PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Predictores de las necesidades no cubiertas de personas mayores dependientes sin deterioro cognitivo en Chile

RAFFAELA DE LA CRUZ CARVACHO FORMAS

Profesores Guía: Álvaro Javier Verges Gomez, PhD.

Claudia Andrea Miranda Castillo, PhD.

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud.

Noviembre, 2019

Santiago, Chile

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Predictores de las necesidades no cubiertas de personas mayores dependientes sin deterioro cognitivo en Chile

RAFFAELA DE LA CRUZ CARVACHO FORMAS

Profesor Guía: Álvaro Javier Verges Gomez, PhD.

Asesora externa: Claudia Andrea Miranda Castillo, PhD.

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud.

Noviembre, 2019

Santiago, Chile

A mi abuela Teresa

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis guías de tesis, Alvaro Verges y Claudia Miranda por todo el apoyo y tiempo dedicado en este proceso.

También quiero expresar mi enorme gratitud hacia mis amigos y familia que me acompañaron y ayudaron en este año.

Pero especialmente, agradezco a las personas mayores y sus familias, quienes accedieron a participar de este estudio, y tuvieron la generosidad de compartir su tiempo para ayudar a visibilizar la realidad de las personas mayores dependientes y sus cuidadores o cuidadoras en este país.

Índice

Resumen de la Tesis.....1

Introducción a la Tesis.....1

Resumen.....5

Introducción.....7

Material y Método.....10

Resultados.....20

Discusión.....31

Referencias.....38

Anexos.....46

Índice de Tablas

Tabla 1 Características Demográficas y Clínicas de las Personas Mayores……...22

Tabla 2 Características Demográficas y Clínicas de los Cuidadores Informales……...24

Tabla 3 Correlaciones entre las variables pertenecientes a la Persona Mayor con dependencia……...….….26

Tabla 4 Correlaciones entre las variables pertenecientes al Cuidador Informal.....27

Tabla 5 Análisis de Regresión Jerárquica: Predictores de Necesidades no cubiertas en la Persona Mayor dependiente sin deterioro cognitivo.....30

Índice de Figuras

Figura 1 Identificación, inclusión, exclusión y reclutamiento de participantes.....11

Figura 2 Frecuencia de Necesidades Cubiertas y No Cubiertas de la Persona Mayor con dependencia.....25

Figura 3 Necesidades no cubiertas de acuerdo al nivel de escolaridad de la Persona Mayor.....28

Resumen de la Tesis

El presente estudio se propuso identificar las necesidades no cubiertas de personas mayores dependientes sin deterioro cognitivo, determinando la capacidad predictiva de factores personales y de su cuidador informal principal. Este objetivo se hace relevante en un contexto marcado por el aumento del envejecimiento y la prevalencia de la dependencia, y donde no se maneja suficiente información local de carácter multidimensional e integral sobre dicha población. Asimismo, se requiere visibilizar la percepción de las mismas personas mayores con respecto a su salud, y cómo ésta se relaciona con factores del cuidador informal.

Para ello, se empleó el instrumento Camberwell Assessment of Need in the Elderly (CANE). Se realizaron encuestas a 31 diadas de personas mayores y sus cuidadores, evaluando en la persona mayor necesidades cubiertas y no cubiertas, cantidad de medicamentos que consume, calidad de vida, escolaridad, apoyo social, sintomatología ansiosa y depresiva. En el cuidador se evaluaron apoyo social, sobrecarga, sintomatología ansiosa y depresiva. Con dicha información, se hizo un análisis correlacional y se llevó a cabo una Regresión Jerárquica que compara un modelo que incluye las características de la persona mayor y uno que agrega las características de su cuidador informal. Finalmente, se observó que los predictores significativos asociados al número de necesidades no cubiertas fueron la sintomatología ansiosa de la persona mayor y su nivel educacional. El modelo con mayor capacidad predictiva fue el que solo tenía factores de la persona mayor.

En definitiva, en Chile las personas con dependencia leve y moderada sin deterioro cognitivo y sus cuidadores enfrentan un vacío de atención en relación a su salud mental. Asimismo, se releva la importancia de visibilizar e intervenir las necesidades psicológicas y sociales de las personas mayores, para así promover su salud y bienestar.

Introducción a la Tesis

El mundo está envejeciendo y este envejecimiento demográfico también se observa en Chile, pero en este contexto se caracteriza particularmente por su acelerado avance (1).

Con 18 millones de habitantes, Chile tiene un 17.5% de población adulta mayor, de la cual se estima que -para el 2050- alcanzará un 32.9% del total poblacional (2,3). Dichos avances han de ser celebrados, sin embargo, el aumento de la población envejecida también genera necesidades y desafíos que demandan apoyo por parte de los sistemas formales e informales de cuidado (1,4).

Uno de los desafíos que aumentan en relación al envejecimiento demográfico es la dependencia y los cuidados a largo plazo, dado que este fenómeno aumenta con la edad (5). Según SENAMA (6), la dependencia se define como un fenómeno específico de discapacidad, es decir, una limitación del individuo para realizar determinadas actividades, que además se suma a la necesidad de ayuda personal o técnica de un tercero, en relación a factores del contexto ambiental. Considerando dicha definición, este fenómeno se hace presente en el día a día del adulto mayor dependiente; pudiendo afectar significativamente la calidad de vida de la persona mayor (4).

