objetivo general:**

- Mejorar la adherencia terapéutica en cuidadores de personas dependientes.

— **Objetivos específicos:**

- Aclarar el término "cumplimiento terapéutico" y su importancia, y por ello la importancia de la presencia del cuidador y su obligación de cumplir con las prescripciones.
- Desarrollar las posibles consecuencias de incumplir con el régimen terapéutico, así como manifestar los beneficios que supone llevar a cabo una correcta adherencia terapéutica.
- Impartir recomendaciones y trucos que permitan llevar un control para cumplir con el régimen terapéutico.

Para evaluar si los objetivos se han conseguido, utilizaremos unos resultados de enfermería (NOC) que nos ayudará a determinar si los resultados han sido satisfactorios. En caso de cumplirse la mayoría de los objetivos planteados, el programa podrá incorporarse como recurso en el centro de salud. Además se le ofrecerá a otros centros sanitarios la posibilidad de incorporarlo en su cartera de servicio, con el objetivo de que el programa se realice en otros municipios y así disminuir el incumplimiento terapéutico en cuidadores. Si por el contrario los resultados no son satisfactorios, se revisará el programa para mejorarlo, incluyendo las áreas de mejoras recogidas en el programa de mejora de calidad.

6.1 Evaluación de la estructura

La evaluación de la estructura se realizará mediante una encuesta de calidad que será rellenará entre los asistentes al programa de forma anónima ([Anexo 13](#)).

La encuesta está formada por 16 ítems en el cada uno de ellos tienen que indicar el grado de satisfacción. Recoge aspectos de satisfacción con el personal, los recursos que se han utilizado para el desarrollo de las sesiones y las capacidades del profesional para retransmitir la información, preocupación por el aprendizaje, resolver las cuestiones que se planteaban, así como incentivar la participación de los usuarios.

Los resultados de enfermería (NOC) con los que realizamos la encuesta son:

Tabla 18: Resultados de enfermería (NOC) de la encuesta de calidad (elaboración propia) (40)

3000 Satisfacción del paciente/usuario: acceso a los recursos asistenciales
3001 Satisfacción del paciente/usuario: cuidados
3002 Satisfacción del paciente/usuario: comunicación
3003 Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados
3012 Satisfacción del paciente/usuario: control de los síntomas

Tras las respuestas, valoraremos cuáles son aquél déficit que los participantes han notado. Los objetivos que hayan sido calificados con poca puntuación serán aquellas áreas que se deberán mejorar.

6.1.1 Desviaciones y áreas de mejoras

Las posibles desviaciones que nos podemos encontrar en cuanto a la estructura de nuestro programa son:

- No disponibilidad del lugar indicado para el desarrollo del programa, tanto del salón de acto de la casa de la cultura, como de la consulta de enfermería del centro de salud del municipio.
- Las fechas y horarios solicitados no son concedidos por el ayuntamiento debido a su ocupación por otra actividad.
- Iluminación inadecuada para la impartición del programa.
- Dificultad para el acceso al escenario.
- Acústica inadecuada.
- No disponibilidad de mobiliario informático.
- Escasez de mobiliario para el acomodamiento de los participantes.

Para evitar estas posibles desviaciones antes de dar comienzo y de divulgar el programa, sería necesario confirmar por el ayuntamiento y centro de salud la disponibilidad de la salas. Además nos aseguraremos que los recursos e infraestructuras que necesitamos estarán disponibles y su funcionamiento sea óptimo.

6.2 Evaluación del proceso

La evaluación por proceso se llevará a cabo por dos mecanismos. El primero de ellos, al finalizar cada sesión evaluaremos si los objetivos planteados para ese día se han visto cumplidos y en el caso de que no fuese así se mejoraría los posibles obstáculos que han podido presentarse. El segundo será al finalizar el programa y evaluar los resultados que nos propusimos al comienzo del programa y en el caso de haberse cumplido sería conveniente plantear el programa en otros municipios.

