

Diagnósticos enfermeros en personas cuidadoras de mayores dependientes

Natalia Serrano Ortega
José Luis Gutiérrez-Sequera

Enfermera/o del Distrito Sanitario Guadalquivir (Córdoba).

Dirección de contacto:
Distrito Sanitario Guadalquivir,
Avenida de los Agujones, s/n (esquina huerta del
recuero). 14011 Córdoba.

E-mail:
nataliaserrano@hotmail.com

Resumen

La figura de la cuidadora familiar como proveedor principal de cuidados ha sido descrita en numerosos estudios. Mediante el presente trabajo, se pretende analizar la situación de salud de estas personas, a través del análisis de diagnósticos enfermeros.

Objetivos:

- Determinar la prevalencia de los diagnósticos que más evidencian deterioro de la salud.
- Identificar variables relacionadas con los siguientes diagnósticos: cansancio en el rol de cuidador y afrontamiento familiar comprometido.

Material y métodos: se escoge una muestra de 151 pacientes y se seleccionan variables sociodemográficas, tiempo como cuidadora y diagnósticos enfermeros. Se realizan auditorías de historias clínicas, usando medidas de tendencia central y dispersión para el primero de los objetivos, así como pruebas *chi* cuadrado y regresión logística para el segundo de ellos.

Resultados: el cansancio en el rol del cuidador fue el diagnóstico más prevalente, 51,5% (43,3–59,9). Se encontró asociación estadística entre dicho diagnóstico y el parentesco (otros frente a hijos). No se halló asociación significativa entre el afrontamiento familiar comprometido y el resto de variables.

Conclusiones: los resultados encontrados refuerzan estudios similares que relacionan un mayor riesgo de cansancio del rol del cuidador cuando el parentesco es distinto a hijo/a.

Palabras clave: cuidadora familiar; diagnósticos enfermeros; cansancio; cuidador principal.

Abstract

Nursing diagnoses in caregivers of dependent elderly

The figure of the family caregiver as primary care provider has been described in numerous studies. Through this work we analyze the health situation of these people, through the analysis of nursing diagnoses.

Objectives:

- To determine the prevalence of diagnoses which best show deterioration of health.
- To identify variables associated with the following diagnoses: tiredness in the role of caregiver and committed family coping

Material and methods: we chose a sample of 151 patients and selected socio-demographic variables, time as caregivers and nursing diagnoses. Audits of medical records were conducted, using measures of central tendency and dispersion for the first goal, and chi square and logistic regression for the second one.

Results: tiredness in the role of caregiver was the most prevalent diagnosis, 51,5% (43,3 to 59,9). A statistical association between the diagnosis and the degree on kinship (other versus children) was found. There was no significant association between committed family coping and the other variables.

Conclusions: these results reinforce similar studies linking an increased risk of fatigue of the role of caregiver when the kinship is different from son/daughter.

Key words: family caregiver; nursing diagnoses; tiredness; primary caregiver.

Introducción

El interés por el cuidado informal de personas mayores dependientes ha ido creciendo en los últimos años debido esencialmente al aumento de la demanda de cuidados, la progresiva disminución de disponibilidad de cuidadores informales y la reorientación de los sistemas sanitarios hacia la atención a la salud en el propio entorno de los individuos, con énfasis en la desinstitucionalización de los pacientes (1).

Los estudios realizados en España confirman que la familia es el principal prestador de atención a la salud en nuestro medio y constituye la única fuente de provisión de cuidados para una gran mayoría de las personas que los necesitan (2).

Aunque en ocasiones son varios los miembros de la familia quienes atienden al familiar dependiente, lo cierto es que la mayoría de las veces el peso del cuidado recae sobre una única persona: el cuidador principal (3).

