

**Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallès**

**Health characteristics and nursing diagnosis in the home care population of the Community Health Care Center of Castellar del Vallès**

**Autor:** Montserrat Ballester Rubio (1), Lidia Borrás Español (1), Gloria Corbalán Carrillo (1), Blanca Hernandez Vian (2), Georgina Paul Galceran (1), Joana Pérez Rodríguez (1)

**Dirección de contacto:** [gloria\\_coca@yahoo.es](mailto:gloria_coca@yahoo.es)

*Cómo citar este artículo:* Ballester Rubio M, Borrás Español L, Corbalán Carrillo G, Hernandez Vian B, Paul Garceran G, Pérez Rodríguez J. Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallès. NURE Inv [Revista en Internet] 2008 Enero-Febrero. [fecha acceso]; 5 (32). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es>

**Resumen:** El progresivo envejecimiento de las sociedades occidentales comporta un incremento de la morbilidad crónica, degenerativa e incapacitante, y, en consecuencia, el grado de dependencia.

Uno de los recursos de atención en la población envejecida más importante es el Programa de Atención Domiciliaria (ATDOM), uno de los niveles de atención sanitaria más próximo a la gente mayor.

El objetivo de este estudio es conocer el perfil de salud de la población incluida en el programa de Atención Domiciliaria del Área Básica de Salud (ABS) Castellar del Vallès.

Para ello se diseñó un estudio descriptivo transversal, cuya población del estudio fueron los 87 pacientes incluidos en el programa ATDOM del Área Básica Salud (ABS) Castellar del Vallès. Para la recogida de datos se utilizaron la escala de Barthel, la escala de Braden-Bergstrom, el cuestionario Zarit y diagnósticos de enfermería NANDA.

La edad media de la población es de 82,90 años con un 35,6% de hombres y un 64,4% de mujeres.

El 98,9% de estos pacientes tienen cuidador. El 82,6% de cuidadores son mujeres.

El 21,8% de los pacientes presentaban dependencia severa o total según la escala de Barthel. Según el test de Zarit el 26,1 % de los cuidadores presenta sobrecarga intensa. Respecto a la escala de Braden-Bergstrom solo un 1,4% presenta alto riesgo de úlceras por presión. Los diagnósticos de enfermería más prevalentes son los relacionados con el deterioro de la movilidad y la dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y el deterioro de la integridad cutánea.

**Palabras clave:** Atención domiciliaria, perfil de salud, diagnósticos de enfermería, población anciana, dependencia.

Montserrat Ballester Rubio et al.

**Abstract:** The increasing growth of life expectancy in western societies brings along higher rates of chronic, limiting and invalidating diseases.

Amongst these services being offered to the dependent elder, the ATDOM program is intended to provide health support for elders at home.

The project was first developed to assess the health characteristics for patients included in ATDOM program.

To reach that objective a Descriptive study was developed. The study population were the 87 patients included in the ATDOM program at the Community Health Care Center of Castellar del Vallès.

Measurement instruments used for assessing some of the main variables were Barthel scale, Braden scale and Zarit test. NANDA classification was used to identify Nursing diagnoses.

Average age of our population was 82'90 years, 35'6% of them being male and 64'4% female. 98'9% of these patients reported having an identified caregiver. Average age of caregivers was 62'94, 82'6% being women.

21'8% of patients presented with severe or total dependence levels. 26'1% of caregivers reported being overloaded by caregiving burden. Only 1'4% had high risk of having bedsore.

Most prevailing nursing diagnoses were related to skin injury and difficulties with physical mobility as well as to lack of autonomy on daily living activities.

**Key Words:** Home care, health characteristics, nursing diagnosis, elderly population, dependence.

**Centro de trabajo:** (1) D.U.E. ABS Castellar del Vallès (Castellar del Vallès, Barcelona); (2) D.U.E. ABS Ca N`oriac (Sabadell, Barcelona)

**Fecha del trabajo:** 16/04/2007

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el progresivo envejecimiento de las sociedades occidentales es debido fundamentalmente a la disminución de la tasa de natalidad, al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la mortalidad, propiciada por la mejora de las condiciones socioeconómicas y sanitarias <sup>1</sup>.

Concretamente, en el año 2010 casi la cuarta parte de la población española tendrá más de 60 años<sup>1</sup>.

Este envejecimiento poblacional comporta, a su vez, un incremento de la morbilidad crónica, degenerativa e incapacitante, y, en consecuencia, del grado de dependencia.