6.2.1 Desviaciones y áreas de mejoras

Los posibles obstáculos que nos podemos encontrar en cuanto al proceso de nuestro programa son:

- Las sesiones son insuficientes para cumplir los objetivos previstos, por ello nos plantearíamos aumentar el número de sesiones con el fin de llevar a cabo todas las intervenciones y actividades propuestas.
- Los horarios y fechas previstas para impartir las sesiones son incompatibles con los participantes. Para mejorarlo se le ofrecerá al paciente que indique las fechas y horarios de los que dispone, ofreciéndole la disponibilidad según el programa.
- El lugar elegido es lejano para los participantes.
- Los participantes no aceptan el diagnóstico y por tanto no aprueban su participación en el programa. La solución a esta posible desviación sería

aconsejar y permitir su posible integración en un futuro de este mismo programa.

- Los asistentes olvidan las citas con enfermería y las sesiones previstas, por lo que planteamos que se realicen llamadas telefónicas los días previos para el recordatorio de éstas.
- Poca participación y colaboración del participante.

6.3 Evaluación de resultados

Para evaluar si los objetivos planteados se han conseguido realizaremos una evaluación de resultados, para ello se repartirá en la sexta sesión un cuestionario en el que se reflejan las conductas y los conocimientos que deben haber adquirido a lo largo de todas las sesiones realizadas.

Para determinar si se han conseguido los objetivos o no, las respuestas las compararemos con los resultados del cuestionario que se administró al principio de la segunda sesión, ambos con las mismas preguntas.

Los resultados de enfermería (NOC) con los que se han realizado el cuestionario son:

Tabla 19: Resultados de enfermería (NOC) del cuestionario de conductas previas y posteriores (elaboración propia) (40)

(1601) Conducta de cumplimiento.

(1600) Conducta de adhesión.

Tabla 20: Resultados de enfermería (NOC) del cuestionario de conocimientos previos y posteriores (elaboración propia) (40)

(1813) Conocimiento: régimen terapéutico.

El cuestionario de Morisky Green, recogido en el cuestionario de la última sesión, también se realizará para evaluar los resultados. Los usuarios deben de responder según sus conductas realizadas en los meses durante la impartición del programa. Los resultados que obtenemos los compararemos con los recogidos durante la entrevista clínica de la primera sesión con el objetivo de determinar si se ha cumplido nuestro principal objetivo ([Anexo 12](#)).

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Pisano González MM, González Pisano A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*. 2014 Enero; 24(1).
2. Rodríguez Morales I, Arenas Fernández J, Palma Vallengano AJ. Adherencia al régimen terapéutico en pacientes crónicos a través de la valoración enfermera del 061. *Documentos Enfermería*. 2015 Marzo;(57): p. 29-35.
3. Hoyos Duque TN, Arteaga Henao MV, Muñoz Cardona M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Investigación y educación en enfermería*. 2011; 29(2): p. 194-203.
4. Prieto Perdigón D, Ibiricu Barro Á, Doblado López O. Adherencia al tratamiento como práctica efectiva en salud. *Revista Paraninfo Digital*. 2011.
5. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R, Rudi Sola N, Ventura Cerdá JM, Navarro Aznárez H. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del “Día de la Adherencia” del 2013. *Farmacia Hospitalaria*. 2015; 39(2): p. 109-113.
6. Velázquez Salas A, Cominero Belda A. Análisis e implementación de un programa para la gestión de los reingresos hospitalarios. *Biblioteca Lascasas*. 2011; 7(1).
7. Instituto Nacional de Estadística. [www.ine.es].; 2008.
8. Instituto Nacional de Estadística. [Cuidados en el entorno familiar. Trabajo reproductivo].; 2013 [cited 2016 02 01. Available from: www.ine.es.
9. Gómez Urquiza JL, León Alcalde I, Avilés Guzman AM, Pérez Mármol JM, Fernandez Castillo R. Nivel de sobrecarga del cuidador y su relación con el nivel de dependencia de la persona cuidada. *Paraninfo digital*. 2014; 8(20).
10. Domínguez Nariño CC, Camargo Figueroa FA, Flórez García JP, Domínguez Torres LJ, Luna Figueroa DA. Validación de un formato para algunos diagnósticos de enfermería de interés en la familia. *Revista Cubana de Enfermería*. 2013; 29(2).
11. Pérez Jiménez D, Rodríguez Salvá A, Herrera Travieso DM, García Roche R, Echemendía Tocabens B, Chang de la Rosa M. Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2013 Mayo-Agosto; 51(2).
12. Montoya Vergel M. Manejo ineficaz del régimen terapéutico vs. incumplimiento del régimen terapéutico: La prescripción enfermera. *Enfermería Comunitaria*. 2009; 5(2).
13. Dios Guerra C, Pérula de Torres LÁ. Factores relacionados con el manejo inefectivo del régimen terapéutico en pacientes crónicos de consulta de enfermería. *Index de Enfermería*