Aproximadamente uno de cada cinco adultos mayores presenta algún grado de dependencia, en tanto los estudios nacionales arrojan prevalencias que fluctúan alrededor del 20% en población mayor de 60 años (2,6,7). Según la Encuesta Nacional de Dependencia, la dependencia es severa en la mitad de los casos (51.3%), seguida por la dependencia leve (27.6%), y luego la dependencia moderada (21.0%) (6). Según otras fuentes (que usan instrumentos diferentes) la dependencia severa varía entre un 3.7 y un 12.8%; la dependencia moderada entre un 2.9 y 6.2; y la leve entre un 4.5 y 6.1% (2,8). Es decir, el nivel de dependencia identificado varía de acuerdo al instrumento empleado.

Ahora bien, en Chile, los cuidados a largo plazo y el abordaje de dichas necesidades ha recaído tradicionalmente en los sistemas de apoyo informal, especialmente en la familia y la mujer, lo que a su vez tiene costos para la calidad de vida de las personas que son parte de este sistema, así como para su capacidad de trabajo y productividad (9,10).

Frente a este contexto, los sistemas de cuidado formal social y a nivel de sistema de salud están llamados a realizar evaluaciones integrales (4), debido a que los problemas de salud que enfrentan las personas mayores son cada vez más complejos, asociados a enfermedades crónicas, polifarmacia y dependencia de cuidados; fenómenos que se

interrelacionan y son afectados por factores que se encuentran fuera del sistema de salud (4). Por ello, una evaluación que no abarca esta multiplicidad de factores (que no va más allá de la atención médica) no es capaz de abordar e intervenir adecuadamente las problemáticas de la persona mayor (11). En este sentido, una adecuada evaluación de las necesidades del paciente debe ser multidimensional, involucrando aspectos sociales, económicos y culturales (12,13).

Actualmente, dicha evaluación se realiza a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor [EMPAM], que analiza factores de riesgo, morbilidad, funcionalidad en la población mayor (14). No obstante, más allá de la identificación de patologías, factores de riesgo, y/o nivel de funcionalidad, evaluar adecuadamente las necesidades cubiertas y no cubiertas de las personas mayores puede permitir la elaboración o derivación de intervenciones adaptadas al individuo (15). Este planteamiento surge desde el Enfoque basado en la intervención, el cual propone una definición propia de las necesidades cubiertas y no cubiertas. Por un lado, una necesidad cubierta se entiende como la situación en la que el individuo tiene dificultades en un área particular, pero estas dificultades son adecuadamente satisfechas; por el otro, una necesidad no cubierta existe cuando no se está recibiendo el nivel adecuado de evaluación o cuidado (16). Dividir las necesidades en cubiertas y no cubiertas incorpora intrínsecamente la noción de intervención, lo que permite conectar directamente la evaluación y el proceso de toma de decisiones en el diseño de un plan de cuidados individualizado. Además, el Enfoque basado en la intervención busca especialmente identificar las brechas de atención que existen entre las necesidades cubiertas y no cubiertas, puesto que esta diferencia permite describir directamente en qué medida las intervenciones disponibles están logrando efectivamente sus objetivos (16).

Este enfoque, a su vez, se enmarca en el Enfoque de atención centrada en el Paciente, el cual enfatiza en reconocer a cada paciente como una persona única, con sus propias creencias, emociones y necesidades, de manera que el prestador de salud sea consciente de ello y sea capaz de explorar dichos elementos y hacerlos parte de las intervenciones a implementar (17).

Para realizar una evaluación de necesidades desde este enfoque, que visibilice la percepción propia de la persona mayor, existe el instrumento Camberwell Assessment of Need in the Elderly (CANE) (18), que surge como una alternativa que podría arrojar información multidimensional, a modo de una evaluación integral. En base a dichos antecedentes, el objetivo principal del presente estudio fue identificar las necesidades no cubiertas de personas mayores dependientes sin deterioro cognitivo, determinando la capacidad predictiva de factores personales y de su cuidador informal principal. Para ello, los objetivos específicos fueron: (1) Identificar las necesidades cubiertas y no cubiertas en personas mayores dependientes. (2) Determinar factores predictores del número de necesidades no cubiertas de la persona mayor dependiente. (3) Determinar la capacidad predictiva de las características personales de la persona mayor y del cuidador con respecto a las necesidades no cubiertas.

Se realizaron encuestas a 31 diadas de personas mayores y sus cuidadores, evaluando en la persona mayor necesidades cubiertas y no cubiertas, cantidad de medicamentos que consume, calidad de vida, escolaridad, apoyo social, sintomatología ansiosa y depresiva. En el cuidador se evaluaron apoyo social, sobrecarga, sintomatología ansiosa y depresiva. Con ello, se hizo un análisis correlacional y se llevó a cabo una Regresión Jerárquica que compara un modelo con las características de la persona mayor y uno que agrega las características de su cuidador informal. Finalmente, se observó que el mejor predictor del número de necesidades no cubiertas fue la sintomatología ansiosa de la persona mayor, y el modelo con mayor capacidad predictiva fue el que solo tenía factores de la persona mayor. No obstante, este estudio cuenta con varias limitaciones que llaman a considerar sus resultados con cautela; entre ellos, en los anexos se puede encontrar un análisis detallado del cumplimiento de supuestos estadísticos por parte del modelo. Allí también se encuentran los instrumentos empleados para la recolección de datos, e información adicional de los resultados de este estudio.

Predictores de las necesidades no cubiertas de personas mayores dependientes sin deterioro cognitivo en Chile

Resumen

Introducción: Aproximadamente uno de cada cinco adultos mayores chilenos presenta algún grado de dependencia. Aunque existe evidencia anglosajona sobre cómo se manifiestan las necesidades de estas personas mayores, se maneja muy poca información sobre población latinoamericana y chilena.

Objetivo: Identificar las necesidades de personas mayores dependientes sin deterioro cognitivo y qué factores personales y del cuidador informal actúan como predictores de las mismas.