Este aumento de la población dependiente influye en gran manera en la planificación y desarrollo de políticas sanitarias, haciendo necesaria la movilización de recursos que mejoren la calidad de vida de esta población envejecida. Este grupo de edad consume una gran cantidad de recursos sociosanitarios, de las cuales parte importante son cuidados de enfermería<sup>1</sup>. Uno de los recursos sociosanitarios más importantes en la atención de la población anciana es el programa de Atención Domiciliaria ATDOM, uno de los niveles de atención sanitaria más cercanos a los mayores.

La Atención domiciliaria puede aportar al paciente una percepción de más autonomía, minimizando su dependencia del sistema sanitario y permitiendo una más larga permanencia en su domicilio con calidad de vida.

Aunque la mayoría de profesionales consideran la ATDOM un recurso imprescindible en el cuidado de los ancianos, diferentes estudios realizados sobre este tema discrepan de su eficacia o su eficiencia<sup>(2-4)</sup>. En un metaanálisis realizado por EIKan et al.(2001) se halló una reducción significativa de la mortalidad y el número de ingresos en residencias <sup>2</sup>. Por otro lado Stuck et al. únicamente encontraron una reducción significativa cuando se habían realizado 9 o más visitas domiciliarias preventivas<sup>3</sup>.

Pero a pesar de toda controversia, estos programas son sorprendentemente bienvenidos por los pacientes que están solos y confinados en su casa<sup>4</sup>.

La gran mayoría de nuestros mayores prefieren envejecer en casa<sup>5</sup>, en su entorno familiar, manteniendo su independencia y evitando así, en la gran mayoría de los casos, la soledad y el desarraigo social y familiar.

Este deseo acompañado de la elevada esperanza de vida, la disminución del tiempo de hospitalización, el limitado número de plazas en residencias geriátricas y el cambio de rol del cuidador en la familia tradicional dará lugar a un auge del desarrollo de servicios de atención domiciliaria<sup>6</sup>.

Este aumento de la importancia dada a la atención domiciliaria nos lleva a intentar conocer el perfil de salud y los diagnósticos enfermeros más prevalentes de la población incluida en el programa ATDOM de la población de Castellar del Vallès para poder llevar a cabo una óptima atención de estos pacientes.

Esta información intentará facilitar la adecuación de los recursos sanitarios a las necesidades de este grupo poblacional.

Castellar del Vallés es una población situada en la comarca del Vallés Occidental (Barcelona). Su población es de 21.399 habitantes, 10.733 hombres y 10.666 mujeres, de los cuales 2.609 tienen 65 años o más, según datos del padrón municipal del año 2006.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer el perfil de salud de la población incluida en el programa de Atención Domiciliaria del Área Básica de Salud Castellar del Vallès.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conocer el grado de dependencia de esta población.

Valorar el riesgo de úlceras por presión que presentan los pacientes.

Describir el riesgo de sobrecarga en el ejercicio del rol de cuidador principal de estos pacientes.

Identificar los diagnósticos de enfermería más prevalentes en esta población.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se presenta un estudio descriptivo transversal.

La población de estudio está formada por los pacientes incluidos en el programa ATDOM del ABS Castellar del Vallès.

Los datos se recogieron a través de la historia clínica informatizada.

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron edad, sexo, existencia de cuidador, su parentesco, edad y sexo.

Fueron utilizados los cuestionarios de Barthel (anexo1) sobre las actividades básicas de la vida diaria, también conocido como índice de discapacidad de Maryland con una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad alta <sup>7</sup>, la escala de Braden-Bergstrom (anexo 2) sobre el riesgo de presentar úlceras por decúbito que presenta un amplio rango de sensibilidad, entre 35-100%, como se ha referenciado en otros trabajos<sup>8</sup> y el cuestionario Zarit (anexo 3) para medir el riesgo en la sobrecarga en el ejercicio del rol del cuidador, que presenta una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 85,3% ( en los puntos de corte de 46-47) y una sensibilidad de 89,7 y especificidad de 94,2 para discriminar entre sobrecarga leve e intensa<sup>9</sup>. Y, por último, la clasificación de diagnósticos de enfermería de la taxonomía NANDA.

El análisis de datos se llevó a cabo con el programa SPSS.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, presentando los resultados de las variables cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes. Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación estándar.

También se utilizó un análisis bivariado para encontrar posibles relaciones entre las variables, empleando la prueba Ji cuadrado para las proporciones y la t de Student para la comparación de medias.

## RESULTADOS

El total de la población incluida en el programa ATDOM (N) es de 87.

