

PERCEPCIÓN DE APOYO EN CUIDADORES DE PACIENTES LEGALMENTE DEPENDIENTES

PERCEIVED SUPPORT IN CAREGIVERS OF PATIENTS LEGALLY DEPENDENT

Autores: Antonio Miguel Vázquez Merino (1), David Galloso Santana (2), Álvaro Sánchez Gualberto (3).

Dirección de contacto: esqui36@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Vázquez Merino Antonio Miguel, Galloso Santana David, Sánchez Gualberto Álvaro. Percepción de apoyo en cuidadores de pacientes legalmente dependientes. NURE Inv [edición electrónica]. 2012 Mar [citado día mes año]; 9(57):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE57_original_percep.pdf

Fecha recepción: 18/08/2011

Aceptado para su publicación: 04/11/2011

Resumen

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (39/2006) reconoce a sus beneficiarios el disfrute de prestaciones. **Objetivo general:** Determinar el grado de apoyo social percibido en cuidadoras de pacientes beneficiarios de las prestaciones establecidas por la ley. **Objetivos específicos:** Establecer el perfil socio-sanitario de los pacientes y cuidadoras y conocer, en base a la gradación de dependencia reconocida, el catálogo prestaciones ofertado y elegido por nuestros pacientes. **Metodología:** estudio observacional descriptivo transversal. **Población de estudio:** 98 binomios paciente-cuidadora pertenecientes al Centro de Salud Isla Chica (Huelva). **Resultados:** El paciente tipo fue mujer de edad próxima a 74 años, polimedicada, fundamentalmente con déficits de autocuidados y deterioro de la movilidad física. La cuidadora tipo fue mujer de aproximadamente 58 años, que cuidaba a su madre desde hacía 2 y presentando de forma concomitante HTA, trastornos de adaptación y patología osteoarticular. El 67,4% de las cuidadoras percibieron escaso apoyo total. **Discusión:** el esfuerzo físico y psíquico al que están sometidas las cuidadoras de pacientes dependientes, condiciona de forma negativa la percepción de apoyo social, a pesar del disfrute de las prestaciones concedidas.

Palabras clave

Cuidadores, Apoyo social, Dependencia.

Abstract

The Spanish law of Promoting the Personal Autonomy and Attention to people in dependence situation (39/2006) recognizes the enjoyment of assistance to its beneficiaries. **General Objective:** Determine the degree of perceived social support in caregivers of persons receiving benefits established by the law. **Specific Objectives:** To establish the socio-sanitary profile of patients and caregivers and to know, on the basis of the degree of dependency recognized, the features catalogue offered and chosen by our patients. **Methodology:** descriptive cross-sectional study. **Study population:** 98 patient-caregiver pairs belonging to Isla Chica's Health Center (Huelva). **Results:** The patient profile was a polymedicated woman aged around 74 years old, mainly with self-care deficits and a physical mobility impairment. The caregiver profile was a woman aged around 58 years old, who was taking care of her mother for two years. She showed arterial hypertension, adaptation disorders and osteoarticular diseases. 67.4% of the caregivers receive little total support. **Discussion:** The physical and mental efforts these dependent caregivers are subjected to has a negative influence on the perception of social support, despite the benefits granted.

Key words

Caregivers, Social support, Dependency.

Centro de Trabajo: (1) Enfermero del Distrito Huelva-Costa. Huelva. (2) Médico de Familia del Distrito Huelva-Costa. Huelva.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la población mayor de 65 años (1) y en especial del colectivo con edad superior a los 80, conforma una nueva imagen de la población mayor española. Los mayores de 80 años se duplicaron en los últimos 20 años (2). La esperanza de vida total ha pasado de 75,6 años en 1980 a una proyección de 82,4 años para 2015 (3). Expertos atribuyen este fenómeno a los avances científico-médicos, tanto en los aspectos de investigación como en la mejora de las políticas sanitarias.