- Digital. 2012; 21(1-2): p. 14-17.
14. Rodríguez García MJ, del Castillo Arévalo F. Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. *Enfermería Global*. 2012; 11(1).
 15. Rodríguez Chamorro MÁ, García Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*. 2008 Agosto; 40(8).
 16. Molinuevo J, Hernández B. Perfil del cuidador informal asociado al manejo clínico del paciente con enfermedad de Alzheimer no respondedor al tratamiento sintomático de la enfermedad. *Neurología*. 2011 Noviembre; 26(9).
 17. Garcia M. ¿Los cuidadores que reciben ayudas de la Ley de Dependencia tienen menos sobrecarga?*. *Enfermería Comunitaria*. 2013; 9(2).
 18. Forniés Lacosta P, Belloso Alcay A. Intervención educativa al cuidador principal de un paciente dependiente. [Online].; 2013 [cited 2016 Enero 14. Available from: <http://zagan.unizar.es/record/10652#>.
 19. BOE. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia..
 20. Pérez García C, Manzano Felipe MdlÁ. Efectividad de un programa psicoeducativo dirigido a cuidadoras informales inmigrantes de personas dependientes. *revista Paraninfo digital*. 2013; 7(18).
 21. Berry JW, Elliott TR, Grant JS, Edwards G, Fine PR. Does problem-solving training for family caregivers benefit their care recipients with severe disabilities? A latent growth model of the Project CLUES randomized clinical trial. *Rehabilitation psychology*. 2012; 57(2): p. 98-112.
 22. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Adenda 2007 al Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud. 2005-2008..
 23. Siniak D, Brum Z. ADHERENCE TO MEDICATION THERAPY IN USERS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2013; 5(4): p. 503-509.
 24. Gálvez Gonzáles M, Saucedo Figueredo MdC, Calderón Ortega A, Pacheco López IM, Carmona González J, García Martínez AM. El proceso de afrontamiento en cuidadoras familiares de personas con alto grado de dependencia. *Paraninfo digital*. 2014 Octubre-Diciembre; 22(4).
 25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales E igualdad. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. [Online]. [cited 2016 Enero 22. Available from:

http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/index.htm.

26. Alba Rosales MA, Bellido Vallejo JC, Cárdenas Casanova V, Ibáñez Muñoz J, López Márquez A, Millán Cobo MD, et al. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Primera Edición ed. Jaén ICOdEd, editor. Jaén: Biblioteca Lascasas; 2010.
27. Fernández Jiménez R, Rodríguez Delgado ME, Rodríguez Aranda P. Estás sobrecargado: ¿Cómo lo afrontas? Cuidadores de mayores dependientes. *Parainfo Digital*. 2014; 8(20).
28. Luengo Martínez CE, Araneda Pagliotti G, López Espinoza MA. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Index de Enfermería*. 2010 Enero-Marzo; 19(1).
29. Boletín Oficial del Estado(BOE). Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dep. 2011..
30. Gálvez Gonzáles M, Ríos Gallego F, García Martínez AM. Crecer cuidando. El rol cuidador en las hijas de madres dependientes. *Index de Enfermería*. 2013 Octubre-Diciembre; 22(4).
31. Herrera López LM, Alcayagas Rojas C, Torres Hidalgo M, Funk Buntmeyer R, Bustamante Troncoso C, Riquelme Hernández G, et al. Programa de apoyo al trabajador-cuidador familiar: fenómeno social emergente. *Aquichan*. 2014 Septiembre; 14(3).
32. Calero Pérez RM, Fernández Prado C, Roa Venegas JM. Cuidador informal de personas mayores dependientes y estrés percibido. *Scientia*. 2009; 14(1): p. 9-19.
33. Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011 Junio; 15(6).
34. Herdman T. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. NANDA International Madrid: Elsevier; 2012.
35. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular. 2010..
36. Márquez Contrerasa E, Casado Martínez J, Márquez Cabeza J. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2001 Octubre; 8(8).
37. Marriner Tomey ARAM. Modelos y teorías en enfermería. 7th ed. Madrid: Mosby; 2007.
38. Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después Madrid: Interamericana McGraw-Hil; 1994.