Metodología: Estudio transversal, con una muestra de 31 diadas de personas mayores y su cuidador. Se aplicaron encuestas a cada uno; evaluando en la persona mayor características sociodemográficas, necesidades cubiertas y no cubiertas, calidad de vida, apoyo social, sintomatología ansiosa y depresiva. En el cuidador se evaluaron apoyo social, sobrecarga, sintomatología ansiosa y depresiva. Se llevó a cabo una Regresión Jerárquica para comparar un modelo que incluyó solo las características de la persona mayor y uno que agrega las características del cuidador.

Resultados: Las necesidades no cubiertas más frecuentes fueron “Actividades diarias” (45,2%), “Compañía” (32,3%), y “Malestar psicológico” (32,3%). Los predictores que se asociaban significativamente al número de necesidades no cubiertas fueron la sintomatología ansiosa de la persona mayor y su nivel educacional. El modelo con mayor capacidad predictiva fue el que solo tenía factores de la persona mayor.

Discusión: Se destaca la necesidad de evaluar e intervenir las necesidades psicosociales de las personas mayores dependientes sin deterioro cognitivo. El alto nivel de necesidades psicosociales no cubiertas observado apunta a la falta de una mayor oferta de atención para esta población, especialmente para personas con dependencia leve, y en términos de salud mental.

Palabras Clave: Persona Mayor, Evaluación de Necesidades, Dependencia, Cuidador Informal, Necesidades Psicosociales.

Predictors of unmet needs of dependant older people without cognitive impairment in Chile

Abstract

Introduction: Approximately one in five Chilean older adults has some degree of dependence. Although there is European evidence on how the needs of these population tends to unfold, there is very little information about the Latin American and Chilean population.

Objective: To identify the needs of dependent elderly people without cognitive impairment and to determine which personal and informal caregivers factors act as predictors of them.

Methodology: This was a cross-sectional study, with a sample of 31 dyads of older people and their informal caregiver. Surveys were applied to each one. Older people's needs, demographic characteristics, quality of life, social support, anxious and depressive symptoms were assessed. Also, caregiver's social support, overload, anxious and depressive symptoms were evaluated. A hierarchical regression was carried out to compare a model with the characteristics of the older person to one that adds the characteristics of the caregiver.

Results: The most frequent unmet needs were "Daily activities" (45.2%), "Company" (32.3%), and "Psychological distress" (32.3%). The significant predictors of the high number of unmet needs was older person's high level of anxiety symptoms, and high educational level. The model with the greatest predictive capacity was the one that only included factors of the elderly.

Discussion: The need to evaluate and intervene in relation to psychosocial needs of dependent elderly people without cognitive impairment is highlighted. The high level of

psychosocial unmet needs points to the lack of formal and informal support for this population, especially for people with mild dependence, and about their mental health.

Key words: Older people, Needs Assessment, Dependant patient, Informal Caregiver, Psychosocial Needs.

Introducción

El acelerado aumento en la expectativa de vida de la población chilena implica nuevos desafíos, entre los cuales destaca la dependencia y el requerimiento de cuidados a largo plazo, para lo cual Chile aún no está suficientemente preparado (1). La prevalencia de la dependencia fluctúa alrededor de un 20% en población mayor (2,6,19) y se espera que este grupo aumente (5).

Para responder de forma oportuna y eficiente a estos desafíos, se requiere un abordaje integral de las necesidades de las personas mayores (4). Dicho abordaje recae sobre sistemas de cuidado, tanto formales como informales, que deben ser capaces de responder de forma dinámica a las necesidades físicas, ambientales, sociales y psicológicas de la persona mayor (11,15,20). Desde este punto de vista, se requieren instrumentos de evaluación centrados en la persona, que sean multidimensionales, válidos y fiables, y que permitan orientar respecto a las intervenciones que deben llevarse a cabo con la persona mayor y su entorno (21). En esta línea, la evaluación de necesidades centrada en la persona y desde un Enfoque basado en la Intervención, puede mejorar la sobrevivencia y el funcionamiento de la persona mayor cuando se asocia a un manejo a largo plazo (15,22).

Las necesidades percibidas desde el Enfoque basado en la Intervención (identificadas por los mismos adultos mayores) son una variable relevante, que ha sido principalmente evaluada en países europeos. En base a la literatura previa, las necesidades no cubiertas tienden a concentrarse en las dimensiones psicológica y social (particularmente en la necesidad de compañía, organizar actividades diarias, y presentar malestar psicológico);

mientras que las necesidades cubiertas tienden a concentrarse en las dimensiones física y ambiental (como la alimentación, salud física, y cuidado del hogar) (23–25). En personas mayores con demencia que viven en la comunidad, estas tendencias se repiten, pero presentando promedios mayores de necesidades no cubiertas (26–34).

En cuanto a su asociación con otras variables, la evidencia en población mayor que vive en la comunidad (no institucionalizada) sin deterioro cognitivo indica que las necesidades no cubiertas tienden a relacionarse positivamente con un peor funcionamiento físico, mayor fragilidad y dependencia en actividades básicas de la vida diaria, mayor uso de medicamentos, mayor nivel educacional, y la presencia de sintomatología depresiva en la persona mayor (12,23–25,35,36). Por el contrario, mayor calidad de vida de la persona mayor y que esta recibiera más apoyo social y emocional se asocia a una baja frecuencia de necesidades no cubiertas (23,35). Llama la atención que ningún estudio ha evaluado la relación entre sintomatología ansiosa de la persona mayor y la presencia de necesidades no cubiertas.