En consecuencia, enfermedades crónicas en las que la edad es un factor de riesgo, generan un aumento en las tasas de supervivencia. Este aumento también se constata en enfermedades referidas a alteraciones congénitas así como en las situaciones de siniestralidad vial y laboral. El resultado final es un marcado incremento de personas en situación de dependencia. Esta situación se define como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (2).

El aumento de personas dependientes genera un crecimiento en la demanda de atención sanitaria, desplazada al ámbito extra hospitalario y cobrando mayor importancia la atención domiciliaria. Así, vemos con más frecuencia en nuestra práctica habitual, familias que deben hacerse cargo del cuidado de algunos de sus miembros con incapacidad para valerse por sí mismos. Han sido las familias y en especial las mujeres, las que han asumido tradicionalmente el cuidado de sus familiares dependientes. El perfil típico de quienes cuidan en España puede sintetizarse como de «género femenino, número singular» (4). La estructura familiar sufre cambios pudiendo ver afectada su estabilidad y poniendo en peligro la integridad de sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados del discapacitado (5). Se ha llegado a cifrar en 10 horas la media declarada de atención diaria (4).

La adaptación que sufren los cuidadores de estos pacientes dependientes es, la mayoría de las veces, de una dimensión igual o superior a los del propio paciente. Se observan mayores niveles de estrés en los cuidadores que en los enfermos, a pesar de lo

cual, solicitan menos atención de lo que cabría esperar (6). La presencia de patología derivada de la sobrecarga, puede incidir negativamente en el cumplimiento de los cuidados básicos que deben proporcionar a sus familiares, así como, realizar esta tarea con menor entusiasmo (7).

El apoyo social lo define Bowling como un proceso interactivo, merced al cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inmerso. La red social es el entramado de relaciones personales identificables que rodean al individuo y las características de esas relaciones (8). Los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales estresantes que los que carecen de él. El apoyo social se ha señalado como útil para el mantenimiento de la salud, mejora de la enfermedad, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general (9).

En el ideario del modelo de atención domiciliaria, las enfermeras han de actuar como planificadoras y gestoras de los casos adecuando e individualizando los planes de cuidados (4). Cuando se cuida a una persona en domicilio que sufre una situación de dependencia importante, habrá intervenciones directas sobre el paciente e intervenciones a realizar para y con las cuidadoras. Adiestrarlas con conocimientos adecuados en cada caso será fundamental para la prestación de los cuidados. Estos cuidados deben ser pautados y supervisados por enfermeras.

Por otra parte, el entrenamiento en habilidades para el autocuidado («cuidar al cuidador/a») es también altamente recomendable. Se hace imprescindible considerar la necesidad de poner en marcha estrategias encaminadas al alivio del desempeño del rol del cuidador. La enfermera como gestora del tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud es una pieza fundamental en la identificación del desbordamiento de forma precoz y mejorar de esta forma la calidad de vida del cuidador y del cuidado.

La sociedad debe otorgar apoyo a quienes cuidan de otros, ir gestando una colaboración permanente, lo cual se traducirá en un mejor cuidado del usuario postrado (10). En este contexto de necesidades, la Ley 39/2006 desarrolla el Sistema para la Autonomía y de Atención a la Dependencia (SAAD) con objeto de mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país. El beneficiario directo de las prestaciones es el paciente pero, indirectamente, también lo son sus cuidadoras que con ellas deberían ver aliviado el desempeño de su rol. En esta línea de corroboración se plantea la intención de este estudio.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el grado de apoyo social percibido, en cuidadoras de pacientes beneficiarios de prestaciones establecidas por la Ley 39/2006.

Objetivos específicos

Establecer los perfiles socio-sanitario de los pacientes y cuidadoras valorados con objeto de la tramitación del reconocimiento de dicha ley.

Conocer en base a la gradación de dependencia reconocida, el catálogo prestaciones ofertado y elegido por nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño y ámbito de estudio: Estudio observacional descriptivo transversal, realizado sobre los binomios paciente/cuidador principal que habían solicitado el reconocimiento de la Ley 39/2006 en la Unidad de Gestión Clínica Isla Chica, desde la aplicación de la ley hasta el 30/04/2010. Esta U.G.C. se ubica en Huelva capital y a fecha de 20/04/2010 atendía una población de 13665 habitantes.

