



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/059o.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Proyecto de estudio de investigación: la disminución de la sobrecarga del cuidador mediante intervención enfermera
<i>Autores</i>	Beatriz Álvarez Embarba, Ana Isabel Sanz Vergel, Mónica Igea Moreno, Margarita Álvarez Domingo, Eva García-Carpintero Blas, Raquel Luengo González
<i>Centro/institución</i>	Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja Española, Universidad Autónoma de Madrid
<i>Ciudad/país</i>	Madrid, España
<i>Dirección e-mail</i>	bembarba@cruzroja.es

RESUMEN

La situación actual en Europa con respecto a la situación demográfica actual, se caracteriza por una disminución de la natalidad y un aumento de la esperanza de vida lo que conlleva a un proceso de envejecimiento general de la población europea. No debemos pensar sin embargo que todas las personas mayores, con frecuentes problemas de salud, son incapaces de vivir autónomamente, es que al ir envejeciendo se va aumentando progresivamente el número de mayores que necesitan de la ayuda de una tercera persona para la realización de las actividades cotidianas. En España este problema tiene las mismas características que en Europa y provoca que cada vez sean más los ancianos que necesitan de otro para la realización de las Actividades básicas de la vida diaria y aumente el nivel de dependencia de esos. Este cambio demográfico influye en el fenómeno de la dependencia [...]

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Antecedentes y estado actual del tema

La situación actual en Europa con respecto a la situación demográfica actual, se caracteriza por una disminución de la natalidad y un aumento de la esperanza de vida lo que conlleva a un proceso de envejecimiento general de la población europea.¹

No debemos pensar sin embargo que todas las personas mayores, con frecuentes problemas de salud, son incapaces de vivir autónomamente, es que al ir envejeciendo se va aumentando progresivamente el número de mayores que necesitan de la ayuda de una tercera persona para la realización de las actividades cotidianas.

En España este problema tiene las mismas características que en Europa y provoca que cada vez sean más los ancianos que necesitan de otro para la realización de las Actividades básicas de la vida diaria y aumente el nivel de dependencia de esos. Este cambio demográfico influye en el fenómeno de la dependencia.¹

En 1998 el Consejo de Europa hizo su propuesta para definir la dependencia. La definió como: "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana" o, de manera más precisa como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal".¹

En España la definición de dependencia que adoptó Miguel Querejeta para el Ministerio de Trabajo y asuntos sociales ha sido como: "La situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad".²

Según datos del IMSERSO, en España se estima que el porcentaje de personas mayores que presentan una dependencia importante, oscila entre un 10 y un 15 % de las personas mayores de 65 años. En España y según los datos del Libro Blanco de la Dependencia, en 2005 se estimaron más de 1.125.000 personas en situación de dependencia de las cuales 194.508 personas eran grandes dependientes. Se prevé que el número de personas en situación de dependencia en el año 2020 se acerque a un millón y medio.³

El número de personas mayores de 65 años se ha duplicado en los últimos treinta años del siglo XX, pasando de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por ciento de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento de la población total). Este no es un hecho aislado en nuestro país, es un cambio producido en toda Europa.

El envejecimiento de la población es una de las transformaciones sociales más importantes producidas en el último tercio del pasado siglo. El incremento de la proporción de población mayor se debe fundamentalmente al aumento de la esperanza de vida junto al descenso de los índices de natalidad.⁴

Andalucía, Cataluña y Madrid son las comunidades autónomas que mayor cifra de personas mayores tienen. Alemania, Italia, Francia, Reino Unido y España son los

países de la Unión Europea con una cifra más alta de personas mayores, como corresponde también a los países más poblados. Alemania, Italia, Grecia y Suecia son los países más envejecidos en cifras relativas. Entre un 13% de los españoles mayores de 65 años (con dependencia severa), y un 33% (con Dependencia moderada y leve) requieren de la asistencia de otras personas.⁵

La OMS define el autocuidado como las actividades que realiza una persona para lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y de las partes del cuerpo, la higiene relacionada con los procesos de excreción, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud. A este concepto se le suele dar, hasta la fecha, diversos nombres que a su vez suelen generar cierta confusión a la hora de concretar las actividades a las que nos estamos refiriendo: Actividades esenciales, actividades básicas, actividades cotidianas, actividades funcionales de la vida diaria.⁶

