

**Mejora en el cuidado del cuidador desde atención primaria.**

**Improvement care to informal care from Primary Health Care.**

Martínez Lentisco MM<sup>1</sup>, Valls Úbeda RF<sup>2</sup>.

- 1) Fisioterapeuta. C.S. Níjar. Distrito Sanitario Almería. S.A.S.
- 2) Fisioterapeuta. Almería.

**Correspondencia:**

Maria del Mar Martínez Lentisco  
Ctra de las Piedras 36 A4 E2 4ºA.  
04006 Almería.  
e-mail: [mlentisco@hotmail.com](mailto:mlentisco@hotmail.com)

## Resumen

**Introducción:** Desde la aprobación de la ley de dependencia, estamos aumentando el interés sobre los cuidadores principales de enfermos, ancianos en su mayoría. Con este trabajo pretendemos mostrar cual es la labor que, desde la fisioterapia, se hace en pro de la mejora de calidad de vida de los cuidadores, así como para favorecer también el mantenimiento de las capacidades del enfermo, y prevenir futuras deficiencias y complicaciones que puedan empeorar su situación. **Material y método:** El trabajo está basado en el tratamiento realizado con pacientes y sus cuidadores principales, se trata de un estudio descriptivo (empírico), longitudinal, retrospectivo. Se explica el modo de derivación, la valoración e informe previos y los diferentes tratamientos que se realizan, de tipo educativo, basados principalmente en tratamientos posturales para evitar complicaciones y adaptados según las necesidades de cada caso, dirigidos fundamentalmente al paciente pero apareciendo como figura principal y receptora de los mismos el cuidador principal, el cual será instruido en el manejo y cuidado del enfermo y en su propio cuidado. **Conclusión y resultados:** Tras la realización de los tratamientos observamos por parte de los cuidadores, que reciben de manera satisfactoria la formación, se mejora la comunicación e información y la accesibilidad del servicio de fisioterapia. Será importante, por tanto, mejorar la eficiencia en la gestión de recursos sanitarios, mantener una actuación centrada en el usuario aportando el máximo beneficio y mantener el trabajo coordinado para una adecuada atención socio-sanitaria.

**Palabras clave:** participación comunitaria, tratamiento domiciliario, fisioterapia, atención primaria, cuidador.

## Abstract

Since the adoption of the law of agency, we are increasing the interest on the primary caregivers of patients, mostly elderly. With this work we intend to show is the work which, from the physical therapy is done for the betterment of quality of life of caregivers, and to encourage the maintenance of the capabilities of the patient, and prevent future failures and complications may worsen your situation. **Material and methods:** The work is based on the treatment provided to patients and their primary caregivers, it is a descriptive (empirical), longitudinal, retrospective study. It covers how referral, assessment and reporting background and different treatments that are performed, including educational, based mainly on postural treatments to prevent complications, and adapted to the needs of each case, directed primarily to the patient but appearing as a figure main recipients of the primary caregiver, which will be instructed in the handling and care of sick and in their own care. **Conclusion and results:** Following the completion of treatments see the part of caregivers, who receive a satisfactory education, improved communication and information and service accessibility of physiotherapy. It will be important, therefore, improve efficiency in the management of health resources, to do a user-centric performance providing the maximum benefit and coordinated effort to maintain adequate health and social care.

**Key words:** Home care, Physiotherapy, Primary health care, Informal care, Consumer participation.

## Introducción

En el desempeño de la fisioterapia en atención primaria se puede apreciar, que el enfoque actual de tratamiento a cuidadores interviene directamente de forma preventiva pues se considera que al enseñar a realizar los cuidados con medidas ergonómicas se evitarán molestias futuras de espalda.

Dentro de la propia experiencia profesional en diferentes centros de atención primaria, comprobada por los resultados de estudios como el de <sup>(1)</sup> Caballero Rendón y Chacón Salomón en 2008 y con motivo de la gran demanda asistencial que se sufre en las salas de fisioterapia, la atención domiciliaria se suele derivar a un segundo plano ya que se prioriza la asistencia en sala de fisioterapia por la urgencia en el tratamiento de las patologías derivadas.

Del mismo modo en los documentos consultados <sup>(2)</sup> como el libro de comunicaciones de las I jornadas autonómicas de fisioterapia en atención primaria en Castilla-La Mancha (2009) se insiste en la importancia del tratamiento domiciliario pero no se manifiesta ninguna intervención al respecto, por lo que consideramos que sería interesante introducir transformaciones ya que la atención domiciliaria es primordial y totalmente necesaria para la consecución de objetivos funcionales en el paciente dependiente, así como para la consecución de objetivos formativos y de apoyo para el cuidador.

