



UNIVERSITAT DE BARCELONA



'i) EU d'Infermeria

TÍTOL DEL TREBALL

**EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN
LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE “SÍNDROME DE
ESTRÉS POR TRASLADO”**

Autor:

JOSE ALBERTO QUIPUSCOA PONCE

Tutor/a: M^a Teresa Icart Isern

Curs acadèmic 2010-2011

Màster Oficial de Lideratge i Gestió d'Infermeria



UNIVERSITAT DE BARCELONA



'i) EU d'Infermeria

La Dra. Maria Teresa Icart Isern, en qualitat de tutora del Projecte de recerca,
elaborat per el Sr..Jose Alberto Quipuscoa Ponce

amb el títol “Efectividad de las intervenciones de enfermería en la hospitalización de pacientes dependientes con diagnóstico “síndrome de estrés por traslado”,

dona el vist i plau a l'esmentat projecte per a la seva presentació i defensa.

I, perquè així consti, signo el present document a,

L'Hospitalet de Llobregat, 25 de abril de 2011

Dra. Maria Teresa Icart Isern

ÍNDICE

Pág.

Resumen	
INTRODUCCIÓN	1
MARCO CONCEPTUAL	1
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACION	4
PROBLEMA – PREGUNTA	5
OBJETIVOS	5
HIPOTESIS	5
METODOLOGIA	6
Diseño o tipo de estudio	6
Ámbito del estudio	6
Sujetos de estudio	6
Tamaño de la muestra	6
Variables del estudio	7
Recogida de datos	8
Instrumentos	9
Prueba piloto	9
ANALISIS DE DATOS	9
ASPECTOS ETICOS	10
DIFICULTADES Y LIMITACIONES	10
APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRACTICA	10

CRONOGRAMA	11
BIBLIOGRAFIA	12
ANEXOS	14
Anexo 1: Cuestionario Inicial	
Anexo 2: Cálculo de la muestra	
Anexo 3: Hoja de Recogida de Datos	
Anexo 4: Riesgo social – Escala de Valoración Socio-familiar	
Anexo 5: Índice de Barthel	
Anexo 6: Cribado de Deterioro Cognitivo – Test de Pfeiffer	
Anexo 7: Definición de las variables	
Anexo 8: Detalle de la variable independiente y dependiente	
Anexo 9: Criterios de resultados	
Anexo 10: Aspectos éticos	

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la efectividad de las intervenciones de enfermería sobre pacientes y/o cuidadores con diagnóstico NANDA de síndrome de estrés por traslado en la mejora de su preparación para el alta y en el afrontamiento de sus problemas.

Ámbito del estudio: Unidad de Gastroenterología/Endocrinología del Instituto Clínico de Enfermedades Digestivas y Metabólicas del Hospital Clinic de Barcelona.

Metodología: Diseño Cuasi-experimental, sin grupo control, de tipo pre y post test.

Participantes: Pacientes hospitalizados que cumplan criterios de inclusión y exclusión, durante un periodo de seis meses, aproximadamente 100.

Instrumentos: Cuestionario y entrevista, con aplicación previa de prueba piloto.

El análisis de datos se realizara por comparación pre y post test, así como intergrupos, además del análisis descriptivo de las variables.

Limitaciones y dificultades: Traslado del paciente a otro hospital o traslado interno durante el proceso y alteración del estado de conciencia antes del alta hospitalaria o al momento de realizar la tercera medición del instrumento.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de estrés por traslado, efectividad, intervenciones enfermeros, resultados enfermeros, cuidadores familiares, alta hospitalaria.

ABSTRACT:

Objective: To determine the effectiveness of nursing interventions on patient and/or caregivers diagnosed with NANDA stress syndrome due to transfer in the improvement of their preparation for the discharge and in the confrontation of their problems.

Research focus: Gastroenterology / Endocrinology Unit, Clinical Institute of Digestive and Metabolic Diseases at the Hospital Clinic of Barcelona.

Methodology: Pre and post test quasi-experimental design without control group.

Participants: Hospitalized patients complying with inclusion and exclusion criteria, for a six-month period, approximately 100.

Instruments: Pilot testing prior to questionnaire and interviews.

The analysis of information will be realized by pre and post test comparison, as well as intergroups, besides the descriptive analysis of variables.

Limitations and difficulties: Transfer of patient to another hospital or internal transfer during the process and alteration of the state of consciousness prior to the hospital discharge or when carrying out the third measuring of the instrument.

Key words: Relocation stress syndrome, effectiveness, nursing interventions, nursing outcomes, family caregivers, hospital discharge.

INTRODUCCION

En nuestro rol asistencial, la enfermería, constatamos el día a día como va aumentado la hospitalización de personas dependientes, ya sea por la edad o por su diagnóstico o pluripatología. Por ello, un número importantes de éstas, alejadas de su hogar y enfrentadas a un medio ambiente que para ellas es diferente, a veces hostil e impersonal, experimentan sentimientos de impotencia, angustia, temor, miedo a lo desconocido. Muy a menudo se evidencia mayormente al alta con el diagnóstico de enfermería del síndrome de estrés por traslado, tanto al paciente como a su cuidador/a principal o bien por separado. Es por ello importante que el profesional de enfermería esté preparado para valorar, diagnosticar y brindar la asistencia oportuna, y con ello aportar en disminuir la estancia hospitalaria y evitar las consecuencias que conlleva el estrés por traslado.