Diversas investigaciones confirman consistentemente que cuidar, en el entorno familiar es predominantemente "cosa de mujeres". Sin embargo, no todas las mujeres participan por igual en el cuidado; existen diferencias que indican que, también en el sistema informal, desigualdad de género y de clase social constituyen ejes entrelazados (2). Y es que el cuidado afecta, y mucho, en el desarrollo de la vida normal de las personas cuidadoras, presentando cierta vulnerabilidad y predisposición a desarrollar, problemas de salud tanto físicos como emocionales o psicológicos (1).

Teniendo en cuenta todo lo referido se planteó el presente trabajo, el cual está basado en el diagnóstico enfermero como forma de medir el nivel de salud de las personas cuidadoras y la importancia de analizar posibles factores de riesgo de dichos diagnósticos como base para la prevención.

Por tanto, la utilización de los distintos diagnósticos enfermeros, permite predecir el nivel de malestar físico y emocional de las personas cuidadoras, así como ayudar a poder planificar mejor los servicios y el apoyo a estas personas cuando lo necesiten, a poder ayudarles en un mejor afrontamiento de las dificultades y a tratar de prevenir la aparición de problemas serios de salud.

Los objetivos de este estudio son dos: en primer lugar, determinar la prevalencia en personas cuidadoras de grandes discapacitados de los siguientes diagnósticos enfermeros: conductas generadoras de salud, cansancio en el desempeño del rol del cuidador, manejo inefectivo del régimen terapéutico, deterioro del patrón del sueño, riesgo de caídas, conocimientos deficientes y afrontamiento familiar comprometido (se decide analizar estos diagnósticos en concreto y no otros como indicadores del estado de salud porque son los más prevalentes en la historia clínica de las personas cuidadoras); y en segundo lugar, identificar variables relacionadas con los diagnósticos enfermeros; cansan-

cio en el rol de cuidador y afrontamiento familiar comprometido (4).

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal, cuya población de referencia está constituida por las personas cuidadoras de mayores dependientes del Distrito Guadalquivir (1.024 personas cuidadoras).

Sujetos

Las condiciones de cálculo de muestra han sido:

- Para estimación de porcentajes: error del 5%, prevalencia estimada del 50% y precisión del 6,5% (cálculos con EpiDat 3.1): $n = 151$.
- Para la regresión logística (criterios de Ortega y Cayuela), con un porcentaje medio estimado del 33% y una variables en el modelo: $n = 30$.

Por tanto, se elige un tamaño muestral de 151 que satisficé las dos condiciones. El tipo de muestreo utilizado ha sido aleatorio sistemático (marco de muestreo: censos de cuidadoras del Distrito).

Mediciones

Variables utilizadas en el estudio

- Sociodemográficas: sexo (hombre o mujer), edad (en años), parentesco (cónyuge, hija/o, hermana/o, madre/padre, sobrina/o, nuera/yerno, prima/o, cuñada/o y otros).
- Tiempo ejercido como cuidadora: en meses.
- Diagnósticos enfermeros de la NANDA (4), los cuales serán medidos a través de respuestas afirmativas o negativas según proceda (SÍ o NO): conocimientos deficientes: (carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, conductas generadoras de salud (búsqueda activa, en una persona con una salud estable, de formas de modificar los hábitos sanitarios personales o el entorno para alcanzar un nivel más alto de salud), cansancio en el rol del cuidador (dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia), manejo inefectivo del régimen terapéutico (patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud), deterioro del patrón del sueño (trastorno de la cantidad y calidad de sueño, suspensión de la conciencia periódica natural, limitado en el tiempo), afrontamiento familiar comprometido (la persona que habitualmente brinda el soporte principal proporciona en este

caso un apoyo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo, que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud) y riesgo de caídas (aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico).

Fuentes, instrumentos y procedimientos de recogida de datos

Los datos fueron obtenidos a partir de las historias clínicas (programa Diraya). Previamente a la recogida de datos se obtuvo el consentimiento informado y la aprobación por parte de la comisión de investigación. En todo momento, se ha guardado la confidencialidad de los datos, manejados solamente por el equipo investigador y dentro de los objetivos investigados.