La edad media es de 82,90 (DE= 9,45) años. El 35´6 % son hombres y el 64´4 % son mujeres.

El 98´9 % de estos pacientes tenían cuidador mientras que tan solo uno de los participantes no lo tenía.

La edad media de los cuidadores es de 62´94 (DE= 13´57). Hay que remarcar que 32 cuidadores tenían más de 70 años.

El 82´6% de estos cuidadores son mujeres mientras que solo el 17´4% son varones.

En cuanto al parentesco del cuidador con respecto al paciente, el 48´8% es un hijo-a , el 27´9% es su pareja , un 17´4% es un familiar de otro grado y un 5´8 % es un cuidador asalariado.

Se consideraron válidos para nuestro estudio el 73´56 % de las escalas de Barthel realizadas, el 52´87% de los cuestionarios de Zarit y el 81´60 % de las escalas de Braden, el resto de cuestionarios y escalas no estaban totalmente cumplimentados.

El 10,9% de los pacientes presentaban dependencia total según la escala de Barthel (n=7), el 10,9% presentaban dependencia severa (n=7), el 12,5% dependencia moderada (n=8), el 60,9% dependencia ligera (n=39) y el 4,7% son autónomos (n=3) (gráfico 1).

## ESCALA DE BARTHEL

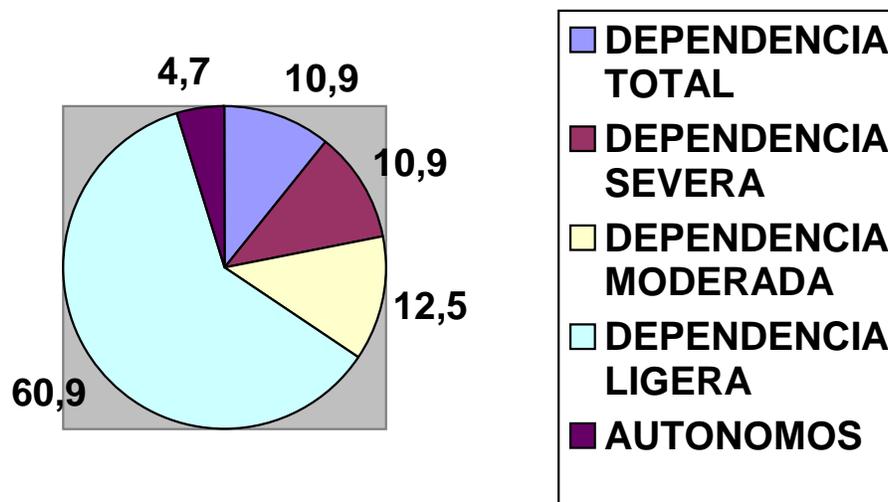


Gráfico 1. Escala de Barthel

Según el test de Zarit el 26,1% de cuidadores presenta sobrecarga intensa, el 15,2% presenta sobrecarga ligera y el 58,7% no presenta sobrecarga (gráfico 2).

## ESCALA DE ZARIT

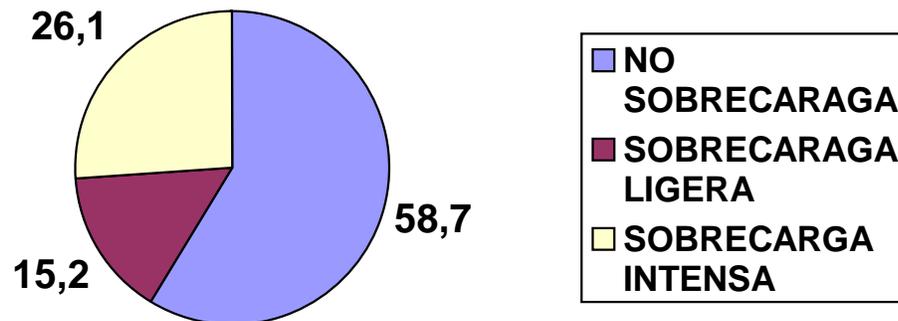


Gráfico 2. Escala de Zarit

Respecto a la escala de Braden solo un 1,4% presenta alto riesgo de Úlceras por presión y un 12,7% riesgo moderado de presentar UPP (gráfico 3).