MARCO CONCEPTUAL

El síndrome de estrés por traslado (SET) es un diagnóstico de enfermería que se caracteriza por síntomas tales como ansiedad, confusión, desesperanza, soledad, miedo, impotencia, que ocurre por lo general a los adultos mayores poco después de mudarse de una residencia a otra (1). Según el manual de diagnósticos de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) lo define como alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro (2,3). Aunque el estado de ánimo deprimido, ansiedad y rol social alterado, prevalecen otros síntomas documentados que incluyen problemas gastrointestinales, la soledad, la tristeza, dificultades para dormir, aislamiento social y pérdida de peso (4). No obstante, los escasos estudios sobre este diagnóstico enfermero impiden conocer la prevalencia e incidencia del mismo, con lo que surge la dificultad de conocer el estado actual de este problema. Es la condición de "reacción" la que da lugar a calificar este problema como un diagnóstico enfermero y no médico, siguiendo la definición de diagnóstico enfermero: juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales/problema de salud reales o potenciales que

proporcionan la base de los cuidados para el logro de objetivos, de los que la enfermería es responsable (5).

De las personas afectadas de SET, el 50-79% presentan dependencia (NANDA, 1992). La población cada vez más envejecida, produce una mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas e incapacitantes, y con ello mayor porcentaje de individuos dependientes, que necesitarán ayuda para realizar las actividades básicas cotidianas como levantarse de la cama, asearse o comer, necesitando cada vez personas que se responsabilicen de los cuidados que demanda esta población. Estas necesidades son cubiertas, sobre todo, por miembros de la familia o por personas próximas a la persona dependiente y se denominan cuidadores familiares, también pueden ser llamados cuidadores informales, cuidadores no profesionales (6). La definición de cuidador familiar, puede ser: Persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad, o permite seguir viviendo de una manera confortable y segura a una persona que por razones de edad o incapacidad no es totalmente independiente (7).

La hospitalización representa en la mayoría de los casos una experiencia importante ya que supone un cambio en los patrones de su vida diaria. El paciente sufre un alto nivel de estrés, la enfermedad no sólo le afecta a él, sino que se extiende, muchas veces, al círculo familiar e incluso a ámbito social más próximo (8). Durante su ingreso en un hospital dependen totalmente del cuidado, conocimiento y experiencia de los profesionales que le atienden, que le son totalmente desconocidos, percibiendo diferentes tipos de amenazas emocionales en su bienestar relacionados con su enfermedad y con su capacidad de hacerle frente a la situación que están viviendo; por lo que es indispensable que la enfermera trate al paciente como un ser integral, no únicamente como un conjunto de procesos físicos (9).

Preguntas como: ¿Qué voy a hacer en casa?, ¿Cómo voy a moverle?, ¿A quién voy a preguntarle si surge algún problema?, ¿Quién me proporcionará el material?, ¿Podrá venir a casa alguna enfermera?, ¿Quién me pide la ambulancia?, ¿Cuándo tiene que venir a rehabilitación?, las escuchamos

asiduamente en el ámbito hospitalario. Debemos resolver estos problemas a los pacientes y sus cuidadores para conseguir los mejores resultados posibles para la salud, el bienestar de la población y el aumento de la satisfacción (calidad percibida) (10).

A pesar de todo lo señalado anteriormente, la perspectiva cultural no está suficientemente incluida en el diagnóstico y tratamiento de los problemas que pueden conllevar y, en concreto, las enfermeras no están preparadas para atender a pacientes y/o cuidadores de culturas diferentes, lo que implica que se sientan inseguras cuando cuidan a esta población (11,12).

Consideramos que la planificación temprana es la clave del éxito. Debemos asegurar la capacidad y deseo de la persona para que se involucre en la toma de decisiones y preguntarle hasta qué punto quiere estar implicado en su traslado. Es importante preguntarle qué quiere y cómo podemos ayudarle. Plantearnos la necesidad de hacer la entrevista de manera independiente a la persona y al cuidador, ya que a veces, la presencia de la familia puede cohibir al paciente. Hay que fortalecer los sistemas de apoyo y mejorar sus estrategias de afrontamiento, reconocer que el traslado es un tiempo de estrés (13-15).

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El síndrome de estrés por traslado se define como alteraciones funcionales y/o trastornos psicosociales como consecuencias de la transferencia de un ambiente a otro (16).

En un estudio sobre Encuesta nacional sobre Residencias para ancianos, se explica que a pesar de que puede haber estado viviendo en casa antes de una enfermedad aguda o lesiones que requieren hospitalización, muchos residentes de hogares de ancianos (46%) son admitidos directamente desde un hospital a un centro de cuidado a largo plazo (17).

En referencia a los efectos psicológicos más graves del traslado por lo general ocurren inmediatamente después del traslado. Los residentes que no querían ser internados en una institución de cuidados de largo plazo tienen las

respuestas más negativas, es por ello la valía de que enfermería fortalezca los sistemas de apoyo y las estrategias de afrontamiento al SET (18).