Análisis estadístico

En respuesta al primero de los objetivos, la descripción de la muestra y la determinación de la prevalencia de diagnósticos se ha llevado a cabo mediante porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión, así como mediante sus intervalos de confianza al 95%.

Para responder al segundo objetivo, el análisis de la asociación estadística se ha efectuado mediante el test de *chi* cuadrado (variables cualitativas) y la regresión logística binaria simple (variable independiente cuantitativa y dependiente cualitativa dicotómica). En los contrastes de hipótesis se ha utilizado un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Descripción de la muestra

Las 151 personas cuidadoras de grandes discapacitados del Distrito Guadalquivir tienen una media de edad de 65,43 (desviación típica: 14,61; rango: entre 29 y 91 años; IC de

la media al 95%: 63,08-67,77%). El tiempo medio que estas personas llevaban cuidando a sus familiares era de 19,36 meses (desviación típica: 9,297; rango: entre 1 y 46 meses. IC de la media al 95%: 17,86-20,85%). Del total de personas cuidadoras, 116 eran mujeres (76,8%; IC al 95%: 69,76-83,88) y 35 hombres (23,2%; IC al 95%: 16,11-30,24). En lo que respecta al parentesco con la persona cuidada, 52 eran hijos (45,2%; IC al 95%: 26,52-42,34; en su mayoría mujeres), 51 cónyuges (44,3%; IC al 95%: 29,9-41,64) y 12 otros familiares (10,4%; IC al 95%: 3,30-12,6).

Prevalencia de diagnósticos

Como se refleja en la Tabla 1, el diagnóstico más prevalente entre las cuidadoras familiares de nuestra población es el de cansancio en el rol del cuidador, presente en el 51,7% (43,3-59,9) de las cuidadoras. También hay que destacar el buen nivel de conocimientos, ya que el diagnóstico conocimientos deficientes fue hallado solo en el 11,3% (5,8-16,6) de los casos.

A continuación se analizan las variables independientes anteriormente mencionadas con los diagnósticos enfermeros: cansancio en el rol del cuidador, afrontamiento familiar comprometido y conductas generadoras de salud. Se eligen dichos diagnósticos porque son más prevalentes (el primero y el tercero) y porque son específicos de la persona cuidadora (el primero y el segundo).

Variables relacionadas con el cansancio en el rol del cuidador

Las relaciones entre cansancio en el rol del cuidador y sexo, parentesco, conocimientos deficientes, edad, tiempo, conductas generadoras de salud, manejo inefectivo del régimen terapéutico y alteración en el patrón del sueño se han estudiado de forma conjunta para explorar la existencia de interacción entre ambas variables independientes.

Tabla 1. Prevalencia de diagnósticos enfermeros

Diagnóstico	Número	Prevalencia (%)	IC al 95%
Conductas generadoras de salud	73	48,3%	40,0-56,6%
Conocimientos deficientes	17	11,3%	5,8-16,6%
Cansancio en el rol del cuidador	78	51,7%	43,3-59,9%
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	29	19,2%	12,5-25,8%
Deterioro del patrón del sueño	28	18,5%	12-25%
Riesgo de caídas	33	21,9%	14,9-28%
Afrontamiento familiar comprometido	16	10,6%	5,3-15,8%

En el análisis previo bivalente se ha encontrado asociación estadística entre cansancio en el rol del cuidador (CRC) y: edad (regresión logística binaria simple; $p = 0,011$), parentesco (Test *chi* cuadrado; $p = 0,027$), sexo (Test *chi* cuadrado; $p = 0,05$), conocimientos deficientes (Test *chi* cuadrado; $p = 0,030$), deterioro del patrón del sueño (Test *chi* cuadrado; $p = 0,006$) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (Test *chi* cuadrado; $p = 0,001$) mientras que no se encontrado asociación con: tiempo (regresión logística binaria simple; $p = 0,334$), conductas generadoras de salud (Test *chi* cuadrado; $p = 0,924$) y afrontamiento familiar comprometido (Test *chi* cuadrado; $p = 0,084$).