39. Luis Rodrigo MT FFCNGM. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3rd ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2005.
40. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4th ed. Madrid: Elsevier; 2009.
41. Bulechek G, Butcher H, McClosky-Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5th ed. Madrid: Elsevier; 2009.

8. ANEXOS

8.1 Anexo 1: "Escala General".

TABLA DE PESOS DE LA ESCALA GENERAL

	Grupos de edad			
	3-6	7-10	11-17	18 y más
Comer y beber	22,4	18,3	18,3	16,8
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	0,35	0,25	0,25	0,25
Cortar o partir la comida en trozos	NA	0,20	0,20	0,20
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,30	0,30	0,30	0,30
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,35	0,25	0,25	0,25
Higiene personal relacionada con la micción y defecación	20,3	16,1	16,1	14,8
Acudir a un lugar adecuado	0,31	0,20	0,20	0,20
Manipular la ropa	0,23	0,15	0,15	0,15
Adoptar o abandonar la postura adecuada	0,46	0,30	0,30	0,30
Limpiarse	NA	0,35	0,35	0,35
Lavarse	12,1	9,6	9,6	8,8
Abrir y cerrar grifos	0,43	0,15	0,15	0,15
Lavarse las manos	0,57	0,20	0,20	0,20
Acceder a la bañera, ducha o similar.	NA	0,15	0,15	0,15
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25
Realizar otros cuidados corporales	NA	3,2	3,2	2,9
Peinarse	NA	0,35	0,30	0,30
Cortarse las uñas	NA	NA	0,15	0,15
Lavarse el pelo	NA	0,30	0,25	0,25
Lavarse los dientes	NA	0,35	0,30	0,30
Vestirse	16,3	12,9	12,9	11,9
Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado	0,15	0,15	0,15	0,15
Calzarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Abrocharse botones o similar	0,15	0,15	0,15	0,15
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30
Mantenimiento de la salud	NA	3,2	3,2	2,9
Solicitar asistencia terapéutica	NA	0,30	0,15	0,15
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	NA	0,20	0,10	0,10
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	NA	0,50	0,25	0,25
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	NA	NA	0,25	0,25
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	0,25	0,25
Mantenimiento de la salud	12,1	11,0	11,0	9,4
Cambiar de tumbado a sentado en la cama	0,10	0,10	0,10	0,10
Permanecer sentado	0,15	0,15	0,15	0,15
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	0,10	0,10	0,10	0,10
Permanecer de pie	0,15	0,15	0,15	0,15
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	0,10	0,10	0,10	0,10
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	0,10	0,10	0,10	0,10
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	0,10	0,10	0,10	0,10
Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado	0,20	0,20	0,20	0,20
Desplazarse dentro del hogar	16,8	13,4	13,4	12,3
Realizar desplazamientos para vestirse	0,25	0,25	0,25	0,25
Realizar desplazamientos para comer	0,15	0,15	0,15	0,15
Realizar desplazamientos para lavarse	0,10	0,10	0,10	0,10
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	0,25	0,25	0,25
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	0,10	0,10	0,10	0,10
Acceder a todas las estancias comunes del hogar	0,15	0,15	0,15	0,15
Desplazarse fuera del hogar	NA	12,3	12,3	12,2
Acceder al exterior	NA	0,29	0,25	0,25
Realizar desplazamientos alrededor del edificio	NA	0,29	0,25	0,25
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	NA	0,24	0,20	0,20
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	NA	0,18	0,15	0,15
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	NA	NA	0,10	0,10
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	NA	NA	0,05	0,05
Realizar tareas domésticas	NA	NA	NA	8,0
Preparar comidas	NA	NA	NA	0,45
Hacer la compra	NA	NA	NA	0,25
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	0,20
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	0,10