En la actualidad, sólo un estudio se ha realizado en Chile aplicando este tipo de evaluación, enfocándose en población con demencia, y como resultado presentó un promedio de necesidades no cubiertas mayor al de otros estudios similares europeos, lo que concuerda con que en nuestro país existe una menor oferta de intervenciones y apoyo a las personas mayores y sus cuidadores (34). En base a este mismo estudio, se observó que los únicos predictores de las necesidades no cubiertas de las personas mayores consistían en características del cuidador, como la edad, sintomatología ansiosa, apoyo social percibido y sobrecarga de este. En cambio, en población mayor que vive en la comunidad sin deterioro cognitivo, no se conoce la relación de las características del cuidador y las necesidades no cubiertas de la persona mayor, dado que los estudios que han empleado el CANE en esta población no han incluido a los cuidadores en sus muestras (12,23,25,35–37).

Si bien se desconoce dicha relación, es posible que las características del cuidador no sean tan relevantes en población mayor dependiente sin deterioro cognitivo, en comparación a la población con demencia. Existe poca evidencia que realice esta

comparación, pero un estudio empírico (38) comparó la presencia de caries en personas mayores dependientes con y sin demencia, reconociendo que en las primeras había un mayor número de caries. También evaluó sus predictores, y solo en el caso de las personas mayores con demencia, la sobrecarga del cuidador actuaba como predictor. Por otra parte, en una revisión sistemática (39) se señaló que la disponibilidad y sobrecarga del cuidador se relacionan con la ocurrencia de re-admisiones al hospital de la persona mayor, lo que parece potenciarse con su deterioro cognitivo, que también es factor de riesgo. Este tipo de interacción entre las variables del cuidador y de la persona mayor no pareció observarse en personas sin deterioro cognitivo para dicho outcome. En definitiva, se maneja mucha más información sobre la relación entre las características del cuidador y outcomes relevantes en la persona mayor con demencia, mientras que en personas mayores sin deterioro cognitivo, poco se sabe sobre la importancia del estado de salud y características de su cuidador informal.

El presente estudio se propuso identificar las necesidades no cubiertas de personas mayores dependientes sin deterioro cognitivo, determinando la capacidad predictiva de factores personales y de su cuidador informal principal. Se hipotetizó que: (1) En cuanto a la persona mayor, el nivel de dependencia, la sintomatología depresiva y ansiosa, el nivel educacional y el número de medicamentos que toma, serían predictores significativos con una relación positiva a la presencia de necesidades no cubiertas; mientras que el apoyo social percibido por la persona mayor sería un predictor significativo con una relación negativa a las necesidades no cubiertas. (2) El apoyo percibido por el cuidador sería un predictor significativo con una relación negativa a la presencia de necesidades no cubiertas; mientras que la sobrecarga, y la sintomatología depresiva y ansiosa del cuidador serían predictores significativos con una relación positiva a la presencia de necesidades no cubiertas. (3) Las características de la persona mayor tendrían mayor valor predictivo, en comparación a las características del cuidador.

Material y Método

Diseño

El presente estudio es de carácter transversal, de tipo descriptivo-correlacional y se empleó un muestreo no probabilístico, intencionado por conveniencia. En él participaron diadas de personas mayores con algún grado de dependencia y su cuidador informal principal, quienes accedieron a responder una encuesta por separado.

Procedimientos

El reclutamiento se realizó a través de diversos medios, como afiches compartidos con la comunidad a través de redes sociales, también se recibió ayuda de parte de profesionales de la salud de Atención Primaria y Centros Ambulatorios, y agrupaciones asociadas a personas mayores para identificar potenciales participantes (a través de la persona mayor o el cuidador) y hacerles llegar información sobre la investigación. Si los potenciales participantes aceptaban dar un número de contacto, el equipo de investigación les contactaba para informarles en mayor detalle, comprobar que cumplían criterios de inclusión e invitarlos oficialmente a participar. Con aquellos que accedían a participar, se acordaba una fecha para realizar la encuesta en el domicilio de alguno de los participantes. Las encuestas fueron realizadas por psicólogas entrenadas para aplicar la batería de instrumentos. La encuestadora respondía la encuesta de la persona mayor en conjunto con ella, mientras que la encuesta del cuidador era de auto reporte. Idealmente, la encuesta de la persona mayor se desarrollaba a solas con la encuestadora, de manera que se facilitara la privacidad y confianza necesaria para tocar temas delicados que contemplaban los instrumentos (maltrato, sintomatología ansiosa y depresiva, e ideación suicida). Algunos cuidadores manifestaron dudas o problemas para responder la encuesta por sí solos, y fueron apoyados por la encuestadora.

Se obtuvieron consentimientos informados de todos los participantes, uno para la persona mayor y otro para el cuidador, y se siguieron los procedimientos previamente definidos y aprobados por dos comités de ética: el Comité Ético Científico de Ciencias

Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile; y el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Muestra

Los criterios de inclusión requerían que la persona mayor tuviese más de 60 años; presentara algún grado de dependencia (leve, moderada o severa), y que contara con un cuidador informal (familiar o amigo que ejerciera las principales actividades de cuidado). Los criterios de exclusión requerían que la persona mayor no tuviese deterioro cognitivo (es decir, que no presentara 21 puntos o menos en el MMSE adaptado a Chile) (40) o que presentara problemas de comunicación que le impidieran comprender o responder la encuesta. También se excluía a la diada si el cuidador era formal (remunerado).

Entre abril y agosto del 2019 se contactó a 56 diadas; de estas 6 no quisieron participar (por falta de tiempo del cuidador en la mayoría de los casos); 2 no cumplieron el criterio de dependencia, 2 no cumplieron el criterio de edad mínima de la persona dependiente y 15 no cumplieron por deterioro cognitivo de la persona mayor (identificado en el contacto telefónico o al realizar la encuesta). Finalmente, se alcanzó una muestra de 31 diadas (Ver figura 1).