Muestreo: Sobre una población resultante de 297 casos, para un nivel de confianza del 95% con una precisión del 8%, se calculó un tamaño muestral de 98 binomios paciente-cuidadora, con una prevalencia estimada del 43'6% de cuidadoras que percibirían bajo apoyo social (estimación media de resultados en estudios consultados (11)(12)(13)). La selección de la muestra se realizó a través de una tabla de números aleatorios.

Criterios de inclusión

- Parejas de pacientes y cuidadoras de la U.G.C. valorados durante el periodo de estudio.
- Se definió como cuidador principal a la persona, familiar o no, que proporcionara la mayor parte de la asistencia y apoyo diario al paciente incapacitado.
- Dar el consentimiento informado para la participación en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes valorados en los que no se identifica la figura del cuidador principal en base a nuestra definición.
- Cuidadoras que llevaran menos de 12 meses a cargo de su cuidado.
- Cuidadoras o cuidados que llevaran menos de 6 meses disfrutando de las prestaciones reconocidas por la ley en el momento de la recogida de datos.
- Cuidadoras o cuidados que hubieran fallecido o cambiado de domicilio a otra ZBS en el intervalo desde el inicio de los trámites hasta el momento de la recogida de datos.
- Casos que en el momento de la recogida de datos no hubieran recibido respuesta a la solicitud o hubieran recurrido dicha respuesta y se encontraran en fase de resolución.

Variables de estudio

Las variables se clasificaron en dos grupos: las referidas al paciente y las referidas a la cuidadora. Estas fueron:

- **Referidas a los pacientes:** edad, sexo, conocidos o no por las enfermeras (siendo conocidos aquellos que tenían 5 o más episodios enfermeros abiertos en historia clínica en los últimos 3 años), códigos CIE y NANDA registrados en los Informes de Condiciones de Salud, grado de dependencia considerado en la resolución, catálogo de prestaciones ofertado y prestaciones elegidas del catálogo ofertado.
- **Referidas a las cuidadoras:** edad, sexo, conocida o no por las enfermeras (siendo conocidas aquellas que tenían 5 o más episodios enfermeros abiertos en historia clínica en los últimos 3 años), códigos CIE registrados en historia clínica, años cuidando, si residía o no en el mismo domicilio que el cuidado, si trabajaba fuera del hogar, puntuación obtenida en el cuestionario Duke-UNK, si había participación de otras personas en el cuidado y en esos casos parentesco con el paciente (pareja, hijo/a, otro parentesco, sin parentesco), así como número de horas semanales que ayudaban y si hubiere remuneración económica a cambio de la ayuda.

Instrumentos para la recogida de datos

Las fuentes de obtención de datos fueron:

- *Historias clínicas informatizadas* de los pacientes y de sus cuidadoras.
- *Los informes de condiciones de salud*. La elaboración de este informe, en nuestra comunidad, es competencia de las enfermeras. En él y siguiendo instrucciones de la administración, se reflejan sólo aquellos diagnósticos CIE codificados en historia clínica y los diagnósticos NANDA relacionados con dependencia fruto de la valoración enfermera en el domicilio del paciente. Desde que comenzaron las valoraciones, en el Centro de Salud, se creó un sistema de entradas y salidas de informes emitidos así como archivo con copias de estos.
- *Respuesta administrativa con el dictamen sobre el grado y nivel de dependencia reconocido baremado de 0 a 100, así como el catálogo de prestaciones ofertado*. Para esta resolución, el órgano competente tiene en cuenta los correspondientes informes sobre la salud de la persona y sobre el entorno en el que viva, considerando, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas. La situación de dependencia se clasificó en grados (3) y a su vez en dos niveles. Así tuvimos:
 - a) **Grado I.** Dependencia moderada, Nivel 1 (25-39 puntos) y Nivel 2 (40-49 puntos): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
 - b) **Grado II.** Dependencia severa, Nivel 1 (50-64 puntos) y Nivel 2 (65-74 puntos): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
 - c) **Grado III.** Gran dependencia, Nivel 1 (75-89 puntos) y Nivel 2 (80-100 puntos): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
- El catálogo de prestaciones máximo ofertado se resumió en: servicio de tele-asistencia, ayuda a domicilio, centros de día y noche, atención residencial, estancias residenciales temporales, prestación económica (cuidadora en entorno familiar, vinculadas al servicio o asistencia personal).
- *Programa Individual de atención (PIA)*. En él, se determinaron las modalidades de intervención concedidas, intentando que fueran las más adecuadas a las necesidades del paciente de entre los servicios y prestaciones económicas ofertadas. Este documento y el del punto anterior obraban en poder del paciente en el momento de la recogida de datos.
- El apoyo social fue medido por el *cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNK* en la versión española De la Revilla, Baylon y de Dios (1991). Este instrumento psicométrico es un cuestionario de auto evaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. Los ítems 1, 4, 6, 7, 8 y 10 agrupan valores referidos al apoyo confidencial mientras que los ítems 2, 3, 5, 9 y 11 agrupan los referidos al apoyo afectivo. Estos aspectos se evalúan mediante una escala likert con 5 opciones de respuesta que se puntúan de 1 (mucho menos de lo que deseo) hasta 5 (tanto como deseo). La interpretación final es: El apoyo total percibido –puntuación igual o mayor a 32 (apoyo normal) puntuación menor de 32 (apoyo bajo)– es igual a la suma del apoyo confidencial (menor o igual a 18 escaso apoyo) y el apoyo afectivo (menor o igual a 15 escaso apoyo).

La mayor parte de la información se recogió en los domicilios de los pacientes previa concertación de cita telefónica. En esta cita se pedía el consentimiento y se revisaba la resolución del grado y nivel de dependencia, el catálogo ofertado y el Plan de Actuación Individualizado definitivo. Así mismo se recogían los cuestionarios Duke-Unk. Los entrevistadores recibieron formación previa a la recogida de datos donde se consensuaron entre otros: instrucciones para la entrevista, posibles problemas que pudieran surgir y las alternativas a seguir en cada caso. El resto de información se obtuvo en el Centro de Salud a través de la revisión de Historia Clínica Diraya y los Informes de Condiciones de Salud.

Análisis de los datos

En el análisis descriptivo de los datos recogidos, para las variables cuantitativas se usaron la media y la desviación típica y para las variables cualitativas el tanto por ciento. También se utilizó la mediana para los casos de variables cuantitativas con alta dispersión. Para evaluar la normalidad del conjunto de datos y dado el tamaño de la muestra se usó el Test de Kolmogorov-Smirnov así como el test de la U de Mann-Whitney como prueba no paramétrica para la comparación de dos muestras independientes. Se compararon medias mediante el Test de la t y ANOVA, así como se utilizó el coeficiente de Pearson para establecer correlaciones lineales. Los test estadísticos se consideraron significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p < 0,05$). El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS v.17.

Consideraciones éticas

La realización de este estudio se puso en conocimiento de la Dirección de la Unidad, así como los pacientes que fueron incluidos en el estudio fueron informados de forma verbal y se solicitó su consentimiento de igual forma.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes valorados y reconocidos dependientes fue de 73'82 años (DS 20'7), rango intercuartílico 69'75-88, la mediana fue de 79 años. El 68% de los pacientes fueron mujeres, 70% polimedicadas y 84,4% conocidos por las enfermeras antes de ser valorados.

Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron: Hipertensión arterial (47.4%), Diabetes (25%) y los problemas osteoarticulares (16%), alzheimer (14.3%) y demencia vascular (6.1%). Los diagnósticos enfermeros más frecuentes fueron: deterioro de la movilidad física 35,7% y aquellos relacionados con déficits de autocuidados como fueron: baño/higiene 83%, vestido/acicalamiento 64%, alimentación 33%, evacuación 35%.