Según el Consejo de Europa (1998), se consideran cuidadores sin estatuto profesional a los miembros de la familia, vecinos u otras personas que prestan cuidados y acompañan a las personas dependientes, de manera regular sin beneficiarse de un estatuto profesional que les confiera derechos y obligaciones.¹

Otros autores como Rivera (2001) definen el cuidado informal como la atención no remunerada que se presta a las personas con algún tipo de dependencia psicofísica por parte de los miembros de la familia u otros sujetos sin otro lazo de unión ni de obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad. Rivera, también excluye a los cuidadores con algún tipo de vínculo profesional o económico como podemos comprobar con su definición. El cuidado que se presta de esta forma, tiene un notable impacto económico y unas importantes implicaciones para la política social, ya que al reducir o evitar la utilización de recursos formales supone una disminución del gasto público.⁷

Por lo general, la familia es la que asume la mayor parte del cuidado de estas personas (72 % de la ayuda. Los cuidadores informales prestan ayuda diaria a su familia en más de un 85% de los casos.

La salud y el bienestar físico, psicológico y social del cuidador se ve perjudicada, los aspectos de los que más se ven afectados en este grupo de población son en general, según datos obtenidos en estudio realizado por el IMSERSO (1995) sobre la situación del cuidado informal en nuestro país, son que los cuidadores manifiestan que la limitación del tiempo libre y la reducción de las actividades sociales, el deterioro de su salud, la pérdida de intimidad, los sentimientos de malestar, la carga económica y los problemas laborales son repercusiones especialmente importantes que se derivan de su rol de cuidadores.

En general y a grandes rasgos el perfil del cuidador informal sería de «género femenino, número singular»: el 83% del total de cuidadoras/es son mujeres, y de ellas informaron no reciben ayuda de nadie para la realización de este trabajo el 61,5%.⁸

En los años 80, Zarit y su grupo de colaboradores consideraron la carga de los cuidadores como la clave del mantenimiento de las personas con demencia en la comunidad y elaboraron un procedimiento para su evaluación, la Entrevista sobre la Carga del Cuidador.⁹

Si la carga depende más de características del cuidador, entonces reducir el nivel de carga ofertando más servicios al cuidador debería ser una prioridad para los responsables de la planificación e implantación de servicios. Estas intervenciones pueden estar dirigidas a sustituir al cuidador en las tareas más costosas, tales como servicios de ayuda personal, o a la provisión de apoyo y respiro, o dirigidos más al cuidador (asesoramiento individual, reuniones familiares, grupos de apoyo).¹⁰

El impacto de la sobrecarga sobre el cuidador informal es según datos recogidos por el IMSERSO: la presencia de problemas de estrés, insomnio, trastornos emocionales como la depresión, conflictos familiares, disminución del ocio y las relaciones sociales, problemas económicos e incluso problemas de salud física, especialmente en aquellos cuidadores cuyo familiar presentaba una dependencia asociada a una demencia o enfermedad que implicase deterioro cognitivo.⁸

Las intervenciones de mínimo contacto terapéutico que tan buenos resultados han ofrecido en otros campos (e.g. hipertensión, dolores de cabeza, ataques de pánico, enuresis, etc.), apenas se han utilizado para ayudar a los cuidadores de personas mayores dependientes a manejar mejor el estrés al que se enfrentan. Este tipo de intervenciones que generalmente utilizan manuales para los pacientes, material audiovisual, contactos telefónicos y/o reducidos encuentros en sesión- supondrían varias posibles ventajas para los cuidadores: se elimina la necesidad de frecuentes visitas al terapeuta, posibilitando un mayor acceso al tratamiento; se reduce el tiempo total de contacto con el terapeuta, con lo que se mejora la relación coste eficacia del tratamiento; el paciente practica una serie de habilidades y estrategias en casa con la supervisión de una persona experta, lo que facilita la generalización de esas habilidades y la atribución intrínseca del cambio experimentado.