## ESCALA DE BRADEN

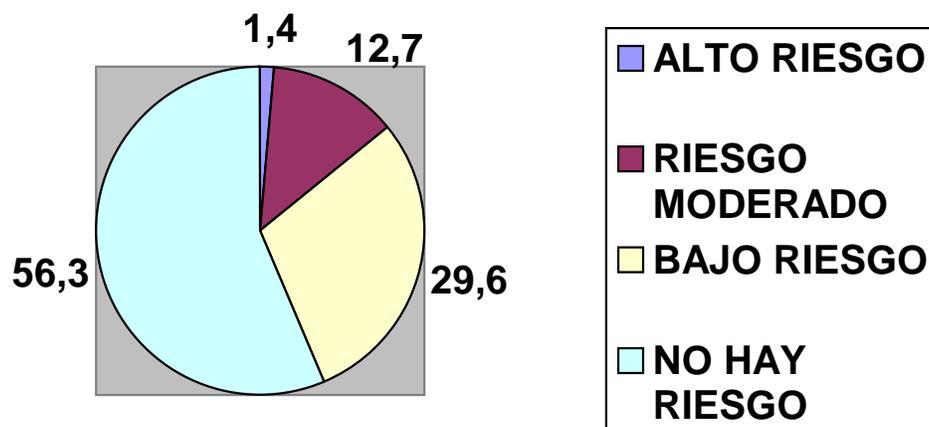


Gráfico 3. Escala de Braden

Los diagnósticos de enfermería más prevalentes quedan reflejados en el gráfico 4.