La edad media de la cuidadora fue de 57'1 (DS 14'5) años, rango intercuartílico 46-66'75, la mediana fue de 59 años. Un 84'8% fueron mujeres. El 47,2% de las cuidadoras eran conocidas por las enfermeras antes de valorar a sus pacientes de referencia. El 60% de las cuidadoras recibían ayuda

de otras personas, siendo la pareja el 8'9%, hijos el 13'9%, 7'6% otro parentesco y un 36'7% sin parentesco. En cuanto al tiempo que llevaban cuidando, la media fue de 10'48 (DS 10'73) años, rango intercuartílico 3-13. La moda del total de años cuidados fue 2. Del total de las cuidadoras, un 38.2% recibía remuneración económica, con una media semanal de apoyo de 15,7 horas. En un 48'4% el apoyo vino de la hija/o de la paciente, de su pareja en un 25'3% y le unía algún otro tipo de lazo familiar en otro 25'3%. El 82'1% de las cuidadoras compartía domicilio con el paciente y un 28'4% trabajaba fuera de casa.

Un 67'7% de las cuidadoras presentaba algún tipo de patología médica, siendo las más frecuentes: Hipertensión Arterial (27%), trastornos adaptativos (22%) y problemas osteoarticulares (19%).

Más de la mitad de los pacientes valorados fueron reconocidos como grandes dependientes (Grado III-nivel 1: 41,2%; Grado III-nivel 2: 22,7%). Le siguieron los dependientes severos (Grado II-nivel 1: 7,2%; Grado II-nivel 2 con un 26,8%). Un 3% fue catalogado como dependencia moderada grado I-nivel 1, y el mismo porcentaje Grado I-nivel 2.

En base a las características de la población valorada y de su alto grado de dependencia, en la mayoría de los casos, el catálogo de prestaciones se ofertó completo, entre el 97,5% y el 100% de los casos de Grado III y entre 84,5% y el 100% de los casos de Grado II. Desestimamos los datos de Grado I por irrelevancia.

La principal opción elegida fue la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Esta elección se consolidó, en tanto que aumentó el grado de dependencia. La distribución de frecuencias de las prestaciones elegidas por los pacientes del catálogo ofertado fue: 86,5% Prestación económica, 9,4% Ayuda a domicilio, 3,1% Centro de Día/Noche, 1% Atención residencial y 20,8% Teleasistencia. La teleasistencia, al no ser excluyente con el resto de prestaciones ofertadas, se instauró en casi la totalidad de domicilios que de manera concertada o privada no disponían del servicio antes de la valoración.

Respecto al apoyo social percibido, un 67,4% de las cuidadoras percibieron escaso apoyo total. El desglose por planos afectivo y confidencial fue 44'2% escaso apoyo afectivo y 34'7% escaso apoyo confidencial. Estos datos de apoyo percibido se asociaron en busca de correlaciones con:

- a) **Años cuidando.** Se observó una débil correlación positiva no estadísticamente significativa entre apoyo social percibido normal y años cuidando (Pearson= 0.091 y $p=0.396$).
- b) **Compartir el mismo domicilio.** La frecuencia de cuidadoras con percepción de apoyo normal fue del 64,1% en las que compartían domicilio con el enfermo frente al 82,4% en las que vivían en otro domicilio siendo estas diferencias significativas ($p=0.037$).
- c) **El grado de dependencia reconocido.** En base a éste, las frecuencias de percepción de apoyo normal fueron: Grado II-1 57,1%, Grado II-2 76%, Grado III-1 65% y Grado III-2 63,6%.
- d) **Recibir o no prestación económica.** La percepción de apoyo normal fue del 53,8% en las que NO eligieron prestación económica y del 69,5% en las que SI.