En nuestro contexto sociocultural, en nuestro país, son muy escasas las intervenciones proporcionadas a los cuidadores de mayores dependientes y menos aún los estudios controlados de estas intervenciones. Las que se utilizan con más frecuencia son los grupos de ayuda mutua y las intervenciones informativas.¹¹

Los cuidadores familiares han sido ampliamente estudiados en el ámbito domiciliario y de la atención primaria pero prácticamente no existen estudios que incidan sobre su realidad dentro de los hospitales. La hospitalización debe representar para cuidadores valor agregado al aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad y prevención de enfermedades prevalentes, generando cambios de actitud hacia salud y enfermedad, disminuyendo la morbimortalidad.¹²

Objetivos y finalidad del estudio

Hipótesis operativa

Una intervención multifactorial basada en un programa educativo a cuidadores y en un seguimiento mediante consultas telefónicas a cuidadores de pacientes inmovilizados reducirá la sobrecarga del cuidador de pacientes inmovilizados.

Objetivo principal

Evaluar el efecto de una intervención enfermera multifactorial, basada en un programa estructurado de atención al cuidador y seguimiento mediante consultas telefónicas, en la reducción de la sobrecarga del cuidador, respecto a una intervención enfermera basada en la práctica habitual.

Objetivos secundarios

- Describir las características socio-sanitarias y clínicas de los cuidadores informales de los pacientes dependientes y de los propios pacientes dependientes del Hospital Clínico San Carlos De Madrid.
- Explorar la asociación entre el apoyo social y el nivel de sobrecarga de los cuidadores principales.
- Analizar el efecto de la intervención multifactorial sobre el número de reingresos en urgencias de los pacientes dependientes.
- Valorar el efecto de la intervención en la disminución de la ansiedad y depresión de los cuidadores.

Metodología

Desarrollo del estudio

Estudio clínico prospectivo, doble ciego, de comparación entre grupos, con asignación aleatoria a grupo control grupo intervención.

La captación del paciente se llevará a cabo en el momento del ingreso, el paciente será informado (de forma verbal y escrita) del estudio a realizar y se le pedirá consentimiento al cuidador y al familiar dependiente para participar en el mismo. En caso de aceptar participar en el estudio se le incluirá en el grupo de intervención o en el grupo control, según muestreo probabilístico y aleatorio.

Durante el ingreso del paciente se recogerán una serie de datos referentes a variables del estudio, pero la intervención no se llevará a cabo hasta el alta del paciente a su domicilio.

Se llevará a cabo a través de un cuaderno de recogida de datos (CRD). En formato papel donde figuraran los siguientes datos:

Test de Zarit antes y después de la intervención en grupo de intervención y grupo control.

Test de valoración apoyo social DUKE UNK. Antes de la intervención en ambos grupos Encuestas socio sanitarias del cuidador y del inmovilizado en ambos grupos antes de la intervención con los siguientes datos:

Datos socio demográfico y clínico del cuidador: Edad, sexo, nivel educativo, enfermedades del cuidador, ansiedad y depresión (HAD), apoyo social (Duke-Unk).

Datos socio demográficos y clínicos del paciente inmovilizado: Edad, sexo, enfermedades, medicación, actividades básicas de la vida diaria (Katz), función cognitiva (Pfeiffer), ansiedad y depresión (HAD), número de visitas a urgencias hospitalarias por problemas con medicación, número de avisos domiciliarios no programados.

La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit cuya traducción, validación y adaptación a nuestro medio fue llevada a cabo en 1.996 por Manuel Martín Carrasco y colaboradores, es un instrumento auto administrado de veintidós ítems, cada ítem se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde uno (no presente) a cinco (casi siempre), y ha sido ampliamente utilizada para valorar la carga del cuidador; es sencilla de administrar y ha demostrado fiabilidad en la adaptación transcultural. Cada respuesta se codifica de la siguiente forma: nunca = 0 puntos; rara vez = 1 punto; algunas veces = 2 puntos; bastantes veces = 3 puntos; y casi siempre = 4 puntos. Tienen una puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. La interpretación de esta escala se realiza de la siguiente manera, según la puntuación: <47 no sobrecarga; de 47 a 55 sobrecarga leve; y >55 sobrecarga intensa.¹³

El cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11 tiene como objetivo la evaluación cuantitativa del apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía.

La escala Duke-UNC-11 modificada por Broadhead, es un cuestionario de autoevaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces a ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. Los ítems del cuestionario recogen valores referidos a dos dimensiones del apoyo social funcional, esto es, al confidencial y al afectivo, cada uno de estos aspectos se evalúa mediante una escala Likert con valores de 1- 5, que va desde “tanto como deseo” hasta “mucho menos de lo que deseo”. El punto de corte corresponde con una puntuación de 32, dando como resultado apoyo normal o apoyo bajo agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen de 32 o menos y normal si es mayor 32.¹⁴

El Test De Katz valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia o independencia, Es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de AVD básica es alta. Es un predictor eficaz de expectativa de vida activa (a mayor puntuación menor expectativa de vida activa).¹⁵

El test de Pfeiffer se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. Es el más utilizado por su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad y esta menos influido que otros test por el nivel educativo y la raza.