Según la Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria <sup>(3)</sup> los pacientes derivados por Enfermera Comunitaria de Enlace se consideran Grupo 2 y la visita del fisioterapeuta a estos pacientes no excederá las 3 sesiones (lo cual a priori, parece escaso y así lo muestran verbalmente los familiares)

Del mismo modo en el desempeño profesional se detecta (de manera verbal mediante comunicación con el usuario) la inseguridad por parte del cuidador-familiar en la realización de los ejercicios, o incluso por parte del propio paciente (si colabora realizando los ejercicios de manera autónoma).

El Decreto 137/2002, de Apoyo a las Familias Andaluzas, dispone en su Capítulo VII la promoción de medidas a favor de los mayores y personas con discapacidad, del mismo modo, el artículo 25 del Decreto establece que se facilitará la accesibilidad de los pacientes a los servicios de rehabilitación y fisioterapia en su propio entorno y, de este modo, se hará posible la compatibilidad de la atención familiar con la actividad laboral de los cuidadores. <sup>(3,4)</sup>

Gracias a este, parece que los profesionales responsables estamos empezando a tener en cuenta, en mayor medida a los cuidadores principales de enfermos, ancianos en su mayoría.

Con este trabajo pretendemos disminuir la tensión que sufre el cuidador por falta de conocimientos, mejorar la información sobre los cuidados del paciente y facilitar la comunicación de situaciones de alarma de la salud física y emocional propias así como valorar el nivel de satisfacción con el servicio y mejorar su accesibilidad haciéndolo más cercano. También intentamos mostrar cual es la labor que, desde la fisioterapia se hace en pro de la mejora de calidad de vida de los cuidadores al disminuir la carga física y psíquica que sufre, así como para favorecer también el mantenimiento de las capacidades del enfermo y prevenir futuras deficiencias y complicaciones que puedan empeorar su situación.

## Material y métodos

El trabajo está basado en el tratamiento realizado con pacientes y sus cuidadores principales, se trata de un estudio descriptivo (empírico), longitudinal, retrospectivo, en el que se valoran satisfacción, accesibilidad y mejora en la prevención y formación, tras las modificaciones realizadas desde mayo de 2010 hasta marzo de 2011, en comparación con la actuación previa

a mayo de 2010 con el mismo tipo de pacientes. La población sobre la que será llevada a cabo la observación se conseguirá mediante muestreo secuencial no aleatorio, siendo un total de 33 pacientes con sus cuidadores. Se realizará un análisis cualitativo de los datos de conversaciones y se valorarán las adaptaciones como en pro de la accesibilidad al servicio de fisioterapia y la inteligibilidad de la información-formación ofrecida antes y después de los cambios en la intervención.

Lo primero que realizamos al atender al paciente es una historia clínica completa donde aparecen:

1. Datos personales.
2. Proceso discapacitante principal e historia médica del paciente.
3. Índice de Barthel, y Minimental Test.

Hay que destacar que los pacientes, que son derivados como G2, tienen un grado de dependencia en el índice de Barthel moderado - total, con unos valores menores de 55.

Fundamentalmente la derivación es para enseñar técnicas al familiar o cuidador sobre cómo realizar los cambios posturales del paciente de manera correcta <sup>(5)</sup> y comprobar que se han aprendido, evitando complicaciones mayores como úlceras por decúbito, deformidades o anquilosis, edemas en miembros, etc. <sup>(6)</sup> así como para prevenir molestias en el cuidador, sobre todo dolor de espalda y las consecuencias de los cuidados de larga duración. <sup>(7,8,9)</sup> La duración de la intervención educativa es de tres sesiones según la guía pero consideramos, por la información suministrada de manera verbal por los familiares, que puede resultar truncado el aprendizaje, si se realizan las tres sesiones de manera continuada ya que, según manifiestan, no les da tiempo a interiorizar, practicar y fluctuar en su aprendizaje, así que la citación la realizamos una vez en semana durante 3 semanas consecutivas. Del mismo modo, resulta incompleto si no comprobamos que esta información y conocimientos están siendo realmente puestos en práctica por lo que programamos una sesión de refuerzo en la que se pregunta sobre las dudas y se estimula la realización de las destrezas adquiridas.

Para favorecer la comprensión y realización de la información aportada se realizó y entregó un folleto en papel con la información necesaria para que pueda servir de apoyo y consulta.