Walker nos informa que la incidencia del síndrome de estrés por traslado puede ser sobreestimado. Este estudio trató de validar los síntomas del SET de los adultos mayores que se habían mudado recientemente de su principal residencia a un centro de cuidado de larga estancia. La falta de identificar el estrés psicosocial relacionado al traslado puede retrasar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas y emocionales en los adultos mayores (1).

Y en otro estudio sobre metodología de cuidados en el abordaje al cansancio del cuidador del paciente incidente en programa de hemodiálisis, nos refieren que un 98% recibieron recomendaciones por escrito y de forma práctica, pero un 38,6% registró el diagnóstico de riesgo de estrés por traslado, con manifestaciones de desconfianza, preocupación y falta de seguridad al alta (19).

JUSTIFICACION (Pertinencia y relevancia)

La situación que se encuentran los pacientes hospitalizados y si son dependientes, evidencia la importancia de intervenir de una manera temprana, con el objetivo de prevenir las largas estancias y deterioro mayúsculo del adulto mayor y de su cuidador principal. Ayudar al paciente y/o cuidador a preparar el alta, coordinar los esfuerzos de los diferentes profesionales sanitarios para asegurar una alta oportuna, identificar lo que debe aprender el paciente sobre sus cuidados, determinar el grado de apoyo familiar y la implicación de ésta en los cuidados de la planificación, animando al paciente y familia a comentar preocupaciones respecto al traslado, podría disminuir el estrés y a mejorar la atención prestada a un colectivo tan relevante hoy por hoy en nuestra sociedad como son los adultos mayores y su grado de dependencia. Asimismo, ampliaremos la escasísima bibliografía concerniente a este diagnóstico enfermero y a la teoría enfermera aplicada en la resolución del mismo.

PROBLEMA – PREGUNTA

¿Son efectivas las intervenciones de enfermería de hospitalización en los pacientes dependientes y sus cuidadores en el diagnóstico enfermero “síndrome de estrés por traslado”?

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la efectividad de las intervenciones de enfermería sobre pacientes y/o cuidadores con diagnóstico NANDA de síndrome de estrés por traslado en la mejora de su preparación para el alta y en el afrontamiento de sus problemas, en la unidad de Gastroenterología/Endocrinología del Instituto Clínico de Enfermedades Digestivas y Metabólicas del Hospital Clinic de Barcelona.

ESPECIFICOS

1. Determinar las características demográficas de la población en estudio.
2. Determinar el porcentaje de pacientes y cuidadores que padecen SET.
3. Identificar los factores asociados al síndrome de estrés por traslado
4. Evaluar la preparación para el alta al ingreso y tras la intervención
5. Evaluar el afrontamiento de problemas al ingreso y tras la intervención
6. Evaluar la preparación del cuidador familiar domiciliario.

HIPOTESIS

La aplicación de las intervenciones de enfermería (aumentar los sistemas de apoyo, planificación precoz del alta y apoyo al cuidador principal) realizadas con antelación suficiente sobre pacientes y cuidadores que son diagnosticados con SET mejora significativamente los resultados enfermeros (preparación para el alta: vivir con apoyo, afrontamiento eficaz de problemas).

METODOLOGIA

Diseño

Cuasi experimental, sin grupo control, del tipo pre y post test.

Ámbito del Estudio

Hospital Clinic de Barcelona, un hospital universitario de tercer nivel, centro de referencia. Se desarrollará en la unidad de Gastroenterología/Endocrinología del Institut Clínic de Malalties Digestives y Metabòliques (ICMDM). Para determinar la muestra del estudio se realizarán con datos promedios de la Unidad, aplicándose a una población asistencial hospitalizada de 300 traslados en el periodo de 6 meses, de los cuales más del 50% tienen cuidador no remunerado y de ellos entrarán en la muestra los que presenten síndrome de estrés por traslado mediante la aplicación de un cuestionario inicial.

Sujetos de Estudio

Criterios de Inclusión:

- Paciente y cuidador no remunerado ingresado al área de hospitalización de la Unidad de Gastroenterología / Endocrinología del ICMDM, que tras realizar la valoración mediante un cuestionario (Anexo 1) por el investigador en el momento de la captación manifieste el diagnóstico de “Síndrome de estrés por Traslado” (según taxonomía NANDA).

Criterios de Exclusión:

- Pacientes cuya estancia sea inferior a tres días
- Alta del paciente a otro hospital o traslado interno.
- Pacientes con patología psiquiátrica, o con nivel de conciencia alterado
- Fallecimiento del paciente

Tamaño de la muestra

Ver Anexo de obtención de muestra (Anexo 2), la técnica será muestreo no probabilístico. En caso de que el número total de pacientes sea menor, entonces en ese caso se aplicará la recomendación del libro de Evaluación de

Normas de Calidad de los Procesos Asistenciales Integrados en Atención Especializada, editada por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, en su página 12 referente a la muestra necesaria, establece que por debajo de 30 casos/año, se captará el total de la población.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

1) Variables sociodemográficas (Anexo 3)

Edad: tiempo expresado en años, transcurrido desde el nacimiento del paciente/cuidador al momento del ingreso.