El test de HAD (Ansiedad Depresión). Mide depresión y ansiedad, a través de una encuesta de 14 ítems, de fácil comprensión, lo que facilita su rápida y sencilla realización. Cuestionario de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por

parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala tipo Lickert de 4 puntos (rango 0-3). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global.¹⁶

Para valorar el número de ingresos de los pacientes inmovilizados se revisará las Historias informatizadas al finalizar la fase de intervención.

El cuestionario sobre salud percibida SF36 El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento genérico de medida del estado de salud percibida (en el que el propio sujeto valora su estado de salud según la percibe). Además de discriminar diferencias en salud por grupos de edad y sexo, el SF-36 ha demostrado su capacidad para detectar variaciones en salud según el nivel socioeconómico, así como cambios de salud de la población a través del tiempo. Contempla aspectos de salud tanto física como psíquica y social. El cuestionario SF-36 incluye 36 ítems distribuidos en 8 dimensiones o escalas de salud percibida.¹⁷

La recogida de datos sociodemográficos, así como de otros datos referentes a variables empleadas en el estudio, se llevará a cabo mediante un cuaderno de recogida de datos. Esta recogida de datos se realizará durante el ingreso del paciente. La realización de estos cuestionarios será mediante las enfermeras colaboradoras que no sabrán que grupo están evaluando.

Para el grupo intervención la formación será grupal, se llevará a cabo por un grupo de enfermeras pertenecientes al grupo investigador.

Grupo control

No se realizará intervención directa serán los habituales cuidados al cuidador según criterio de la enfermera asistencial.

Grupo intervención

El programa multifactorial de intervención está basado en tres bloques:

1º Taller formativo al cuidador con objetivos específicos cuidados al cuidador de dos horas de duración cada una antes del alta del paciente.

2º Soporte documental al cuidador. Se le hará entrega de material en soporte papel y audiovisual para reforzar y realizar la formación dada en el hospital para su realización en su domicilio.

3º Seguimiento telefónico por parte de la enfermera de apoyo al cuidador mensual.

Las sesiones a los cuidadores cuentan con un contenido dividido en 3 sesiones de una hora de duración:

1º sesión: Enseñar a contener la ansiedad y conflictos generales, atender puntualmente las situaciones críticas. Manejo de técnicas de relajación: visualización, técnica de respiración diafragmática y técnica de relajación de Jacobson

2º sesión: Manejo de cuidados básicos del paciente inmovilizado (higiene, higiene postural, alimentación cambios posturales, prevención de úlceras por presión). Realización de un taller de ejercicio físico para el cuidador en domicilio, mejora de estado físico. Resolución de dudas con respecto al cuidado. Normas de seguridad y cuidados al enfermo.

3º sesión: Enseñar a utilizar los recursos bio-psico-sociales al alcance de los centros de salud. Gestión de recursos para aumentar tiempo personal del cuidador. Cuaderno de apoyo psico-emocional.

Entrega de información escrita sobre cuidados básicos al paciente inmovilizado. Entrega de un CD audio donde están recogidas las técnicas de relajación explicadas en las sesiones. Y un DVD con los ejercicios físicos realizados.

Para disminuir la variabilidad explicativa el taller formativo del grupo de intervención será realizado por las mismas 6 enfermeras formadas en el manejo del cuidador, con el objeto de dar siempre la misma información.

Grupo control

Visitas dirigidas al cumplimiento de la recogida de datos realización de los test de estudio así como recogida del consentimiento informado.

El seguimiento y cuidados de este grupo se realizarán según la práctica habitual por parte de sus enfermeras asistenciales.

Seguimiento

Se llevará a cabo un seguimiento mensual telefónico por parte de las enfermeras investigadoras a los cuidadores asignados al grupo intervención.

El contenido de la llamada telefónica será el apoyo y escucha activa de los cuidadores, resolución de dudas. Comprobará seguimiento de ejercicio físico y técnicas de relajación recomendadas. Así como seguimiento de cuaderno motivacional.