DISCUSIÓN

La diagnósticos médicos codificados en historia clínica y por ende trasladados a los informes de condiciones de salud, reflejan una patología degenerativa, osteoarticular y mental que se podría superponer a la que esperaríamos encontrar en la población general de la misma franja de edad. Sin embargo, los diagnósticos enfermeros codificados en las historias reflejan gran falta de autonomía personal.

La tipología de nuestras cuidadoras es coincidente con diversos estudios que nos indican como son en su mayoría mujeres, con parentescos principalmente de esposas, hijas o madres (14)(15)(16)(17)(18). Esto podría deberse al papel que tradicionalmente la sociedad le ha conferido a la mujer así como la educación sexista recibida. La mujer ha asumido ser la cuidadora en situaciones de enfermedad o incapacidad, tanto de los padres, como del esposo (6). El cuidado de enfermos, niños y ancianos siempre correspondió a las mujeres; este hecho es constante en la mayoría de las sociedades (15). Pero hoy día, la transformación socio demográfica, los actuales cambios en el modelo de familia, la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres en la última década al mercado laboral español (2), así como el envejecimiento de las cuidadoras, pueden afectar a medio plazo la figura del cuidador de pacientes dependientes.

La morbilidad de la cuidadora refleja la consecuencia del tipo de pacientes que cuidan. Los resultados de este estudio coinciden con estudios previos

(6)(19) y confirman el concepto que las cuidadoras constituyen una población a riesgo de sufrir enfermedades psíquicas y físicas. El malestar psíquico del cuidador ha sido ampliamente estudiado en el marco de la atención primaria caracterizado por una elevada prevalencia de ansiedad y depresión siendo a veces considerados como pacientes ocultos ya que su morbilidad sentida tiende a estar infradiagnosticada.

Los datos sobre la gradación de dependencia reconocida están en consonancia con el calendario previsto en la ley, donde se planteaba el inicio de la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia a partir de 2007 con los gran dependientes y tener valorados para finales del 2010 los dependientes severos. Hasta ahora, teníamos datos de cansancio en cuidadoras de pacientes concretos: pluripatológicos, inmovilizados, patologías psiquiátricas severas, crónicos confinados en domicilio, oncológicos, etc. Con la gradación de la dependencia a través la Ley 39/2006 tenemos un nuevo criterio para la comparación homogénea tanto de pacientes como cuidadoras.

La percepción de bajo apoyo social obtenida fue superior a la prevalencia estimada (10)(11)(12)(13) a pesar, en nuestro caso, del disfrute de las prestaciones en cualquiera de sus variantes. La asociación con la variable años cuidando nos indica que a mayor número de años cuidando las cuidadoras perciben mayor apoyo. Esta paradoja podría tener su explicación en el poder de la experiencia y la asunción del rol. De esta forma, cuidadoras noveles que debido a su falta de habilidad se ven superadas en las labores del cuidado, con más años de ejercicio, superan los iniciales trastornos de adaptación, soportan mejor el estrés y mejora la percepción del apoyo social. El resto de asociaciones practicadas indican mejor percepción cuando no se comparte domicilio entre cuidadora y cuidado así como cuando se elige prestación económica para el cuidado en el entorno familiar. No existe proporcionalidad entre el grado de dependencia reconocido y la percepción de apoyo normal.

CONCLUSIÓN

La aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia 39/2006 en nuestra zona básica de salud, propició la catalogación, el reconocimiento y disfrute de los derechos y prestaciones establecidos. En todo ello, las enfermeras comunitarias tienen protagonismo propio siendo pieza clave en el proceso de valoración.

El paciente dependiente necesita de servicios sociales y sanitarios en un contexto flexible, integrado y sin interrupciones en el tiempo. Es vital que la atención ofertada se coordine de manera efectiva. Las prestaciones están ideadas en este sentido y a través de ellas, se persigue la consecución de una mejor calidad de vida, promocionar la autonomía personal y/o atender las necesidades de las personas con dificultades a fin de facilitarles las actividades de la vida diaria.