Al analizar los datos mediante regresión logística binaria múltiple para evitar sesgos de confusión (Tabla 2), se mantienen la asociación con: parentesco (1) (OR: 8,48; $p = 0,012$) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (OR: 0,164; $p = 0,01$). En este caso se pierde la asociación con el resto de variables.

Por tanto, solo se encontró asociación estadística entre el cansancio con el MIRT y el parentesco (1: otros frente a hijos). Mientras que no se ha encontrado asociación con la edad, sexo, parentesco (2: otros frente a cónyuges), tiempo, conocimientos deficientes, CGS, sueño y afrontamiento familiar comprometido (AFC).

Variables relacionadas con el afrontamiento familiar comprometido

Las relaciones entre afrontamiento familiar comprometido y sexo, parentesco, conocimientos deficientes, edad, tiempo, conductas generadoras de salud, manejo inefectivo del

régimen terapéutico, alteración en el patrón del sueño y cansancio en el rol del cuidador se han estudiado de forma conjunta para explorar la existencia de interacción entre ambas variables independientes.

En el análisis previo bivalente se ha encontrado asociación estadística entre AFC y deterioro del patrón del sueño (Test *chi* cuadrado; $p = 0,044$) y conductas generadoras de salud (Test *chi* cuadrado; $p = 0,012$). Mientras que no se ha encontrado asociación con: sexo (Test *chi* cuadrado; $p = 0,151$), parentesco (Test *chi* cuadrado; $p = 0,24$), edad (regresión logística binaria simple; $p = 0,22$), tiempo (regresión logística binaria simple; $p = 0,142$), conocimientos deficientes (Test *chi* cuadrado; $p = 0,868$), afrontamiento familiar comprometido (Test *chi* cuadrado; $p = 0,084$) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (Test *chi* cuadrado; $p = 0,471$).

Al analizar los datos mediante regresión logística binaria múltiple (Tabla 3) no se encontró asociación estadística con ninguna de las variables.

Variables relacionadas con conductas generadoras de salud

Las relaciones entre conductas generadoras de salud y sexo, parentesco, conocimientos deficientes, edad, tiempo, afrontamiento familiar comprometido, manejo inefectivo del régimen terapéutico, alteración en el patrón del sueño y cansancio en el rol del cuidador se han estudiado de forma conjunta para prevenir el sesgo de confusión entre ambas variables independientes.

En el análisis previo bivalente se ha encontrado asociación estadística entre conductas generadoras de salud y

Tabla 2. Variables relacionadas con el cansancio en el rol del cuidador

Variables	Valor de p	OR	IC 95% para la OR	
Edad	0,163	0,961	0,908	1,016
Sexo	0,167	0,475	0,165	1,366
Parentesco	0,042			
Parentesco (1)	0,012	8,481	1,601	44,919
Parentesco (2)	0,224	2,91	0,52	16,29
Tiempo	0,48	1,018	0,969	1,07
Conductas generadoras de salud	0,276	0,59	0,228	1,525
Conocimientos deficientes	0,134	3,656	0,67	19,931
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	0,01	0,164	0,042	0,643
Deterioro del patrón del sueño	0,071	3,06	0,907	10,329
Afrontamiento familiar comprometido	0,064	0,247	0,056	1,085