8.2 Anexo 2: "Escala Específica".

TABLA DE PESOS DE LA ESCALA ESPECÍFICA

	Grupos de edad				
	3-6	7-10	11-17	18 y más	
Comer y beber	15,1	10,9	10,9	10,0	
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	0,35	0,25	0,25	0,25	
Cortar o partir la comida en trozos	NA	0,20	0,20	0,20	
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	0,30	0,30	0,30	0,30	
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	0,35	0,25	0,25	0,25	
Higiene personal relacionada con la micción y defecación	10,6	7,6	7,6	7,0	
Acudir a un lugar adecuado	0,31	0,20	0,20	0,20	
Manipular la ropa	0,23	0,15	0,15	0,15	
Adoptar o abandonar la postura adecuada	0,46	0,30	0,30	0,30	
Limpiarse	NA	0,35	0,35	0,35	
Lavarse	12,1	8,7	8,7	8,0	
Abrir y cerrar grifos	0,43	0,15	0,15	0,15	
Lavarse las manos	0,57	0,20	0,20	0,20	
Acceder a la bañera, ducha o similar	NA	0,15	0,15	0,15	
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25	
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	0,25	0,25	0,25	
Realizar otros cuidados corporales	NA	2,2	2,2	2,0	
Peinarse	NA	0,35	0,30	0,30	
Cortarse las uñas	NA	NA	0,15	0,15	
Lavarse el pelo	NA	0,30	0,25	0,25	
Lavarse los dientes	NA	0,35	0,30	0,30	
Vestirse	17,5	12,6	12,6	11,6	
Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado	0,15	0,15	0,15	0,15	
Calzarse	0,10	0,10	0,10	0,10	
Abrocharse botones o similar	0,15	0,15	0,15	0,15	
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30	
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	0,30	0,30	0,30	0,30	
Mantenimiento de la salud	NA	12,0	12,0	11,0	
Solicitar asistencia terapéutica	NA	0,30	0,15	0,15	
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	NA	0,20	0,10	0,10	
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	NA	0,50	0,25	0,25	
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	NA	NA	0,25	0,25	
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	0,25	0,25	
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	3,0	2,2	2,2	2,0	
Cambiar de tumbado a sentado en la cama	0,10	0,10	0,10	0,10	
Permanecer sentado	0,15	0,15	0,15	0,15	
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	0,10	0,10	0,10	0,10	
Permanecer de pie	0,15	0,15	0,15	0,15	
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	0,10	0,10	0,10	0,10	
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	0,10	0,10	0,10	0,10	
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	0,10	0,10	0,10	0,10	
Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado	0,20	0,20	0,20	0,20	
Desplazarse dentro del hogar	18,3	13,2	13,2	12,1	
Realizar desplazamientos para vestirse	0,25	0,25	0,25	0,25	
Realizar desplazamientos para comer	0,15	0,15	0,15	0,15	
Realizar desplazamientos para lavarse	0,10	0,10	0,10	0,10	
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	0,25	0,25	0,25	0,25	
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	0,10	0,10	0,10	0,10	
Acceder a todas las estancias comunes del hogar	0,15	0,15	0,15	0,15	
Desplazarse fuera del hogar	NA	14,0	14,0	12,9	
Acceder al exterior	NA	0,29	0,25	0,25	
Realizar desplazamientos alrededor del edificio	NA	0,29	0,25	0,25	
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	NA	0,24	0,20	0,20	
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	NA	0,18	0,15	0,15	
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	NA	NA	0,10	0,10	
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	NA	NA	0,05	0,05	
Realizar tareas domésticas	NA	NA	NA	8,0	
Preparar comidas	NA	NA	NA	0,45	
Hacer la compra	NA	NA	NA	0,25	
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	0,20	
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	0,10	
Sólo en los casos de personas con una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales		Grupos de edad			
		3-6	7-10	11-17	18 y más
Tomar decisiones	23,4	16,6	16,6	15,4	
Decidir sobre la alimentación cotidiana	0,40	0,21	0,20	0,20	
Dirigir los hábitos de higiene personal	0,20	0,11	0,10	0,10	
Planificar los desplazamientos fuera del hogar	NA	0,11	0,10	0,10	
Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas	0,40	0,21	0,20	0,20	
Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas	NA	0,10	0,10	0,10	
Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano	NA	0,10	0,10	0,10	
Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas	NA	0,16	0,15	0,15	
Resolver el uso de servicios a disposición del público	NA	NA	0,05	0,05	

8.3 Anexo 3: "Tabla de Apoyo".

TABLA DE COEFICIENTES DEL TIPO DE APOYO DE OTRA U OTRAS PERSONAS

SUPERVISIÓN	0,90
FÍSICA PARCIAL	0,90
SUSTITUCIÓN MÁXIMA	0,95
APOYO ESPECIAL	1,00

8.4 Anexo 4: Ejemplo del cartel del programa.



¿ERES CUIDADOR?
¿Conoces la ADHERENCIA TERAPÉUTICA?