Sexo: que conste en el documento nacional de identidad del paciente/cuidador.

Estudios: formación académica finalizada en el momento del ingreso del paciente/cuidador.

Profesión: Actividad profesional ejercida por el paciente/cuidador habitualmente, antes de su ingreso.

Parentesco entre cuidador principal y paciente.

Riesgo social: Se medirá mediante escala de valoración socio-familiar. (Anexo 4)

Cuidador único.

Otros familiares dependientes a cargo de la cuidadora.

2) Variables intervinientes.

Nº de ingresos previos: entendiéndose como el número de veces que el paciente ha ingresado en el área hospitalaria, incluido este último, en el último año.

Autonomía para las actividades de la vida diaria (índice de Barthel- Anexo 5).

Cribado de deterioro cognitivo (test de Pfeiffer, versión española – Anexo 6)

Diagnóstico médico del paciente.

Patología asociada del cuidador.

Todas las variables anteriores están descritas en el Anexo 7.

3) Variable Independiente

Intervenciones de enfermería (NIC): Anexo 8

Disminución del estrés por traslado (5350)

Panificación del alta (7370)

Aumentar los sistemas de apoyo (5440)

Apoyo al cuidador principal (7040)

4) Variable Dependiente

Resultados de enfermería (NOC): Anexo 9

Preparación para el alta: vivir con apoyo (0312).

Afrontamiento de problemas (1302).

Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202).

Los resultados enfermeros se medirán mediante escala tipo Likert con puntuación de 1 a 4, donde el 1 corresponde a nunca demostrado y 4 siempre demostrado, tanto para los NOC afrontamiento de problemas y preparación para el alta. Para el NOC preparación del cuidador familiar domiciliario 1 corresponde a inadecuado y 4 completamente adecuado.

Recogida de Datos

En primer lugar para garantizar una recogida de datos en las mejores condiciones posibles aplicaremos la hoja del Anexo 3, así como la Escala de Criterios de Resultados (NOC). Para lo cual realizaremos la recogida en dos etapas:

1ra etapa: Después de estar hospitalizado más de tres días y tener cierto grado de dependencia, identificaremos el diagnóstico de síndrome de estrés por traslado mediante el cuestionario inicial (Anexo 1), que se aplicará tanto al paciente como al cuidador/a no remunerado. Una vez etiquetado dicho diagnóstico en paciente y/o cuidadora se recogerán sus datos demográficos, diagnóstico médico, autonomía para las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel – Anexo 5), cribado de deterioro cognitivo (Test de Pfeiffer versión española – Anexo 6).

2da etapa: Se realizará en dos momentos la evaluación de los criterios de resultados (NOC): preparación para el alta: vivir con apoyo, afrontamiento de problemas y preparación cuidador familiar domiciliario el día previo al alta, y

después otra medición a los 15 a 30 días del alta con los mismo criterios estando en su estancia habitual, previa cita por comunicación telefónica.

Para la medición de los criterios de resultados, se utilizarán los indicadores y escalas definidas por la Clasificación de resultados de enfermería (NOC – Anexo 9).

Instrumentos

Se aplicarán tanto entrevistas como cuestionario

Prueba piloto

Se aplicará a 6-7 pacientes y cuidadora, un 10% de la muestra final.

ANALISIS DE DATOS

Para el tratamiento de los datos estadísticos se elaborará una base de datos en Microsoft Excel para las variables definidas anteriormente y se analizarán con el programa informático SPSS v. 18

La comprobación de la hipótesis del estudio se realizará mediante el análisis de las variables:

1. Análisis descriptivo de las variables de estudio, para ello se utilizarán la distribución de frecuencias y porcentaje para las variables cualitativas y las medidas de tendencia central (media, desviación estándar y rango) para las variables cuantitativas. Se analizarán las relaciones entre las variables mediante técnicas de correlación o tablas de contingencia en función de su naturaleza.
2. Comparación de variables en función de su naturaleza. Se calcularán la normalidad de las variables para emplear los correspondientes test de hipótesis.
3. Se realizará un análisis de regresión lineal para las variables dependientes del estudio, con objeto de predecir su comportamiento en función de las variables independientes.

En todos los casos se considerará un nivel de significación para una $p < 0,05$.

ASPECTOS ETICOS

Para garantizar la confidencialidad de la información, los datos recogidos serán registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002; Ley 15/1999), ver Anexo 10.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Fallecimiento del paciente antes del alta hospitalaria.

Traslado del paciente a otro hospital o traslado interno durante el proceso.

Limitaciones para la generalización de los resultados.

Alteración del estado de conciencia antes del alta hospitalaria o al momento de realizar la tercera medición del instrumento.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

El motivo que nos ha llevado a tratar este tema, es que en nuestro trabajo asistencial diario, constatamos que existe una prevalencia importante sobre la presencia del diagnóstico “Síndrome de estrés del traslado”.

La aplicabilidad y utilidad práctica en el área de hospitalización pudieran establecerse en caso de verificarse la hipótesis de trabajo, de manera que se ofreciera al conjunto paciente-cuidador un programa de actividades durante su estancia hospitalaria referidas a la Panificación del alta, Disminución del estrés por traslado, Aumentar los sistemas de apoyo y al Apoyo al cuidador, de forma que contribuyamos a que los problemas generados en ambos, derivados del traslado se minimicen lo máximo posible.