Tabla 3. Variables relacionadas con el afrontamiento familiar comprometido

Variables	Valor de p	OR	IC 95% para la OR	
Edad	0,514	0,974	0,898	1,055
Sexo	0,346	2,224	0,421	11,747
Parentesco	0,909			
Parentesco (1)	0,921	1,124	0,11	11,472
Parentesco (2)	0,729	0,666	0,067	6,625
Tiempo	0,141	0,924	0,831	1,027
Conductas generadoras de salud	0,088	0,259	0,055	1,22
Conocimientos deficientes	0,907	0,877	0,098	7,876
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	0,323	0,3	0,028	3,265
Deterioro del patrón del sueño	0,998	0	0	
Cansancio en el rol del cuidador	0,051	0,223	0,049	1,007

afrontamiento familiar comprometido (Test *chi* cuadrado; $p = 0,012$), edad (regresión logística binaria simple; $p = 0,045$) y tiempo (regresión logística binaria simple; $p = 0,002$). No se ha encontrado asociación con: sexo (Test *chi* cuadrado; $p = 0,422$), parentesco (Test *chi* cuadrado; $p = 0,268$), conocimientos deficientes (Test *chi* cuadrado; $p = 0,359$) y manejo inefectivo del régimen terapéutico (Test *chi* cuadrado; $p = 0,404$). Con aquellas variables asociadas estadísticamente con las conductas generadoras de salud en el análisis bivariante se construyó un modelo de regresión logística. En dicho modelo, tanto el tiempo (OR: 1,06; $p = 0,003$) como el afrontamiento familiar comprometido (OR: 0,249; $p = 0,040$) mantuvieron la asociación con la variable dependiente, mientras que la asociación entre edad y conductas generadoras de salud desapareció (Tabla 4).

Discusión, limitaciones y conclusiones

Discusión

El perfil del cuidador principal observado en el presente estudio no difiere en los comunicados en trabajos previos. Se trata de una mujer de 65 años, comprendida entre los 29 y 91 años de edad. En el estudio de Casado y López (5) el 81% tiene más de 40 años; de hecho solo las mujeres de entre 45 y 54 años representan cerca del 40% del total de las cuidadoras. Según el trabajo "El uso del tiempo en la actividad cotidiana" de M^a Ángeles Durán (2005), en España el grupo con una dedicación máxima (5,45 horas/día) comprende entre los 50 y 59 años (3). Con respecto al tiempo ejercido como cuidadora, es de una media de 19 meses, considerando un tiempo mínimo de un mes y máximo 46 meses. Las cifras que ilustran el predominio de las mujeres

como cuidadoras son abrumadoras: 76,8% frente a un 23,2% en los hombres. Las mujeres asumen con frecuencia también el papel de cuidadoras secundarias, de tal manera que cuando una cuidadora principal necesita ayuda para cuidar, suele recurrir a otra mujer de la familia: madre, hermana o hija. De hecho, actualmente se puede asumir que el cuidado informal se resuelve fundamentalmente a costa del trabajo y el tiempo de las mujeres; dicho de otra forma el cuidado informal "se escribe en femenino singular" (6).

Con respecto a la prevalencia de los distintos diagnósticos enfermeros empleados en este estudio, se puede observar como el cansancio en el rol del cuidador (51,7%) es el más observado en las personas cuidadoras de grandes discapacitados del Distrito Guadalquivir. Los resultados son similares a los de Vázquez y cols (7), que encuentran una prevalencia del 47% en su estudio. El diagnóstico de cansancio en el rol de cuidador aparece cuando en el cuidador prin-

Tabla 4. Variables relacionadas con conductas generadoras de salud (regresión logística binaria múltiple)

Variables	OR	Valor de p
Tiempo	1,06	0,003
Edad	1,017	0,165
Afrontamiento familiar comprometido	0,343	0,011

principal se encuentra dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia (4,7). Se presenta con mucha frecuencia en procesos cuidadores, como el que nos ocupa, que son complejos, prolongados en el tiempo, que precisan de conocimientos específicos, en definitiva, que se van complicando a medida que transcurre el tiempo y el enfermo sigue empeorando (3).

Respecto al género y cansancio en el rol del cuidador, los resultados coinciden con los Del Pino y cols (5), apoyando la hipótesis de que en España no existen diferencias de género en la implicación en el cuidado. Esto hace que los hombres que llegan a cuidadores principales asuman la misma carga que las mujeres cuidadoras principales (5,8).