## DIAGNÓSTICOS NANDA

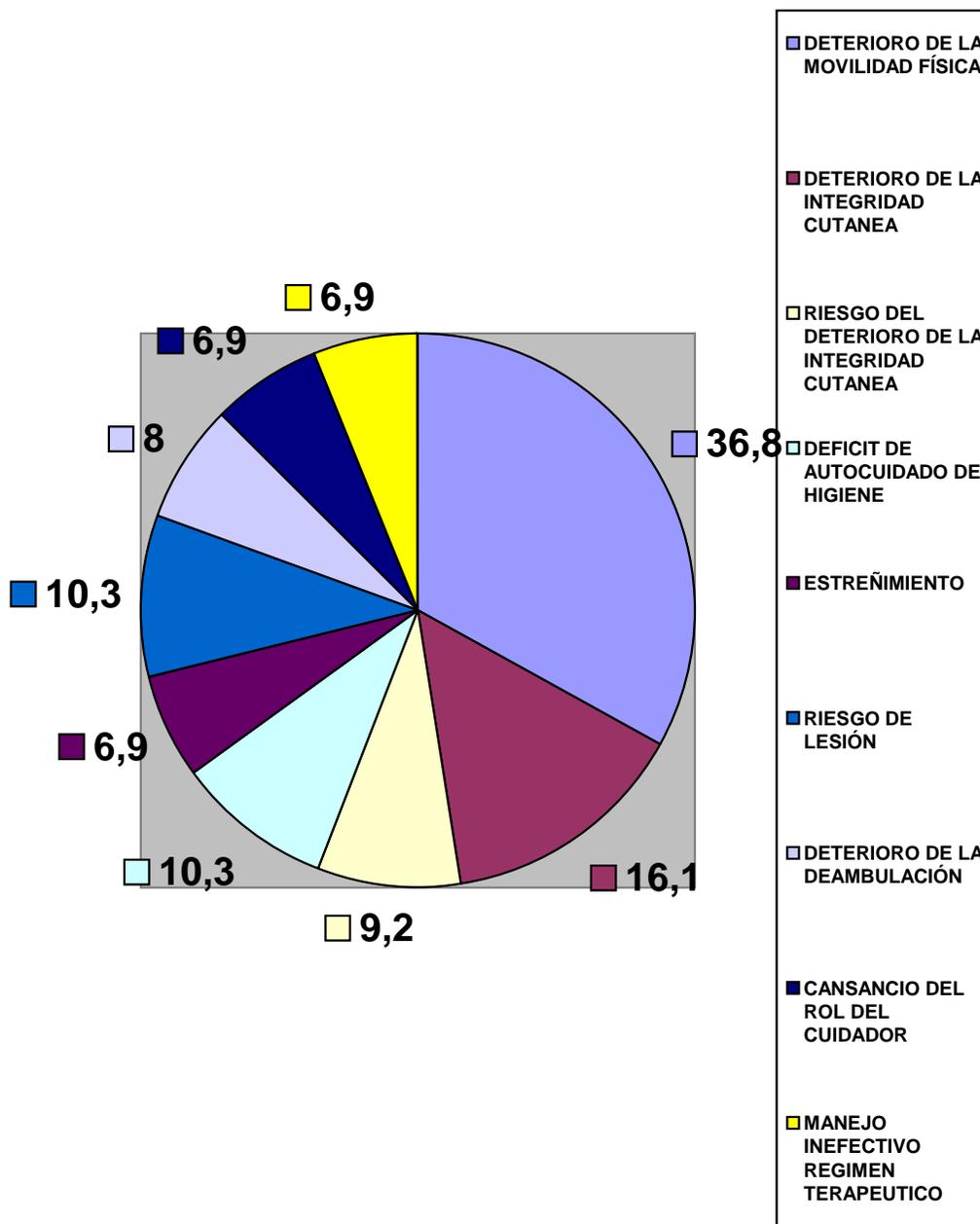


Gráfico 4. Diagnósticos NANDA más prevalentes

Lógicamente se ha encontrado correlación positiva entre la edad y los cuestionarios de Barthel, con una  $p$  significativa ( $p=0,00$ ), Braden-Bergstrom ( $p=0,00$ ) y Zarit ( $p=0,00$ ). También se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre el sexo y la escala de Barthel, presentando las mujeres un grado más elevado de dependencia ( $p=0,00$ ).

De igual manera se ha encontrado asociación positiva entre el sexo del cuidador y la escala de Zarit, presentando las mujeres una mayor sobrecarga en el ejercicio del rol del cuidador ( $p=0,00$ ).

Se ha realizado un análisis de correlación de las asociaciones significativas con el test de correlación de Pearson. Se ha encontrado una correlación negativa entre el test de Braden y el de Zarit  $p=0,07$  (pearson correlation=-0,401) de manera que cuanto menos existe riesgo de presentar úlceras por presión, menos sobrecarga del rol del cuidador existe.

Se ha encontrado correlación positiva entre el test de Barthel y el test de Braden ( $p=0,00$ ), de manera que cuanto mayor dependencia existe (valores menores de la escala de Barthel) mayor riesgo de presentar úlceras por presión se presentan.

En el resto no se ha encontrado ninguna correlación significativa.

## DISCUSIÓN

La media de edad de la población estudiada es elevada (82,9años), algo más elevada que en otros estudios<sup>1</sup>.

Existe una preponderancia de la población femenina frente a la masculina al igual que en otros estudios<sup>1,10</sup>. Este dato puede deberse a la mayor esperanza de vida de la mujer en nuestro país. La edad de los cuidadores es elevada. La gran mayoría de cuidadores son mujeres. Este dato es coincidente con otros estudios realizados en España<sup>1,11</sup>. Estos resultados concuerdan con la imagen tradicional que tenemos sobre el cuidador que habitualmente es una mujer.

Se constata la elevada dependencia para la realización de las AVD (actividades de la vida diaria) de la población al igual que en otros estudios realizados en nuestro ámbito<sup>10</sup>. Presentando el sexo femenino un mayor grado de dependencia para la realización de las AVD<sup>10</sup>.

La asociación positiva entre sexo del cuidador y el test de Zarit (las mujeres presentan mayor cansancio en el rol del cuidador) puede explicarse debido a que las mujeres tradicionalmente han desarrollado este papel social y no buscan mecanismos de ayuda social tan tempranamente como los hombres, no tan acostumbrados a ejercer este rol. Este hecho ya ha sido evidenciado en otros estudios<sup>12</sup>.

Los diagnósticos de enfermería más prevalentes encontrados también son coincidentes con otros estudios llevados a cabo en nuestro territorio.

Prevalecen los diagnósticos de deterioro de la movilidad física, deterioro de la integridad cutánea, déficit de autocuidado: baño/higiene, riesgo de lesión y riesgo de deterioro de la integridad cutánea.<sup>1</sup>

También han sido encontrados otros diagnósticos menos prevalentes como incontinencia (4,6%) y desequilibrio de la nutrición por exceso (con un 5,7%), también presentes en otros estudios<sup>1</sup>.

De lo anteriormente expuesto deducimos la necesidad de continuar desarrollando y priorizando los programas ATDOM debido a la avanzada edad y elevado grado de dependencia de la población incluidos en estos. También queremos resaltar la importancia de destinar recursos a dar soporte a

los cuidadores, cuya edad también es elevada y que presentan un grado importante de sobrecarga, poniendo especial énfasis en las cuidadoras de sexo femenino. La edad elevada de los cuidadores entraña una mayor dificultad para cuidar, ya que el proceso mismo del envejecimiento puede disminuir las capacidades físicas y mentales.