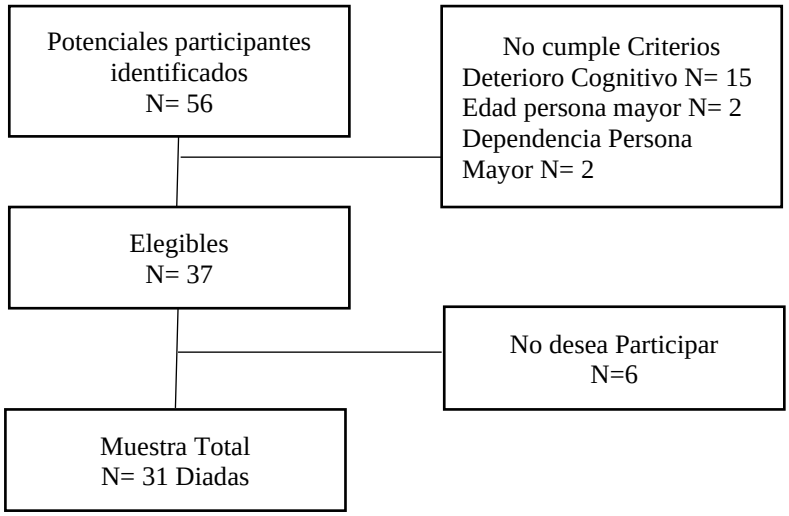


Figura 1. Identificación, inclusión, exclusión y reclutamiento de participantes.

Instrumentos

Ambas encuestas (la de la persona mayor y del cuidador), evaluaban aspectos sociodemográficos y clínicos generales (edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, personas con quienes viven, relación de parentesco, comorbilidad, medicamentos utilizados, etc.) a través de un cuestionario corto elaborado por los investigadores. Luego se aplicaron varios test reunidos dentro de las baterías de las encuestas. Algunos test se aplicaron solo a uno de ellos y otros test fueron aplicados tanto a la persona mayor como al cuidador.

Cuestionarios aplicados a la Persona Mayor

Cuestionario Camberwell de Evaluación de Necesidades en Personas Mayores o Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)

El CANE es un instrumento comprensivo que permite evaluar 24 áreas de necesidad, que a su vez se clasifican en 4 dimensiones (18) (ver Anexo 1).

De estas áreas, el CANE permite determinar si en cada área la necesidad está presente o no (puntaje 0); y de presentarse, definir si está cubierta (puntaje 1), no cubierta (puntaje 2), o no se sabe (puntaje 9). También tiene una segunda parte que permite identificar en qué medida las fuentes de cuidado (formal o informal) cubren esa necesidad, si la persona evalúa que recibe más o menos apoyo del que necesita y si está satisfecha con el nivel de apoyo, sin embargo, la información a partir de esa segunda parte no será empleada en este estudio. Además, el instrumento también posibilita ser aplicado a diferentes actores (la misma persona mayor, el cuidador, un profesional de referencia y el mismo investigador) y así comparar sus percepciones. Sin embargo, en esta investigación solo se evaluó la autopercepción de la persona mayor.

El CANE cuenta con buenas propiedades psicométricas en cuanto a confiabilidad (con un alfa de Cronbach estimado $\alpha = 0.99$) y validez (correlacionado con el CAPE-BRS, $r=0.66$; y el Barthel $r= -0.53$) (16). En cuanto a la versión en español, presenta buenas propiedades de confiabilidad (inter-observador 0.60-1 y test-retest 0.65-1) (34). La

versión en español del CANE (disponible en el Anexo 2), si bien no ha sido validada formalmente para Chile, sí cuenta con una adaptación semántica para población chilena.

Mini Mental State Examination (MMSE)

Dicho test permite realizar una evaluación general del desempeño cognitivo del participante, evaluando su orientación, memoria y atención. Se empleó la versión completa del Mini mental validado para Chile (40), que cuenta con una sensibilidad de 93.6% (95% IC 70.6-99.7%) y una especificidad de 46.1% (95% IC 34.7-57.8%). De acuerdo a la validación chilena, el puntaje de corte para indicar deterioro cognitivo es igual o por debajo de los 21 puntos, de un total de 30 puntos, y estos parámetros fueron aplicados a la persona mayor para asegurar que cumpliera los criterios de inclusión y exclusión. Es decir, todas las personas mayores de la muestra obtuvieron más de 21 puntos. Se adjunta dicho instrumento en el Anexo 3.

Índice de Barthel

Instrumento que permite evaluar la funcionalidad del encuestado en relación al grado de independencia que reporta en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), tales como alimentarse, vestirse, bañarse y movilizarse, entre otras. Este instrumento ha mostrado buena consistencia con índices Kappa intra-observadores de 0.47 y 1, índices Kappa inter-observadores 0.84- y 0.97 y un alfa de Cronbach entre 0.86 y 0.92 (41). De acuerdo a MINSAL (42), obtener 100 puntos en el Barthel equivale a ser independiente, un puntaje menor pero ≥ 60 implica dependencia leve, luego la dependencia moderada corresponde a ≥ 40 puntos, y cualquier puntaje menor a eso corresponde a dependencia severa o total. Según Solís, Arrioja, & Manzano (43) la versión en Español no requiere validación lingüística propiamente tal, pues se basa en la observación de actividades muy específicas, a excepción de que en el país correspondiente existiesen diferencias culturales sobre la actividad diaria evaluada. Para revisar el instrumento, ver Anexo 4.