Infórmate
Del 1 al 15 de Febrero
Pregunta en tu Centro de Salud
La Algaba(Sevilla)



La Algaba, Sevilla. Febrero 2016

8.5 Anexo 5: Ejemplo de solicitud de autorización aprovechamiento especial del auditorio municipal para la celebración de espectáculo público o actividad recreativa ocasional o extraordinaria.

D. **Ana Belén Carranza Galván** mayor de edad, con NIF n.º _____, y con domicilio a efectos de notificación en c/avda/pza/ _____, n.º _____, de _____ (_____), tlf. _____, interviniendo en nombre y representación de (1) _____, con NIF/CIF n.º _____ y domicilio en c/avda/pza _____ de _____ (_____), ante el Ayuntamiento de La Algaba comparece, y

EXPONE:

Que deseando organizar la celebración de Espectáculo Público/ Actividad Recreativa OCASIONAL / EXTRAORDINARIO, consistente en la celebración de **un acto para la entrega de diplomas a los participantes de un programa de salud para mejorar el cumplimiento terapéutico en cuidadores de pacientes dependientes** a celebrar en el Salón de Actos de la Casa de la Cultura, previsto para el próximo día **29/Abril/2016** a partir de las **16:30 horas**, hasta las **18:30 horas** del día **29/Abril/2016**, adjunto al presente la siguiente documentación requerida.

SOLICITO: Que tenga por presentado este escrito con los documentos adjuntos, los admita, haya por solicitada autorización municipal para aprovechamiento especial de Auditorio Municipal para la celebración del evento ocasional descrito en las fechas y lugar expresados.

En La Algaba, a 15 de Febrero de 2016.

Fdo.: Ana Belén Carranza Galván

8.6 Anexo 6: Ejemplo de petición de utilización de instalaciones municipales y colaboración del alcalde.



SOLICITUD

Pase a informe de:

La Algaba a

El Alcalde

Datos del solicitante:	
Nombre y Apellidos	Ana Belén Carranza Galván
Domicilio/Calle	
Localidad	La Algaba
D.n.i	
Nº Teléfono	
Provincia	Sevilla

Datos del representante:	
Nombre y Apellidos	Ana Belén Carranza Galván
D.n.i	

Objeto de la solicitud:
<p>Solicito la posibilidad de disponer del salón de acto de La Casa de la Cultura del municipio para realizar un Programa de Salud para cuidadores, los cuales realizan un inadecuado cumplimiento del régimen terapéutico.</p> <p>El programa está formado por 8 sesiones a lo largo de cinco meses, siendo Marzo y Abril los meses seleccionados para la realización de las sesiones en el lugar indicado, perteneciendo a las sesiones 2, 3, 4, 6 y 7. Los días seleccionados son: 8, 10, 22, 24 de Marzo, 5, 7, 26, 28 y 29 de Abril en horario de 16.30h a 18.00h.</p> <p>Además solicito la posibilidad de que el Alcalde y las asistentes sociales de la población colaboren en la entrega de diplomas que tendrá lugar el 29 de Abril a las 16.30h.</p> <p>Espero su contestación y su grata participación. Gracias, un saludo.</p>

El abajo firmante solicita le sea concedido lo expuesto

FIRMA

Ana Belén Carranza Galván

PROTECCIÓN DE DATOS: En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de Carácter Personal, El Ayuntamiento de La Algaba le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impresto/formulario y demás datos que se adjuntan van a ser incorporados, para su tramitación, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la tramitación de la solicitud. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al AYUNTAMIENTO, PLAZA DE ESPAÑA, Nº 1, 41980 LA ALGABA (SEVILLA)

8.7 Anexo 7: Entrevista primera consulta de enfermería.

<u>ENTREVISTA CLÍNICA</u>			
NOMBRE Y APELLIDOS:			
EDAD:			
SABE LEER/ESCRIBIR:	Leer	Escribir	
ENFERMEDAD DEL PACIENTE QUE CUIDA:			
AÑOS COMO CUIDADOR/A:			
¿Recibe la ayuda de La Ley de dependencia?	Si	No	
<u>ESCALA MORISKY GREEN</u>			
<i>Nota:</i> Se considera incumplidor si 4/4 son <u>CORRECTAS</u>			
¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación?	Si	No	
¿Toma la medicación a la hora indicada?	Si	No	
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Si	No	
Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?	Si	No	
Cumplidor Incumplidor			
En caso de ser cumplidor, ¿desea el paciente participar en el programa para aprender y mejorar?	Si	No	