Esta hipótesis tiene como casos discrepantes los resultados posteriormente mencionados de Crespo y López (1) para la complejidad en el cuidado y de Larrañaga y cols (9) para la dedicación. Las mujeres siguen desempeñando el papel de cuidadoras principales en el seno de la familia mayoritaria y, por lo tanto, son ellas las que reciben el mayor impacto de los problemas derivados del desempeño de este papel (7,10). En estudios donde se han realizado entrevistas se han detectado que los hombres disponen de una red de apoyo más extensa y reciben más ayuda de familiares y amigos. Como consecuencia de ello el impacto del cuidado en su calidad de vida es más leve y manifiestan verse menos afectados a nivel psicológico (3). El esfuerzo y el tiempo dedicados a cuidar son también factores que determinan el desigual coste que el cuidado informal implica para la salud y la calidad de vida de hombres y mujeres. Sobre las mujeres recaen más y mayores demandas de cuidados y la asistencia que proporcionan es generalmente más intensa en tiempo y esfuerzo. Las consecuencias se plasman en un mayor riesgo de pérdida de salud y bienestar de las cuidadoras (9).

En relación al tiempo de duración de los cuidados, los resultados coinciden con los de Vázquez (no se asocia con un mayor cansancio del cuidador; la persona pasaría por diferentes etapas hasta llegar a una situación de equilibrio) (7).

Con respecto al parentesco con el cansancio en el rol del cuidador, parece probado que esposos e hijos experimentan mayores problemas de cansancio que cuidadores con otro tipo de parentesco con el mayor dependiente. La relación que los mayores tienen con sus esposos es distinta a la que puedan tener con otros tipos de familiares en términos de duración de la relación, compromisos mutuos adquiridos, etc. La mayoría de los hijos cuidadores son hijas cuidadoras de mediana edad, llenas de actividades y responsabilidades, a las que se añade una más, la de cuidar a su familiar, generándose en ellas tensiones al no poder desempeñar todas sus obligaciones tan bien como les gustaría (1). Del estudio se desprende, también, la falta de formación por parte de las personas cuidadoras, lo que hace necesaria una mayor educación sanitaria de estos, lo cual puede entenderse como

una oportunidad de mejora para todos los profesionales de la salud, pero especialmente para el personal de Enfermería por ser este colectivo el que está más en contacto. Por todo, la enfermera de Atención Primaria tiene ante sí una tarea importante en la atención a las personas dependientes y sus cuidadores. La atención domiciliaria puede aportar al paciente y a su cuidador una percepción de más autonomía, minimizando su dependencia del sistema sanitario y permitiendo una más larga permanencia en su domicilio con una mayor calidad de vida (3).

En lo referente al afrontamiento familiar comprometido (10,6%), es el menos observado en este trabajo. En sus resultados no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas con ninguna de las variables. Por tanto, la importancia que adquiere dicho diagnóstico es bastante menor al CRC, debido a que no ha sido aún suficientemente investigado en nuestro medio sociocultural. No obstante, parece que en España sería necesario continuar profundizando en este diagnóstico, teniendo en cuenta la relación entre múltiples variables.

Como conclusión, comentar que los resultados de este estudio indican que, independientemente del grupo sociocultural de referencia, son las características del cuidador y no del contexto del cuidado las que mejor explican la problemática emocional de los cuidadores (1). Este tipo de estudios podría derivar en herramientas de análisis bastante certeras para determinar el riesgo de cansancio del rol del cuidador.

Limitaciones

Esta investigación tiene varias limitaciones. En primer lugar, el carácter descriptivo transversal del trabajo hace que no se pueda investigar la causa, por lo que los resultados de las variables relacionadas con el diagnóstico de cansancio en el rol de cuidador hay que interpretarlos como hipótesis causales. En segundo lugar, el hecho de que la fuente de datos sea la historia clínica hace que los resultados relativos a diagnósticos prevalentes describan no los diagnósticos prevalentes en pacientes sino los diagnósticos prevalentes en la práctica profesional enfermera.