EuroQoL-5D: Escala Análoga Visual (EQ VAS)

El EuroQoL-5D o EQ-5D es un instrumento genérico que mide la calidad de vida asociada a la salud a través de la auto-percepción del estado de salud actual de un individuo. En el marco de este instrumento, existe el apartado de la Escala Análoga Visual (EQ VAS), donde se solicita al participante que señale con una línea su percepción del estado de salud actual en el que se encuentra. La línea se realiza sobre una gráfica que simula un termómetro que va de 0-100 puntos lo que equivale a 0 como el "peor estado imaginable de la salud" y a 100 como el "mejor estado imaginable de la salud".

La evidencia señala que este instrumento es altamente recomendable para su uso en atención primaria, contando con la ventaja de haber sido probado en varias patologías (44). Un estudio evaluó sus características psicométricas en pacientes con Artritis, donde se evaluó la confiabilidad interobservador del EQ VAS y del EQ-5D (coeficiente de correlación intraclase: r=.70, 95% IC= 0.60–0.80; r=.73, 95% IC= 0.63–0.83 respectivamente) y confiabilidad por estabilidad test-retest en un periodo de tres meses (Goodman y Kruskal gamma: .57 y .69 respectivamente). Además, se analizó su validez convergente, realizando correlaciones no paramétricas (Rho de Spearman) con los índices del ACR (American College of Rheumatology disease activity measures), obteniendo asociaciones significativas con todos sus índices y presentando coeficientes mayores a r_s=.43. También correlaciona significativamente con el test HAQ (Stanford Health Assessment Questionnaire) (r_s=-.78 para el EQ-5D, y r_s=-.61 para el EQ VAS) (45). En Chile se ha realizado la adaptación del cuestionario, siendo utilizado en varios estudios sobre calidad de vida (46,47). Se adjunta en Anexo 5.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Esta escala fue desarrollada para evaluar la presencia de ansiedad y depresión en pacientes que acudían a hospitales generales (48). Otorga dos puntajes totales independientes para ansiedad y depresión, ambas con un rango de 0 a 21 puntos, donde más de 7 sugiere la presencia de sintomatología y más de 11 sugiere la posibilidad de un

trastorno ansioso o depresivo (48). Esta escala no incluye ítems relacionados con patologías físicas (los cuales no son recomendados cuando se evalúa ansiedad y depresión en adultos mayores). Se utilizará la versión en español con el fin de medir la ansiedad y depresión de los adultos mayores, esta posee buenas propiedades psicométricas de confiabilidad y validez, con un coeficiente test re-test de .85, y con una consistencia interna de α=.86 para la subescala de ansiedad y también de depresión; los 14 ítems muestran una clara estructura de dos factores, donde todos los ítems mostraron una mayor correlación (Pearson y Spearman) con su factor que con su opuesto (los ítems de Ansiedad presentaron correlaciones mayores a .46 y los de Depresión, mayores a .61) (49). Sin embargo, dicha versión no cuenta con un proceso formal de adaptación para población chilena. Esta escala fue aplicada a la persona mayor y al cuidador. Se encuentra disponible en Anexo 6.

Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS)

La escala MSPSS está compuesta por 12 ítemes, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en dos subescalas: familia-otros significativos y amigos (50). Su escala de respuesta corresponde a una escala Likert que va desde: 1=casi nunca a 4=siempre o casi siempre.

Este instrumento cuenta con un proceso de validación en Chile, realizado por Arechabala & Miranda (2002) mostrando buenos índices de confiabilidad según el coeficiente alpha de Cronbach (α=.86 para la escala total; α=.86 y α=.88 para las subescalas familia-otros significativos y amigos respectivamente). En el mismo estudio se evaluó su estructura en base a análisis factorial exploratorio y confirmatorio, observando que el modelo de dos factores explica el 59.2% de la varianza, y las correlaciones de los ítems son mayores a .59 y .81 para las subescalas familia-otros significativos y amigos respectivamente. Este instrumento fue respondido tanto por la persona mayor como por el cuidador. Se adjunta dicho instrumento en el Anexo 7.

Cuestionarios aplicados al Cuidador

Escala de Sobrecarga del Cuidador o Zarit

Esta escala mide el nivel de sobrecarga que experimentan los cuidadores familiares, entendida como el grado en que sus responsabilidades generan efectos adversos sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional (51). Es una escala de autorreporte, tipo Likert, conformada por 22 ítemes; el rango de puntaje es de 0-110 puntos, donde se clasifica al cuidador en "ausencia de sobrecarga" (≤46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (≥56). Esta escala ha sido validada en Chile por Breinbauer et al, (2009), obteniendo valores de consistencia interna de α=.87, confiabilidad interobservador (coeficiente de correlación intraclase: r=.86, 95% IC= 0.81–0.91) y confiabilidad por estabilidad test-retest (Índice Kappa de 0.91, 95% IC=0.68–0.99). La validez de constructo fue evaluada en base a validez convergente, donde se obtiene una correlación de Pearson con un Indicador único de sobrecarga construido por los autores (r= 0.67), y también se correlaciona con la Encuesta de depresión CIE-10 (r= 0.7). Ver Anexo 8.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: Ver más arriba.

Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS): Ver más arriba.

Análisis Estadístico

Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el programa SPSS 20. En primer lugar, se revisó la base de datos en busca de datos perdidos, encontrándose 9 en total, repartidos aleatoriamente entre 9 diferentes ítems de los distintos test aplicados al cuidador. Debido a su bajo número y que no siguieran un patrón específico, dichos datos perdidos fueron corregidos reemplazándolos por la media del resto de los ítems respondidos en el test (no se realizó imputación múltiple). A continuación, se revisó la base de datos en busca de inconsistencias o errores de digitación para poder corregirlos.