El alto grado de esfuerzo físico y psíquico al que están sometidas las cuidadoras por la tipología de los pacientes cuidados, condiciona de forma negativa la percepción de apoyo social, al menos en nuestro caso, a pesar del disfrute de las prestaciones concedidas.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Desde aquí nuestro reconocimiento a la Unidad Docente del Distrito Huelva-Costa por sus aportaciones en la fase de diseño, a las compañeras que participaron en la fase de recogida de datos así como a todos los pacientes incluidos en el estudio y a sus cuidadoras por su colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. La tercera edad en España: aspectos cuantitativos. Proyecciones de la población española de 60 y más años para 1986-2010. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1991.
2. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. L.N. ° 39/2006 (14-12-2006).
3. IMSERSO (2009): Las personas mayores en España. Informe 2008. Imsero. Madrid.
4. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
5. Puig C, Hernández Monsalve LM, Gervas JJ. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 1992;10:550-552.
6. López Mederos O, Lorenzo Riera A., Santiago Navarro P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria*. 1999;24:404-410.
7. 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 Enferm*. 2010;19(1):14-18.
8. Márquez Crespo EM. Valoración del apoyo socio-familiar de las cuidadoras en una zona básica de salud. *Evidentia* [edición electrónica]. 2010 [citado 14 octubre 2011]; 7(29). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n29/ev7167.php>
9. De la Revilla L, Fleitas L. Función y Disfunción Familiar. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Ediciones Doyma; 1994:91-100.
10. Villalobos A, Vega T, Arias R, Estrada V, Bustos C, Herrera P, Soto H, Quinteros J, Martínez R. Norma de cuidados domiciliarios a personas que sufren discapacidad severa. Chile: Ministerio de Salud; 2006.
11. Soto Bueno MA, Díaz Martínez L, Almagro Blázquez MJ, Ramírez Castillo MA. Grado de apoyo social percibido por cuidadoras con elevado nivel de esfuerzo. *Rev Paraninfo Digital* [edición electrónica]. 2008 [citado 14 octubre 2011];3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p142.php>
12. Moreno Castro, Francisco; León Grima, Ma del Mar; Ruiz Cayuso, Pilar; Martín Tello, Juan Manuel. Como afecta psicoemocionalmente el hecho de cuidar a nuestras cuidadoras familiares de pacientes gran discapacitados. *Rev Paraninfo Digital* [edición electrónica]. 2008 [citado 14 octubre 2011];3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p144.php>
13. Plaza Plaza M, Rodríguez Lago JA, Linares Herroero FJ, Martos Cerezuela I, Poyatos Ramos R, Muñoz Villalba JC. Cuidando después de cuidar. *Rev Paraninfo Digital* [edición electrónica]. 2008 [citado 14 octubre 2011]; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p135.php>

14. Uceda ME, Rodríguez JN, Mora JI. Estudio piloto sobre aspectos familiares y sociales percibidos por cuidadores principales de pacientes oncológicos en cuidados paliativos domiciliarios. *Medicina Paliativa*. Nov 2007;14(2):69-74.
15. Rubio Montañés ML, Sánchez Ibáñez A, Ibáñez Estella JA, Galve Royo F, Martí Talens N, Mariscal Bernal J. Perfil medicosocial del cuidador crucial. ¿Se trata de un paciente oculto? *Aten Primaria*. 1995;16:181-185.
16. Williams E, Fitton F. Encuesta a los cuidadores de pacientes ancianos dados de alta del hospital. *Br J Gen Pract (ed. esp.)* 1991;41:105-108.
17. Valles Fernández MN, Gutiérrez Cillan V, Luquin Ajuria AM, Martín Gil MA, López de Castro F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Aten Primaria*. 1998;22:481-485.
18. Díez Espino J, Redondo Valdivieso JL, Arróniz Fernández de Gaceo G, Giacchi Uzainki A, Zabal Ch, Salaberri Nieto A. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. *Medicina Familiar y Comunitaria*. 1995;3:124-130.
19. Moral MS, Ortega J, López JM, Pellicer MP. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria*. 2003;32:77-87.