Conclusiones

Desde el punto de vista de la práctica profesional, los diagnósticos más prevalentes en las personas cuidadoras de grandes discapacitados del Distrito Guadalquivir han sido, por orden de frecuencia, los siguientes: cansancio en el rol del cuidador, conductas generadoras de salud, riesgo de caídas, manejo inefectivo del régimen terapéutico, deterioro del patrón del sueño, conocimientos deficientes y afrontamiento familiar comprometido. Sin embargo, y como se ha podido observar anteriormente, no existen diferencias

significativas respecto a los porcentajes que determinan la presencia de dichos diagnósticos en las personas cuidadoras.

Con respecto a la relación del cansancio en el rol del cuidador con la edad, el sexo, tiempo, parentesco, conocimientos deficientes, conductas generadoras de salud, manejo inefectivo del régimen terapéutico, deterioro del patrón del sueño y afrontamiento familiar comprometido. En el presente estudio se ha encontrado que la prevalencia del siguiente diagnóstico: a) más grande en mujeres que en hombres; b) similar en cónyuges e hijas/os, teniendo estos dos grupos el triple de prevalencia a que otro tipo de parientes. Por tanto, solo se ha encontrado asociación estadística negativa entre el cansancio del rol del cuidador con parentesco (1) y el manejo inefectivo del régimen terapéutico. Por el contrario, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas con: sexo, edad, parentesco (2), conocimientos deficientes, deterioro del patrón del sueño, conductas generadoras de salud y afrontamiento familiar comprometido.

Con respecto a la relación del afrontamiento familiar comprometido con la edad, el sexo, tiempo, parentesco, conocimientos deficientes, conductas generadoras de salud, manejo inefectivo del régimen terapéutico, deterioro del patrón del sueño y cansancio en el rol del cuidador. La prevalencia del diagnóstico en el estudio ha sido: a) más frecuente en hombres que en mujeres; b) similar en cónyuges e hijas/os, estando en estos dos grupos la prevalencia doblemente disminuida que otro tipo de parientes. No obstante, ninguna de las anteriores diferencias es estadísticamente significativa junto con el resto de diagnósticos.

Bibliografía

- [1] Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa. Cómo mantener su bienestar. Madrid: IMSERSO; 2006. p. 17-51.
- [2] Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging* 2003; 18(2): 250-67.
- [3] Aramburu A, Izquierdo I. Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de alzhéimer y ancianos con patología no invalidante. *Rev Mult Gerontol* 2001; 11 (2): 64-71.
- [4] NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2007-2008. Madrid: Elsevier España; 2008.
- [5] Del Pino Casado R, Frias Osuna A, Palomino Moral PA, Millán cobo MD. Diferencias de género en la sobrecarga e implicación en el cuidado familiar de mayores dependientes. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* 2010; 3(2). [En línea] [fecha de acceso: 29 de mayo de 2012]. URL disponible en: <http://enfermeria-comunitaria.org/web/enfermeria-familiar-y-comunitaria/29-ri-dec/21-ridec-2010-volumen-3-numero-2.html?start=2>
- [6] Servicio Andaluz de Salud (SAS). Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005.
- [7] Vázquez Sánchez MA, Casals Sánchez JL, Aguilar Trujillo P, Aparicio Benito P, Estébanez Carvajal F, Luque Espejo A et ál. Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol del cuidador. *Enferm clin* 2005; 15(2): 63-70.
- [8] IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO; 2005.
- [9] Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit* 2008; 22(5): 443-450.
- [10] Álvarez L, González AM, Muñoz P. Cuidar al cuidador. [En línea] [fecha de acceso: 29 de mayo de 2012]. URL disponible en: <http://ocenf.org/Cantabria/Lourdes.htm>