Los resultados obtenidos serán aplicados en nuestra área de salud en los que la enfermería en su día a día interviene en forma conjunta con otros profesionales sobre los grupos más vulnerables hospitalizados como son: pacientes inmovilizados, deterioro cognitivo, personas en situación terminal, pluripatológicos, cuidadores principales de los grupos identificados, pacientes con necesidades tras el alta hospitalaria. Así mismo podría ser extensible la aplicación no solo a los pacientes de nuestra unidad sino a todos los pacientes hospitalizados con Síndrome de Estrés del Traslado.

Por otro lado pensamos que este tipo de estudios puede repercutir en una mejora cualitativa de la asistencia que prestamos y en una mayor satisfacción del paciente con el servicio que recibe, así como indirectamente en no alargar la estancia hospitalaria.

CRONOGRAMA

2011 Setiembre: Reunión con responsable del Instituto Clínico y presentación del proyecto al Comité Ético del Hospital para dar viabilidad a su ejecución.

Noviembre: Actualización de la bibliografía y preparación del cuestionario.

2012 Enero: Aplicación de la prueba piloto del cuestionario en la Unidad de Hospitalización.

Marzo: Inicio de la aplicación de los instrumentos a los pacientes seleccionados, durante los seis meses siguientes (son tres mediciones en tiempos diferentes de la hospitalización y post al alta).

Noviembre: Tabulación y análisis de datos de los resultados.

2013 Marzo: Elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Mayo: Redacción del borrador.

Julio: Revisión y corrección del borrador.

Setiembre: Actualización final de la bibliografía.

Octubre - Diciembre: Elaboración de informe final, poster y artículo original.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Walker CA, Cox Curry L, Hogstel MO. Relocation stress syndrome. In older adults transitioning from home to a long-term care facility. Myth or reality? *Journal of Psych Nursing* 2007; 45 (1)
2. Roman B, Roman S. Relocation Stress Syndrome (RSS). En: *The 6th International Conference: Families in Global Transition* [en línea] 2004 [fecha de acceso 27 de enero de 2006] URL disponible en:www.figt.org/conf2004/tranrep.php
3. Knoop M. Is relocation stress a syndrome? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2008; 46(1):13
4. Kao HS, Travis SS, Acton GJ. Aging matters. Relocation to a long-term care facility: working with patients and families before during, and after. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services.* 2004; 42(3):10-6
5. Pértiga Andía EM, López Rouco M, Hospital Moreno A, Baonza García S. Efectividad de un programa formativo en enfermería transcultural sobre aspectos de la salud mental en hijos de inmigrantes entre 12 y 17 años diagnosticados de Síndrome de Estrés por traslado. *NURE Inv. (Revista en Internet)* 2010 Ene-Feb (consultado el 14 de enero 2011); 7 (44): Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyenftrans44.pdf
6. Ballester Ferrando D, Juvinyà Canal D, Brugada Motjé N, Doltra Centellas J, Domingo Roura A. Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. *Rev Presencia* 2006; 2(4).
7. Frías Osuna A, Pulido Soto A. Cuidadores familiares en pacientes en domicilio. *Index Enferm* 2001; 10(34): 27-32
8. Pérez Rodríguez MC, Espino Villafuerte ME. Cuidados de Enfermería en Urgencias con el Marco de Referencia de Betty Neuman. *Desarrollo científ Enferm* 2004; 12(4): 108-112
9. Medina Carmona A, Cañas Fuentes MA. Efectividad de las intervenciones de las enfermeras gestoras de casos hospitalarias en los pacientes dependientes y sus cuidadoras en el diagnóstico enfermero "síndrome de estrés del traslado". *Biblioteca Lascasas,* 2008; 4(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0318.php> Consultado el 6 de enero del 2011.

10. Arqueros Pérez F, Fernández Bono R, Galdeano Rodríguez N, García Arrabal JJ, Godoy Fernández A, Moreno López JM et al. Unidad de coordinación asistencial: un servicio a los ciudadanos gestionado por enfermeras. Alborán 2003; 2(supl): 3-7
11. Plaza del Pino FJ, Martínez Gálvez L, Rodríguez Alonso J, Plaza del Pino MD. Visión de los profesionales de Enfermería sobre los pacientes marroquíes. Metas de enferm. 2007; 10(10): 27-30.
12. Leno González D, Leno González JL, Lozano Guerrero MJ. Aspectos socioculturales con influencia en la salud y la enfermedad: repercusión en los cuidados enfermeros. Metas de enferm. 2007; 10(9); 58-64.
13. Hertz JE, Rossetti J, Koren ME, Robertson JF. Management of relocation in cognitively intact older adults. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Center, Research Dissemination Core; 2005 May. 63p
14. Strang VR, Koop PM, Dupuis Blanchard, Nordstrom M, Thompson B. Family caregivers and transition to long-term care. Clinical Nurs Res. 2006 feb; 15(1): 27-45
15. Mallick MJ, Whipple TW. Validity of the nursing diagnosis of relocation stress syndrome. Nurs Res. 2000; 49(2): 97-100
16. Manion PS, Rantz MJ. Relocation stress síndrome: A comprehensive plan for long-term care admissions. Geriatric Nursing 1995; 16: 108-112
17. Jones A. The national nursinghome survey: 1999 summary. Vital and statistics series 13 2002; 1-116
18. Mikhail ML. Psychological responses to relocation to a nursing home. Journal of Gerontological Nursing 1992; 18(3): 35-39
19. López ST, Amoedo CM, Toro PF, Pérez DM, Chozas LM. La metodología de cuidados en el abordaje al cansancio del cuidador del paciente incidente en programa de hemodiálisis. Rev Soc Enferm Nefrol 2010; 13(3): 190-4

ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario inicial

N° de registro----- N° de Historia----- Nombre de Cuidadora-----	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto; padding: 10px;"> Etiqueta Identificativa </div>	
	Paciente	Cuidadora
No acepta traslado a nueva residencia.		
Verbaliza sensación de inseguridad.		
Refiere síntomas de estrés: ansiedad, miedo, preocupación, pesimismo, trastornos del sueño.		
No tiene conocimiento del tratamiento.		
No tiene conocimiento de la enfermedad.		
No tiene conocimiento de los cuidados.		
No se siente capaz de dar los cuidados en el domicilio.		

Consideramos que existe el diagnóstico “Síndrome de estrés del traslado” cuando nos encontremos con el siguiente resultado:

Paciente mayor de 3 ítems.

Cuidadora mayor o igual a 3 ítems.

ANEXO 2: CÁLCULO DE LA MUESTRA

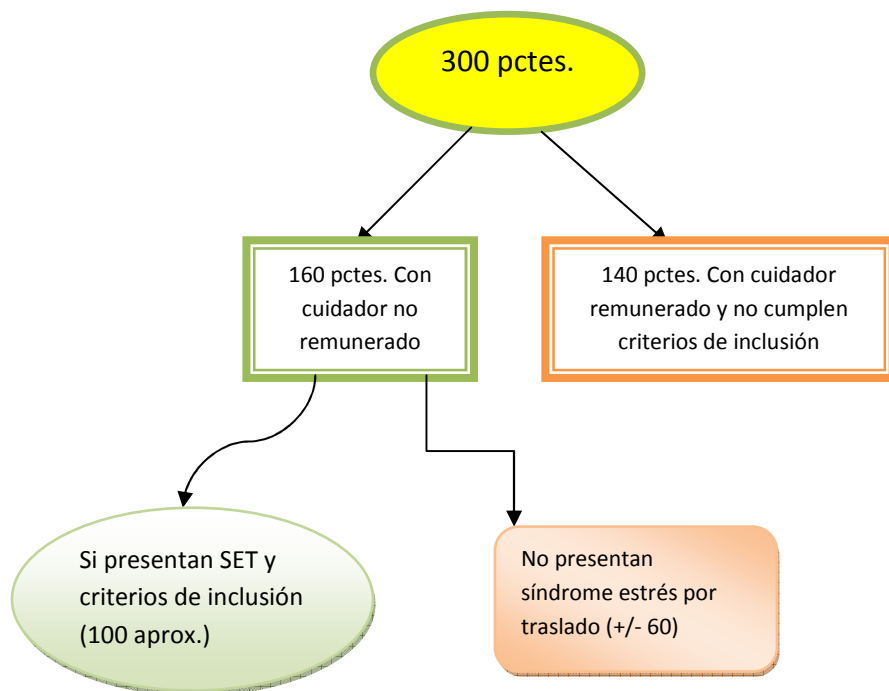
El cálculo de la muestra se realiza con valores aproximados.

Cada mes reciben el alta 75 pacientes y por ende, el trabajo se realizará en un tiempo espacial de 6 meses. De los cuales serían alrededor de 50 pacientes que realizan traslado a su domicilio o a una residencia de estancia larga. Por lo tanto tendremos una población diana de 300 en el lapso de los 6 meses.

Aclaremos que tendremos en cuenta para seleccionar nuestra muestra que un paciente es igual a un cuidador/a no remunerado.

De los 300, seleccionaremos a los que tienen cuidador no remunerado y cumplen los demás requisitos de inclusión/exclusión.

Calculamos que aproximadamente nos quedaremos con un total de 160, de los cuales aplicaremos nuestros instrumentos de la investigación a todos los que presenten síndrome de estrés por traslado, ya sea al paciente y/o cuidadora. Deberíamos quedarnos con una muestra aproximada entre 60-100 pacientes.



GE ■ 01 X 02 → TRaslado → 03

ANEXO 3: Hoja de recogida de datos

Nº de registro----- Nº de Historia----- Nombre de Cuidadora----- Alta-----	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;">Etiqueta Identificativa</div>	
	PACIENTE	CUIDADORA
Fecha de captación		
Edad		
Sexo: 1. Hombre 2. Mujer		
Estado civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Separado		
Estudios: 1. Analfabeto 2. Sin estudios 3. Primarios 4. Secundarios 5. universitario		
Profesión: 1. Estudiante 2. Desempleado 3. Incapacitado 4. Activo 5. Jubilado 6. Ama de casa		
Diagnóstico Médico		
Patología asociada de la cuidadora		
Nº Ingresos en el último año.		