Esta intervención se realizará una vez al mes durante tres meses mediante seguimiento telefónico.

En el grupo control el seguimiento se realizará desde su centro asistencial y basado en la práctica habitual. No se efectuará sobre ellos ninguna actividad distinta a la habitual.

Finalización

La finalización de la intervención será a los tres meses de la inclusión en el programa de formación de apoyo al cuidador.

Al finalizar el periodo de seguimiento se realizarán los cuestionarios en ambos grupos con el siguiente contenido:

Cuestionarios al cuidador

- Test de Zarit (variable dependiente).
- La escala Duke-UNC-11. (Apoyo social).
- El test de HAD (Ansiedad Depresión).
- Salud percibida medida a través del cuestionario SF36.

Cuestionarios al paciente dependiente

- El Test De Katz.
- El test de HAD (Ansiedad Depresión).
- Para valorar el número de ingresos de los pacientes inmovilizados se revisará las historias informatizadas.

Criterios de inclusión

- Cuidadores de pacientes dependientes medidos a través del índice de KAZT (superior a 1) del Hospital de Clínico San Carlos de Madrid mayores de 18 años. Tener 47 puntos o más en la escala de Zarit.
- Ser cuidador principal de paciente dependiente de al menos 5 días a la semana.
- Tiempo de cuidado de al menos 6 meses.
- Pacientes dependientes ingresados en el Hospital Clínico San Carlos De Madrid que acepten participar en el estudio.
- Cuidadores que puedan expresarse y comprender el castellano.

Criterios de exclusión

- No querer participar o rechazo por parte de los cuidadores o del propio paciente dependiente.
- Cuidadores con problemas psiquiátricos o cognitivos (analfabetismo funcional) graves.
- Cuidadores con problemas de drogodependencias.
- Cuidadores con problemas visuales o auditivos graves que dificulten el aprendizaje.
- Cuidadores de pacientes terminales, menores de edad o diagnosticados de demencia.
- No tener teléfono para seguimiento.

Procedimientos estadísticos

Para una diferencia de al menos 10 puntos de variación del cumplimiento a favor del grupo de intervención con una desviación estándar del 18 aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,20 en un contraste bilateral para dos medias independientes, se precisan 63 sujetos en el primer grupo y 63 sujetos en el segundo grupo para detectar una diferencia igual o superior a 10 unidades. Se ha estimado una tasa de pérdida de 10% (programa granmo 5.0).

Se llevara a cabo la aleatorización por paciente en dos ramas: grupo control y grupo de intervención. El tipo de muestreo será probabilístico y aleatorio. Mediante una tabla de números aleatorios, que asignará a cada paciente la cohorte control o la de intervención utilizando el programa informático “Randomization.com”

Análisis estadístico

Análisis estadístico con el paquete estadístico SPSS 20.0.

Estadística descriptiva

Para el análisis de las variables cuantitativas se analizarán la media y la desviación típica. En el caso de distribuciones asimétricas la mediana y el rango inter cuartílico para el análisis de las variables cualitativas se emplearán el análisis de frecuencias.

Estadística inferencial

Para el análisis del objetivo principal se utilizará un ANOVA para medidas repetidas, cuya variable dependiente es el test de Zarit y la variable explicativa principal el tipo de intervención y las variables de ajuste son la edad, sexo, comorbilidad, nivel educativo del cuidador y del inmovilizado.

Aspectos éticos y normas de buena práctica clínica

El estudio será sometido a la aprobación CEIC correspondiente al Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

El estudio se llevará a cabo siguiendo las Directrices establecidas en las Normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/135/95)

Se solicitará un consentimiento informado a los cuidadores participantes y a los inmovilizados. En el consentimiento quedará claro el anonimato, la protección de datos la confidencialidad, el objetivo del estudio, responsable del estudio y la posibilidad de retirarse cuando quieran.

Además se llevará a cabo el estudio de acuerdo con los principios básicos de la Declaración de Helsinki y según la normativa legal vigente (Real Decreto 223/2004). Los datos obtenidos se tratarán únicamente por el equipo investigador, para los objetivos del estudio únicamente y siempre de forma anónima.