Del mismo modo se ofreció la posibilidad de acudir al centro de salud, siempre que fuera necesario, para consultar alguna duda o reforzar conocimientos, si no fuera posible, podrá contactar también de manera telefónica.

El equipo de fisioterapia se encargó también de realizar talleres para cuidadoras principales en los que en una sesión y con medios audiovisuales se explican las técnicas a llevar a cabo para el manejo de los pacientes, las movilizaciones y los cuidados a tener en cuenta para prevenir lesiones futuras principalmente por sobreesfuerzo.

Estos talleres son organizados por la enfermera de enlace pues es la enfermera responsable de la captación de enfermos, y la que tiene contacto directo con las familias y los pacientes y participa todo el equipo de rehabilitación y fisioterapia.

Se realizó una valoración completa del cuidador/a, en el ámbito físico, psicológico y social, realizando una historia en la que se tuvieron en cuenta sus patologías concomitantes y sus síntomas relacionados con el cuidado del enfermo. Para valorar el nivel de carga del cuidador utilizamos la escala de Zarit 1982. <sup>(10)</sup>

pudiendo englobar a las cuidadoras en:

- No sobrecarga.
- Sobrecarga leve.
- Sobrecarga intensa.

En cualquiera de las tres situaciones la intervención del fisioterapeuta puede ser muy útil. En el primer estadio, para evitar llegar a los otros dos y en los casos de sobrecarga leve o intensa, para mejorar la sintomatología.

La intervención que se realizó para disminuir la sobrecarga consistió en:

- Enseñar técnicas de relajación y control emocional.
- Enseñar respiraciones abdomino-diafragmáticas.
- Enseñar estiramientos analíticos. Sobre todo de las articulaciones que más se resienten al realizar los cuidados de los enfermos.
- Enseñar ejercicios de tonificación global de tronco y pelvis, para evitar dolencias derivadas del manejo de peso.
- Realizar ejercicios de estretching global activo.

Para valorar la satisfacción aplicamos un cuestionario a los cuidadores (autocreado). El cuestionario consta de 10 ítems escala tipo Lickert donde la puntuación máxima es 5 y la mínima 1. Las variables medidas son satisfacción con el lugar, horario, duración, interés, utilidad para cuidar y autocuidarse, autoestima y nota final. Además, se añadía un espacio para observaciones. Con el objetivo de aumentar la fiabilidad y disminuir la deseabilidad social el cuestionario era anónimo.

### **Resultados**

Se mejoran las estrategias de comunicación e información entre usuario y servicio de fisioterapia, acercándolo al ciudadano y haciendo más accesible y comprensible la información que se ofrece.

Se refuerza la prevención al paciente y al cuidador mediante la formación en cuidados y ergonomía.

Se comprueba (de manera verbal) una reducción de la ansiedad por parte del cuidador al mostrarse más positivos y seguros en la práctica de los cuidados y ejercicios.

Se acentúa la accesibilidad al servicio consiguiendo potenciar los recursos de intervención dentro de la comunidad.

Con respecto a la satisfacción, hemos entendido que la puntuación es de satisfacción con el taller cuando en la escala tipo Lickert la puntuación es superior a 3 o lo que es lo mismo implica un alto grado de acuerdo con la afirmación que se presenta en el ítem.

La satisfacción con el lugar, horario y duración fue mayor del 80%. A un 82 % le ha parecido muy interesante, a un 89% le ha servido para cuidar a su familiar y a un 81% cuidarse a si mismo. Un 75% mejora su autoestima. La nota global media es de 9.42.

En el espacio reservado para observaciones un 65% de los asistentes al taller señalaban como aspecto negativo la dificultades que habían tenido para asistir, por el hecho de haber tenido que buscar a una persona para quedarse con el enfermo.

### **Discusión**

Los servicios sanitarios deben estar preparados para garantizar un adecuado cuidado del cuidador, contando con herramientas para manejar las consecuencias del cuidado de larga duración, para ello la formación y los talleres grupales son fundamentales para la atención al cuidador.