8.8 Anexo 8: Documento de consentimiento.

"Programa de Programa para Mejorar el Incumplimiento Terapéutico en Cuidadores de Pacientes Dependientes"

CONSTANCIA DE CONFORMIDAD

Yo..... con DNI.....**me comprometo** a participar en el "Programa para Mejorar el Incumplimiento Terapéutico en Cuidadores de Pacientes Dependientes". Para ello participaré en todas la sesiones que forman el programa y realizaré las actividades que se me indican.

En caso de desistir y no querer participar en el programa una vez comenzado, **acepto** que comunicaré lo antes posible los motivos de mi ausencia, motivos personales que me impidan participar en dicha actividad.

Permiso que se revise mi historia clínica las veces necesarias y a recibir llamadas telefónicas para comunicarme información procedentes de profesionales sanitarios.

Autorizo que mis datos se utilicen para realizar investigaciones y como material docente, guardando la privacidad y confidencialidad de mis datos.

En La Algaba a.... de.... del 2016

Firma del profesional

Ana Belén Carranza Galván

Firma del solicitante

8.9 Anexo 9: Ejemplo cronograma del programa.

	Descripción y fase diagnóstica	Presentación e introducción	Estrategias para mejorar la adherencia I	Estrategias para mejorar la adherencia II	Aprendizaje y determinación de sobrecarga	Taller "Cuidando a Cuidadores"	Finalización del programa
FASE DE CAPTACIÓN	Se realizarán llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias para explicarle el motivo de nuestra llamada y darles una cita con la enfermera.						
SESIÓN 1							
SESIÓN 2							
SESIÓN 3							
SESIÓN 4							
SESIÓN 5							
SESIÓN 6							
SESIÓN 7							
SESIÓN 8: POST-TALLER	Meses Mayo-Junio						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesión 1: Descripción y fase diagnóstica; Lugar: Centro de Salud de La Algaba. Del 15 de Febrero al 4 de Marzo. <u>Cita previa</u> ▪ Sesión 2: Presentación e introducción; Lugar: Salón de Acto, Casa de la Cultura. G1: 8 de Marzo; G2: 10 de Marzo. <u>Hora: 16.30h</u> ▪ Sesión 3: Estrategias para mejorar la adherencia I; Lugar: Salón de Acto, Casa de la Cultura. . G1: 22 de Marzo; G2: 24 de Marzo. <u>Hora: 16.30h</u> ▪ Sesión 4: Estrategias para mejorar la adherencia II; Lugar: Salón de Acto, Casa de la Cultura. G1: 5 de Abril; G2: 7 de Abril. <u>Hora: 16.30h</u> ▪ Sesión 5: Aprendizaje y determinación de sobrecarga; Lugar: Centro de Salud de La Algaba. Del 11 al 25 de Abril. <u>Cita previa</u> ▪ Sesión 6: Taller "Cuidando a Cuidadores"; Lugar: Salón de Acto, Casa de la Cultura. . G1: 26 de Abril; G2: 28 de Abril. <u>Hora: 16.30h</u> ▪ Sesión 7: Finalización del programa. Acto Final; Lugar: Salón de Acto, Casa de la Cultura. 29 de Abril. <u>Hora: 16.30h</u> ▪ Sesión 8: Evaluación de resultados a largo plazo. <u>Cita previa.</u> <p>(Nota: G1: grupo 1; G2: grupo dos)</p>							

8.10 Anexo 10: Cuestionario de conocimientos previos.

NOMBRE Y APELLIDOS:

Evalúe sus conocimientos, siendo el 1 la puntuación más baja y 5 la más alta.

(1601) Conducta de cumplimiento.

(160103) Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.

1 2 3 4 5

(160105) Conserva la cita con un profesional sanitario.

1 2 3 4 5

(160114) Busca información acreditada sobre el diagnóstico.

1 2 3 4 5

(160115) Busca información acreditada sobre el tratamiento.