No se recodificó ninguna variable. Sin embargo, para finalmente introducir la variable "Escolaridad" en la regresión, esta tuvo que ser recodificada a través del *dummy coding*, debido a su naturaleza ordinal. A partir de los cuatro grupos a comparar, se generaron tres variables *dummy*, cuyo grupo de referencia fue el grupo de educación básica o menor: "Educación básica vs educación media incompleta", "Educación básica vs educación media completa", y "Educación básica vs profesional o técnico".

Por otra parte, se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y clínicas de las diadas, y un análisis descriptivo de las frecuencias de necesidades cubiertas y no cubiertas según las áreas del CANE.

Para evaluar el cumplimiento de supuestos estadísticos de parte de la muestra, se analizó la normalidad de las distribuciones de las variables, a través de indicadores como la simetría y curtosis, observando los gráficos de distribución y realizando las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk (Ver Anexo 9). Así, se observó que varias de ellas se comportaban de forma no normal. Especialmente, la variable dependiente (Necesidades no cubiertas) presentó una simetría positiva y curtosis negativa, y tanto el gráfico como los diagnósticos indicaron anormalidad ($D(31)=.23$, $p<.01$; $W(31)=.85$; $p<.01$). Debido a ello, en el análisis de correlación se emplearon pruebas no paramétricas, por lo que en los resultados se reportan y analizan las correlaciones de Spearman. También se reportan las correlaciones de Pearson, dado que estas son las que se usan en la regresión, pero no se comentan en el texto de los resultados de las correlaciones. Todos los análisis se llevaron a cabo con un nivel de significancia de $p <.05$ y $p <.01$.

Respecto del modelo de regresión, se intentó realizar algunos ajustes necesarios para la ejecución del análisis. Con el fin de normalizar la variable dependiente, se aplicó una transformación logarítmica de base 10. Dicha transformación no resultó en una mejoría de la distribución de la variable, dado que los diagnósticos de normalidad se mantienen significativos ($D(31)=.18$; $p=.01$; $W(31)=.87$; $p<.01$). Es por eso que se optó por continuar usando la variable dependiente original.

En paralelo, para examinar el supuesto de linealidad, se analizaron gráficamente las relaciones entre las variables a partir de los gráficos de las correlaciones (Ver Anexo 10), donde se observa una relación lineal entre las variables independientes y la variable dependiente (se cumple el supuesto de linealidad). No obstante, en el caso de la variable "Sintomatología Depresiva del Adulto Mayor", esta presentaba a nivel gráfico una relación posiblemente curvada con respecto a la variable dependiente, por lo que se le aplicó una transformación cuadrática. Tanto la variable original como la variable al cuadrado fueron ingresadas simultáneamente en la regresión, con el propósito de incluir el efecto cuadrático de dicha variable.

Para evaluar la presencia de outliers y diagnosticar el nivel de influencia de algunos casos, se consideró la Distancia de Cook ($\bar{x}$= .05), la distancia de Mahalanobis ($\bar{x}$= 12.58), y los valores máximos de los residuales estandarizados (rango -1.45; 1.77) (ver Anexo 11). Así, se observó que los residuales estandarizados no se ubican más allá de una desviación estándar, y los residuales no estandarizados promedian cero. Considerando dicho comportamiento de los residuales del modelo, se puede afirmar que no se identificaron outliers. Además, el promedio de la Distancia de Cook e incluso su valor máximo se encuentran bastante por debajo del 1 (que es el valor a partir del cual puede ser problemático) (52). Sin embargo, sí se reconocen casos que presentan un comportamiento diferente y que tienen un efecto en la Distancia de Mahalanobis, que manifiesta un promedio bastante alto (por sobre 11, indicando un alto nivel de influencia) (52). Dichos casos se pueden observar en el Anexo 11. Adicionalmente, los casos más influyentes (en base a la distancia de Mahalanobis) fueron sacados de la regresión para observar si sus coeficientes Beta se comportaban de manera diferente, pero estos se mantuvieron similares (ninguno cambió su significación).

En cuanto a multicolinealidad, se chequeó la matriz de correlación, el indicador de Tolerancia, y el Factor de Inflación de la Varianza (FIV). La matriz presenta algunos coeficientes de correlación entre los predictores que alcanza valores altos (de hasta .5 y .6), sin embargo, los estadísticos de tolerancia en general se encuentran por sobre el valor .2 y la mayoría de los FIV muy por debajo del 10 (52) (ver Anexo 12) permitiendo

afirmar que en general los predictores no se encuentran sesgados por multicolinealidad, a excepción de la variable “Sintomatología Depresiva del Adulto Mayor” y la variable que corresponde a su transformación cuadrática, lo que es bastante esperable. Además, se hicieron pruebas con respecto a los predictores que generaron un coeficiente de correlación alto, por ejemplo, entre las variables Sintomatología Depresiva y Ansiosa de la persona mayor ($r_{s=}$ .59; p<.01), donde se probó extraer una variable para evaluar si el Beta de la otra se volvía significativo dentro de la regresión. Sin embargo, ninguna de las variables se volvió significativa.

El nivel de autocorrelación de los datos se analizó con el test de Durbin Watson (d= 1.69), cuyo resultado indica que se cumple el supuesto de errores independientes en la regresión. Por otra parte, el supuesto de distribución normal de los errores se estimó a través del análisis de los gráficos de residuales y aplicando las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (D(31)=.12; p=.20) y Shapiro-Wilk (W(31)=.95; p=.26) sobre los residuales estandarizados del modelo (ver Anexo 11). En base a dichas evaluaciones, se concluye que el modelo cumple con el supuesto de distribución normal de los errores.

Por último, la homocedasticidad se analizó al graficar los residuales estandarizados del modelo contra los valores predichos estandarizados de la variable dependiente, y asimismo con los residuales estudentizados (ver Anexo 13). El análisis de dichos gráficos indica que sí se cumple el supuesto de Homocedasticidad.