<p>Indice de Barthel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0-20 dependencia total. 2. 21-60 dependencia severa. 3. 61-90 dependencia moderada. 4. 91-99 dependencia escasa. 5. 100Independiente. 		
<p>Pfeiffer-errores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 0-4 (no sospecha deterioro cognitivo) 2. 5 o más (sospecha deterioro cognitivo) 		
<p>Parentesco</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Padre/madre 2. Hijo/a 3. hijo/a político 4. cónyuge 5. Otros. 		
<p>Riesgo social-escala de valoración sociofamiliar (Anexo 5)</p>		
<p>Cuidador único</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 		
<p>Otros familiares dependientes a su cargo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Si-misma vivienda 3. Si-distinta vivienda 		

ANEXO 4: Riesgo social - Escala de Valoración Sociofamiliar

A. Situación familiar	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive sol y carece de hijos o viven alejados	5

B. Situación económica	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI-FAS- pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5

C. Vivienda	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada(chabola, vivienda declarada en ruinas, ausencia de equipamientos mínimos)	5

D. Relaciones sociales.	
Relaciones sociales	1
Relaciones sociales sólo con familia y vecinos	2
Relaciones sociales sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5

D. Apoyo de la red social.	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en una residencia geriátrica	4
Necesita cuidados permanentes	5

El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor 16.

ANEXO 5: INDICE DE BARTHEL

Actividad	Categoría	Puntos
1 Alimentación	Independiente (capaz usar cualquier instrumento, come tiempo razonable)	10
	Necesita ayuda (para cortar, extender mantequilla)	5
	Dependiente	0
2 Baño	Independiente (se lava completo en ducha o baño, entra y sale solo)	5
	Necesita ayuda	0
3 Aseo personal	Independiente (se lava cara, manos y dientes, se afeita, maneja enchufes)	5
	Necesita ayuda	0
4 Vestirse	Independiente (se viste, se desnuda, ajusta ropa, ata zapatos)	10
	Necesita ayuda (realiza al menos la mitad de las tareas tiempo razonable)	5
	Dependiente	0
5 Control anal	Continente (no episodios incontinencia. Si enemas/suposit. se arregla solo)	10
	Incontinente ocasional (episodios incontinencia. Enemas/ Supositorio ayuda)	5
	Incontinente	0
6 Control vesical	Continente (no episodios incontinencia. Si sonda o colector se cuida solo)	
	Incontinente ocasional	5
	Incontinente	0
7 manejo inodoro	Independiente (usa retrete-cuña, se sienta, levanta solo / barras, se limpia)	10
	Necesita ayuda (para mantener el equilibrio para limpiarse o poner/quitar ropa)	5
	Dependiente	0
8 Traslado sillón-cama	Independiente (no necesita ayuda, si usa silla ruedas lo hace independiente)	10
	Necesita ayuda (realiza al menos la mitad de las tareas tiempo razonable)	5
	Dependiente	0
9 Deambulación	Independiente (camina al menos 50 m. Independiente aunque use bastón)	15
	Necesita ayuda (puede caminar 50m. Pero con ayuda o supervisión)	10
	Independiente silla de rueda (propulsa su silla al menos 50m)	5
	Dependiente	0
10 Escaleras	Independiente (sube/baja sin supervisión, usa barandillas, instr. De apoyo)	10
	Necesita ayuda (física o supervisión para subir/bajar)	5
	Dependiente	0
Puntuación Total		

0-20 dependencia total.
 21-60 dependencia severa.
 61-90 dependencia moderada.
 91-99 dependencia escasa.
 100 Independiente

**ANEXO 6: CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER
VERSIÓN ESPAÑOLA**

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ANEXO 7: Definición de las variables

Variable	Naturaleza	Valor
Edad	Cuantitativa	Discreta
Sexo	Cualitativa	Dicotómica: hombre - mujer
Estado civil	Cualitativa	Policotómica: soltero – casado – viudo - separado
Parentesco con el paciente	Cualitativa	Policotómica: Padre/madre-Hijo/a-hijo/a político-cónyuge-otros.
Estudios	Cualitativa	Policotómica: analfabeto (no sabe leer ni escribir)-sin estudios (sabe leer, no terminó estudios básicos)-primarios-secundarios-universitarios.
Profesión	Cualitativa	Policotómica: Estudiante-Desempleado-Incapacitado-Activo-jubilado-Ama de casa.
Riesgo social	Cuantitativa	Discreta
Cuidador único	Cualitativa	Dicotómica: si/no
Otros pacientes dependientes a cargo de la cuidadora	Cualitativa	Policotómica: No-misma vivienda-otra vivienda
Número de ingresos	Cuantitativa	Discreta
Test de pfeiffer	Cuantitativa	Discreta: 0-4 errores (no sospecha de deterioro cognitivo)- 5 o más errores (sospecha de deterioro cognitivo)
Índice de Barthel	Cuantitativa	Discreta: 0-20 dependencia total. 21-60 dependencia severa. 61-90 dependencia moderada. 91-99 dependencia escasa. 100 Independiente.
NOC:1302 Afrontamiento de problemas	Cuantitativa	Discreta
NOC:0312 Preparación para el alta : Vivir con apoyo	Cuantitativa	Discreta
NOC:2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	Cuantitativa	Discreta