1 2 3 4 5

(1600) Conducta de adhesión.

(160001) Pregunta cuestiones.

1 2 3 4 5

(160004) Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta sanitaria.

1 2 3 4 5

(160007) Proporciona razones para adoptar una pauta

1 2 3 4 5

(160008) Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre.

1 2 3 4 5

(1813) Conocimiento: régimen terapéutico.

(181301) Beneficios del tratamiento.

1 2 3 4 5

(181302) Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso.

1 2 3 4 5

(181306) Régimen de medicación prescrita.

1 2 3 4 5

(181310) Proceso de la enfermedad.

1 2 3 4 5

(181315) Técnicas de autocontrol.

1 2 3 4 5

8.11 Anexo 11: Test de Zarit.

Instrucciones para la persona cuidadora:	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Los puntos de corte recomendados son:

- < 46 No sobrecarga
- 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- 55-56 Sobrecarga Intensa

8.12 Anexo 12: Cuestionario de conocimientos posteriores y test de Morisky Green.

NOMBRE Y APELLIDOS:					
Evalúe sus conocimientos, siendo el 1 la puntuación más baja y 5 la más alta.					
(1601) Conducta de cumplimiento.					
(160103)	Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.				
1	2	3	4	5	
(160105)	Conserva la cita con un profesional sanitario.				
1	2	3	4	5	
(160114)	Busca información acreditada sobre el diagnóstico.				
1	2	3	4	5	
(160115)	Busca información acreditada sobre el tratamiento.				
1	2	3	4	5	
(1600) Conducta de adhesión.					
(160001)	Pregunta cuestiones.				
1	2	3	4	5	
(160004)	Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta sanitaria.				
1	2	3	4	5	
(160007)	Proporciona razones para adoptar una pauta.				
1	2	3	4	5	
(160008)	Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre.				
1	2	3	4	5	
(1813) Conocimiento: régimen terapéutico.					
(181301)	Beneficios del tratamiento.				
1	2	3	4	5	
(181302)	Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso.				
1	2	3	4	5	
(181306)	Régimen de medicación prescrita.				
1	2	3	4	5	
(181310)	Proceso de la enfermedad.				
1	2	3	4	5	
(181315)	Técnicas de autocontrol.				
1	2	3	4	5	

NOMBRE Y APELLIDOS:

ESCALA MORISKY GREEN

Nota: responda si en los últimos 3 meses realizó alguno de los siguientes ítems

¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación?	Si	No
¿Toma la medicación a la hora indicada?	Si	No
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Si	No
Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?	Si	No

8.13 Anexo 13: Encuesta de calidad.

<u>ENCUESTA DE CALIDAD</u>						
- Valore su satisfacción general respecto a los siguientes ítems en una escala del 1 al 5, siendo el 1 la puntuación más baja y 5 la más alta.						
Nota: 1-No del todo satisfecho ; 2-Algo satisfecho; 3-Moderadamente satisfecho						
4-Muy satisfecho; 5-Completamente satisfecho						
1	(300201) El personal se presenta.	1	2	3	4	5
2	(300203) El personal habla claramente.	1	2	3	4	5
3	(300204) El personal escucha al paciente/usuario.	1	2	3	4	5
4	(300113) Uso adecuado del contacto.	1	2	3	4	5
5	(300104) El personal ha demostrado respeto.	1	2	3	4	5
6	(300103) El personal ha demostrado amabilidad.	1	2	3	4	5
7	(300108) Relación con el personal de enfermería.	1	2	3	4	5
8	(300001) Disponibilidad de enfermeras.	1	2	3	4	5
9	(300107) Muestra de preocupación por las necesidades individuales.	1	2	3	4	5
10	(300311) El personal proporciona sugerencias de soluciones para preocupaciones y preguntas.	1	2	3	4	5
11	(300205) El personal fomenta las preguntas.	1	2	3	4	5
12	(300209) El personal se asegura de la comprensión de la información.	1	2	3	4	5
13	(300206) El personal repite la información tan a menudo como sea necesario.	1	2	3	4	5
14	(301219) Explicaciones proporcionadas en términos comprensibles.	1	2	3	4	5
15	(301218) Tiempo para el aprendizaje del paciente.	1	2	3	4	5
16	(301220) Calidad del material educativo proporcionado.	1	2	3	4	5