El investigador principal y los colaboradores del proyecto de investigación seguirán fielmente y únicamente lo que está previsto en el protocolo de investigación, y muy especialmente en lo que hace referencia a la obtención del consentimiento informado de los sujetos participantes y a la confidencialidad de los datos y resultados.

El estudio se realizará de acuerdo a la LOPD 15/1999. Cada sujeto del estudio será identificado mediante un código. Los sujetos serán informados y aceptarán que sus datos puedan estar disponibles por cuestiones de seguridad, requerimientos legales o monitorización para cumplir con los requisitos del estudio. El acceso a la información personal será restringido al personal del estudio autorizado y su confidencialidad se mantendrá durante el mismo. De acuerdo a la ley vigente, los sujetos podrán acceder a su información y en casos justificados, podrán cancelar o rectificar sus datos.

El CRD identificará a los sujetos mediante un código y, por cuestiones legales o de seguridad, el investigador mantendrá un listado que relacione el sujeto con el código asignado.

También se dará difusión de resultados en congresos de caracteres científicos tanto nacionales como internacionales además los resultados obtenidos serán objeto de la base de la tesis doctoral de la investigadora principal.

La publicación de resultados negativos o distintos de las expectativas previstas según el proyecto de investigación es igualmente una parte ineludible de la investigación efectuada.

Plan de trabajo

1ª Etapa

Presentación al comité de ética (CEIC) del Hospital Clínico San Carlos el proyecto de estudio así como el consentimiento informado para su aprobación. Septiembre 2013

2ª Etapa

Asignación aleatoria a los grupos intervención control de los pacientes. Septiembre-Octubre-Noviembre 2013.

Fase de recolección de datos. Elaboración de las encuestas socio demográficas por parte de las enfermeras colaboradoras que no sabrán a que grupo pertenecen los pacientes entrevistados.

4ª Etapa

Realización por parte de las investigadoras colaboradoras la formación a los cuidadores asignados al grupo de intervención al alta del paciente, con una duración de 6 horas en total.

Seguimiento telefónico de este grupo con llamadas con contenido de apoyo psico-educativo una vez al mes a los cuidadores asignados al grupo intervención durante 3 meses. Finalización a los tres meses de la captación Marzo 2014.

5ª Etapa

Realización por parte de las investigadoras colaboradoras los cuestionarios pos intervención en ambos grupos. Abril 2014.

6ª Etapa

Análisis de datos y elaboración de resultados. Técnico estadística e investigadora principal y colaboradoras en coordinación con profesorado de la UCM. Abril-Mayo 2014.

7ª Etapa

Elaboración del informe de investigación. Investigador principal. Julio 2014.

8ª Etapa

Presentación de resultados en distintas revistas y defensa de la tesis doctoral por parte de la investigadora principal. Enero 2014.

Bibliografía

1. Consejo de Europa. Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia. 1998.
2. Quejereta González M. Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO; 2003.
3. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Libro Blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
4. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico 2004. Madrid: INE; 2004.
5. Abellán García A, Esparza Catalá C, Pérez Díaz J. Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. Cuadernos de Relaciones Laborales. 2011; 29:43-67.
6. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Naciones Unidas, número de venta: E.02.IV.4), cap. I, resolución 1, anexoII.
7. Brown AS. The social processes of aging and old age. New Jersey: Prentice Hall; 1996.
8. IMSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: IMSERSO; 1995.
9. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980; 20:649-655.
10. Montorio Cerrato I, Izal Fernández de Trocóniz M, López López A, Sánchez Colodrón M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Anales de psicología. 1998; 14(2):229-248.
11. Rowan AB, Storey JM .Minimal Therapist Contact. En M. Hersen y W. Sledge (Eds.). Encyclopedia of Psychotherapy. San Diego,CA: Academic Press; 2002. p.141-145.
12. Villar Dávila R, Luis Pancorbo P, Jiménez Díaz MC, Cruz Lendínez A, García Ramiro PA. Qué hace el cuidador familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. Gerokomos. 2012; 23:7-14.
13. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, Taussig MI. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Revista Gerontológica. 1996; 6:338-346.
14. Bellón Saameño JA, Delgado Sanchez A, De Dios Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria. 1996; 18(4):153-163.
15. Álvarez M, Alaiz AT, Brun E, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Primaria. 1992; 10:812-815.
16. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM, Peri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. Rev Depto Psiquiatr Fac Med Barna. 1986; 13:233-238.
17. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc). 1995; 104:771-776.