Será fundamental la coordinación desde todos los profesionales socio-sanitarios para cubrir las necesidades de los cuidadores y para consensuar el tipo de información-formación que reciben procurando que esta sea completa y accesible.<sup>(11)</sup>

Nuestro trabajo, como otros indica la necesidad de atención de los cuidadores principales y lo recomendable del enfoque tanto individual como incluyéndolos en programas-talleres que presten soporte al familiar/cuidador así como orientación educativa y empleo de estrategias de descarga emocional.<sup>(12,13)</sup>

En un primer momento tanto los familiares como los pacientes no ven muy favorable el hecho de tener que aprender ellos mismos sus ejercicios y no consideran que les ofrezca mucho beneficio el realizarlos, por lo que es fundamental estimular su interés y motivar al compromiso. Muestran inseguridad a la hora de realizar las maniobras y preferirían que fuera el fisioterapeuta de manera permanente quien acudiera a su casa a realizarlas por lo que será de gran interés reforzarles para disminuir esa incertidumbre y aumentar su confianza.

El tipo de intervención en domicilio favorece la colaboración entre profesional y familiar y/o paciente, pudiendo beneficiarse estos no solo de las medidas que les aporta la fisioterapia sino también de la adquisición de las destrezas necesarias para llevarlas a cabo, para mejorar y optimizar la participación de éstos en su propia recuperación o en la de su familiar, contribuyendo de manera responsable al aumento de la recuperación funcional que se persigue con la intervención.

### **Conclusiones**

No hay que olvidar que uno de los principales motivos de la creación de salas de fisioterapia en atención primaria es el acercar este servicio al usuario sin dejar de lado su entorno domiciliario por lo que resulta primordial incentivar este tipo de actuaciones dentro de la cartera de servicios que ofrece el fisioterapeuta en atención primaria.

Hacer partícipe al usuario y/o cuidador en su recuperación y mejora será importante tanto para disminuir la demanda asistencial por motivos derivados de una mala higiene postural como para asegurar una continuidad en los cuidados necesarios para el mantenimiento de unas capacidades funcionales, imprescindibles para mantener una óptima calidad de vida.

Debemos mejorar la eficiencia en la gestión de recursos, manteniendo una actuación centrada en el usuario aportando el máximo beneficio posible dentro de la cartera de servicios de nuestro nivel asistencial.

Será necesario mantener el trabajo coordinado para una adecuada atención socio-sanitaria.

La satisfacción de las cuidadoras tras recibir el taller es alta: la utilidad de los conocimientos adquiridos sobre el inmovilismo, complicaciones de éste, prevención, manejo del paciente, transferencias y educación postural del cuidador, son valorados muy positivamente. Aunque las cuidadoras están satisfechas con los talleres, también son conscientes de sus problemas y de su difícil solución, donde los talleres son solo una herramienta más.

### **Bibliografía**

1. Caballero J, Chacon M. La fisioterapia en el marco de atención primaria. *Rev. Papeña. Med. Fam* 2008; 5(7): 49-51.
2. Velasco R, Romero C. I jornadas autonómicas de fisioterapia en atención primaria en Castilla-La Mancha; 2009.oct 22-23; Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), Gerencia de atención primaria de Talavera de la Reina. Talavera de la Reina: Toledo.2009.
3. Servicio andaluz de salud. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Rehabilitación y Fisioterapia en atención primaria. Guía de procedimientos. España. Servicios centrales del Servicio Andaluz de Salud; 2003.

4. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención primaria, planificación y evaluación. Servicio Canario de Salud. Taller de formación y educación sanitaria para personas cuidadoras. Servicio Canario de Salud. España; 2003.
5. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín; Servicio Canario de Salud, Servicio neurología. Servicio de Rehabilitación. Guía para pacientes y cuidadores. Ejercicios para realizar en casa después de un accidente cerebro-vascular. Gran Canaria.: Sanofi aventis; 2007.
6. Gomez J, Caneiro L, Polo R, Madrigal Y. Guía de práctica clínica para la rehabilitación del paciente en estado crítico. *Medisur* 2009;7 (1) Supl: 82-91.
7. Torres MP, Ballesteros E, Sánchez PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos* 2008;19 (1):9-15.
8. Artaso B, Goñi A, Biurum A. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2003 Jul 1; 38(4): 212-218.
9. Paleo N, Rodríguez L. Sobrecarga de los cuidadores de pacientes con enfermedad de alzheimer. *Geriatricianet.com* 2007; 8(2): 2-9.
10. Alvarez L, González AM, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gac Sanit* [online]. 2008;22(6):618-619. ISSN 0213-911.
11. Garrido A. Cuidando al cuidador. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol* 2003 Jul 1; 38(4):284-7.
12. Abengozar MC, Serra E. Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1997; 32 (5):257-269.
13. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, et al. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev. Psiquiatr. Fac. Med. Barna* 2000; 27(3):131-134.