ANEXO 8: Detalle de la Variable Independiente como de la Dependiente

1) Variable Independiente

Intervenciones de enfermería (NIC):

Panificación del alta (7370):

- * Ayudar al paciente/familiar/ser querido a preparar el alta
- * Colaborar con el médico, paciente, familiar, ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados
- * Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar un alta oportuna.
- * Comunicar al paciente/cuidadora los planes de alta si procede.
- * Identificar lo que debe aprender el paciente/cuidadora para los cuidados posteriores al alta.
- * Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarias por parte del paciente y cuidador principal para poner en práctica después del alta.

Disminución del estrés por traslado (5350):

- * Animar al individuo y la familia a comentar las precauciones respecto al traslado.
- * Fomentar la búsqueda de asesoramiento individual y/o familiar si procede.
- * Controlar la presencia de signos y síntomas fisiológicos y psicológicos por estrés de traslado (por Ej.: ansiedad, depresión, aumento de exigencias y desesperanza)
- * Valorar la necesidad/deseo del individuo de apoyo social.
- * Evaluar los sistemas de apoyo disponibles

Aumentar los sistemas de apoyo (5440):

- * Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- * Determinar el grado de apoyo familiar
- * Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación.
- * Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

Apoyo al cuidador principal (7040):

- * Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- * Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- * Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- * Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- * Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- * Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- * Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.
- * Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo.
- * Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono

2) Variable Dependiente

Resultados de enfermería (NOC):

Preparación para el alta: vivir con apoyo (0312).

- o 031201 Necesidad de soporte profesional.
- o 031203 Orientado con los cuidados en la nueva residencia.
- o 031204 Acepta el traslado a la nueva residencia.

Afrontamiento de problemas (1302).

- o 130203 Verbaliza sensación de control.
- o 130214 Verbaliza la necesidad de asistencia.
- o 130215 Busca ayuda profesional de forma apropiada.

Preparación del cuidador familiar domiciliario(2202).

- o 220205 Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados.
- o 220206 Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado.
- o 220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento.
- o 220215 Confianza en la capacidad de controlar la atención domiciliaria.

ANEXO 9: CRITERIOS DE RESULTADO

1. Afrontamiento de problemas (1302).

Dominio: salud psicosocial (III)

Destinatario de los cuidados.

Clase: Adaptación psicosocial (N)

Fuente de datos Escalas(s):

Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m)

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

PUNTUACION DIANA DE RESULTADOS				
Afrontamiento de problemas (1302)	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Siempre demostrado
130203: verbaliza sensación de control	1	2	3	4
130214: Verbaliza la necesidad de asistencia	1	2	3	4
130215 Busca ayuda profesional de forma apropiada	1	2	3	4

Puntuación > 9 considerar el diagnóstico

2. Preparación para el alta: Vivir con apoyo (0312).

Dominio: salud funcional (I)

Destinatario de los cuidados.

Clase: Autocuidado (D)

Fuente de datos

Escalas(s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m)

Definición: Preparación de un paciente para volver de una institución de asistencia sanitaria a un nivel más bajo de soporte en su vida.

PUNTUACION DIANA DE RESULTADOS				
Preparación para el alta: vivir con apoyo (0312)	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Siempre demostrado
031201:Necesidad de soporte profesional	1	2	3	4
031203:Orientado con los cuidados en la nueva residencia	1	2	3	4
031204: Acepta el traslado a la nueva residencia	1	2	3	4

Puntuación > 9 considerar el diagnóstico

3. Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202).

Dominio: salud familiar (VI)

Destinatario de los cuidados.

Clase: Ejecución del cuidador familiar (W)

Fuente de datos

Escalas(s): Inadecuado hasta Completamente adecuado (f)

Definición: Grado de preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliar de un miembro de la familia.

PUNTUACION DIANA DE RESULTADOS				
Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202)	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Siempre demostrado
220205: Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de cuidados	1	2	3	4
220206: Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado	1	2	3	4
220209: Conocimiento de cuidados en el seguimiento	1	2	3	4
220215: Confianza en la capacidad de controlar la atención domiciliar	1	2	3	4

Puntuación > 12 considerar el diagnóstico

ANEXO 10: ASPECTOS ETICOS

Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de los participantes se han tomado las siguientes medidas:

- ✓ Todos los datos que puedan identificar al participante se mantendrán separados del resto de la información clínica recogida en el estudio.
- ✓ Cada caso del estudio contará con un número de identificación que será el que figure en las bases de datos.
- ✓ El análisis de la información se hará de forma agregada y nunca individual.
- ✓ Todos los investigadores implicados en el proyecto se comprometen a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por los participantes.
- ✓ Los datos personales se desvincularán permanentemente de los datos clínicos con el fin de proteger la identidad de los participantes (método de anonimización de los datos).
- ✓ Todas las bases de datos del proyecto estarán protegidas electrónicamente con códigos que limiten el acceso únicamente a los investigadores del proyecto.