También sería importante destinar recursos tanto materiales como humanos a mejorar los problemas derivados de los diagnósticos más prevalentes, como problemas de movilidad y problemas de autonomía.

Aunque exista un alto grado de controversia respecto a los resultados de estos programas de ATDOM, la elevada satisfacción de los mayores y sus cuidadores respecto a las visitas domiciliarias y la buena recepción por parte de la sociedad en general que muestran diversos estudios<sup>1</sup> hacen imprescindible el apoyo institucional a estos programas.

No debemos olvidar que nuestro objetivo es dar una atención integral de calidad a nuestros pacientes sea cual sea el medio en el que se encuentren. Y es deseo de nuestros mayores permanecer el mayor tiempo posible con la mayor autonomía posible en sus hogares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Salud Carlos III. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2002.
2. Elkan R, Kendrick D, Dewy M et al. Effectiveness of home based support for older people : systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001;1:9.
3. Stuck A.E, Egger M, Hammer A et al. Home Visits to prevent Nursing Home Admission and functional decline in elderly people. *JAMA*, 2002; 287: 1022-1028.
4. Champion EW. New hope for home care? *The New England Journal of Medicine*.1995; 333:1213-1214.
5. Instituto de migraciones y Servicios Sociales. Plan de acción para personas mayores 2003-2007.Ministerio de Trabajo y asuntos sociales 2003:41
6. Gené Badre, Hidalgo Garcia A, Contel Segura JC et al. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Atención Primaria*. 2006;38(1):47-50.
7. José Ignacio Gaspar Escayola. Programa de Atención a enfermos crónicos dependientes. Gobierno de Aragón( Departamento de Salud y Consumo). 2006; p 358.
8. Juan E.Blümel M, Karine Tirado . Validez de la escala de Braden para preceder ulceras por decúbito en población femenina. *RevMed Chile*, 2004
9. Juan Maximo Molina, María de los Angeles Velasco."El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermeros de Alzheimer" .*Psicología y Salud*. Mexico: 2005 enero-junio; 15(1)
10. Estudi per una valoració de la dependencia a Castellar del Vallès. Ajuntament de Castellar del Vallès.2006.
11. Escudero Rodríguez B. El Sistema formal de cuidados. Consecuencias de su visión sobre los cuidadores informales. *Rev Rol Enf* 2006; 29(10):671-676.
12. Zabalegui Yarnoz.A, Juandó Prats.C, Sáenz de Ormijana Hernández,A et al. Los cuidadores informales en España: perfil y cuidados prestados. *Revista Rol de Enfermería* 2007; 30(7-8): 513-518.

## ANEXO 1

### ESCALA DE BARTHEL

#### COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

#### LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

#### VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

#### ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

#### DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

#### MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente.

**USAR EL RETRETE:**

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

**TRASLADO AL SILLON/CAMA:**

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

**DEAMBULACION:**

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

**SUBIR / BAJAR ESCALERAS:**

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 puntos (95 si permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 puntos
- 3- Dependiente moderado: 40-55 puntos
- 4- Dependiente grave: 20-35 puntos
- 5- Dependiente total: <20 puntos

## ANEXO 2

### ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM

<b>RIESGO DE UPP</b>
<b>BRADEN-BERGSTROM &lt; 13 = ALTO RIESGO</b>
<b>BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO</b>
<b>BRADEN-BERGSTROM &gt; 14 = BAJO RIESGO</b>

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

### ANEXO 3

CUESTIONARIO DE ZARIT										
<p>A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca = 0, raramente = 1, algunas veces = 2, bastante a menudo = 3, casi siempre = 4.</p> <p>A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.</p>										
		<b>Puntos</b>								
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 como el trabajo y la 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 a 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 usted?									
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 incomodo 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 de 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 su familiar?									
<p>Puntos de corte</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">&lt; 46-47</td> <td style="text-align: center;">no sobrecarga</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">&gt; 46-47</td> <td style="text-align: center;">sobrecarga</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">46-47 a 55-56</td> <td style="text-align: center;">sobrecarga leve</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">&gt; 55-56</td> <td style="text-align: center;">sobrecarga intensa</td> </tr> </table>			< 46-47	no sobrecarga	> 46-47	sobrecarga	46-47 a 55-56	sobrecarga leve	> 55-56	sobrecarga intensa
< 46-47	no sobrecarga									
> 46-47	sobrecarga									
46-47 a 55-56	sobrecarga leve									
> 55-56	sobrecarga intensa									