Finalmente, se realizó una regresión jerárquica múltiple, donde la variable dependiente fue el número de necesidades no cubiertas de la persona mayor. Se introdujo un primer modelo donde todos los predictores pertenecían a la persona mayor (escolaridad, cantidad de medicamentos que consume, dependencia, percepción de apoyo social, y sintomatología ansiosa y depresiva); y un segundo modelo que además incluye predictores asociados al cuidador (percepción de apoyo social, sobrecarga y sintomatología ansiosa y depresiva). Se analizaron los niveles de varianza explicada corregida de cada modelo, comparando su nivel de significación y magnitud, así como los coeficientes estandarizados de los Beta de cada predictor.

Resultados

A continuación, se exponen las principales características sociodemográficas y clínicas de las personas mayores de la muestra, y luego las de los cuidadores. Posteriormente, se exponen las frecuencias de necesidades cubiertas y no cubiertas de las personas mayores según las áreas del CANE. Después, se presentan los resultados de las asociaciones por correlación entre las variables del estudio y, finalmente, se plantea la regresión jerarquizada múltiple.

Características demográficas y clínicas de la Muestra

Las características principales de la gente mayor que participó en este estudio se resumen en la Tabla 1. La muestra presentó un alto promedio de edad con una gran variabilidad (promedio 81.3 DE:11.4; rango 62-101), y la mayor parte de la muestra fueron mujeres (71%) y personas viudas (58.1%). En cuanto al nivel educacional, se reportaron principalmente estudios escolares incompletos (61.3%) o educación media completa (19.4%).

El nivel socioeconómico fue medido según los ingresos de la persona encuestada, que en promedio rodea los 250.000 pesos (promedio exacto 250.967 DE=173.106; rango 62.000-850.000). La mayoría de las personas mayores vivían con su cuidador (87.1%) y, contando a éste, en promedio vivían alrededor de 4 personas en el mismo hogar (promedio exacto 3.7 DE=1.3; rango 2-7).

Con respecto al estado de salud de la muestra, se observó una alta cantidad de enfermedades crónicas (como Hipertensión, Diabetes, dolor en articulaciones, cáncer, y osteoporosis, entre otras) y un alto nivel de comorbilidad, dado que la mayoría (96.7%) de los encuestados reportó algún o algunos diagnósticos adicionales. En la categoría "otros" se contabilizan diagnósticos muy variados, por lo que debieron ser agrupados. Estos otros diagnósticos también consistían en enfermedades crónicas, como por ejemplo Enfermedad Renal Crónica, Accidente Cerebrovascular, Depresión, Bronquitis Crónica, Anemia severa, Parkinson, Colon irritable, Asma, Hipotiroidismo y Dolor

Crónico, entre otros. En esta línea, se presentó un alto consumo de medicamentos, donde todos los encuestados usaban al menos un medicamento, con una media de 4,8 (DE=2.8) medicamentos recetados actualmente, y un máximo de 10 medicamentos. El nivel más prevalente de dependencia fue de dependencia leve (64.5%), seguido por dependencia moderada (29%) y dependencia severa (6.5%). La sintomatología Ansiosa y Depresiva presentó medias de 7.1 (DE= 4.2;1-16) y 5,8 (DE= 2.9;1-13) respectivamente, y los rangos alcanzaron un máximo de 16 y 13 puntos respectivamente (donde el máximo de ambas subescalas es de 21 puntos). Cabe mencionar que, en la subescala de depresión 7 (22.5%) personas mayores presentaron un puntaje mayor a 7 (que sugiere la presencia de sintomatología depresiva), y un participante (3.22%) presenta un puntaje mayor a 11 (que implica posiblemente un diagnóstico de depresión). Mientras, en la subescala de ansiedad, 7 (22.5%) personas presentaron más de 7 puntos y 5 (16.12%) más de 11.

Tabla 1
Características Demográficas y Clínicas de las Personas Mayores.

PERSONAS MAYORES	N=31	N (%)
Sexo	Mujer	22 (71)
	Hombre	9 (29)
Estado Civil	Soltero	3 (9.7)
	Casado/en pareja	8 (25.8)
	Divorciado/Separado	2 (6.5)
	Viudo	18 (58.1)
Nivel Educacional	Educación básica o menor	9 (29)
	Educación media incompleta	11 (35.5)
	Educación media completa	6 (19.4)
	Profesional o Técnico	5 (16.1)
Vive con el cuidador	Sí	27 (87.1)
	No	4 (12.9)
Diagnóstico	Hipertensión	24 (77.4)
	Artritis/Artrosis	11 (35.4)
	Diabetes	7 (22.5)
	Osteoporosis	6 (19.3)
	Cáncer	4 (12.9)
	Otros	30 (96.7)
Tipo de Dependencia	Temporal	3 (9.7)
	Crónica	28 (90.3)
Nivel de Dependencia	Leve	20 (64.5)
	Moderado	9 (29)
	Severo	2 (6.5)

Las características principales de los cuidadores que participaron en este estudio se resumen en la Tabla 2. En este caso, se observó una variabilidad aún mayor de la edad (con una media de 57.7; DE= 15.3 y un rango de 18-83), donde la mayor parte de los cuidadores eran adultos medios y otros adultos mayores. Así, la mayoría de los

cuidadores eran hijos (61.3%), seguidos por las parejas (19.4%) de la persona mayor dependiente.

En su mayor parte, los cuidadores eran mujeres (83.9%); con un nivel educacional más alto que las personas a las que cuidaban, presentando educación media completa (38.7%) o un título técnico/profesional (41.9%). Sus ingresos también eran más altos y con mayor dispersión, con una media alrededor de los 480.000 pesos (DE= 512.871; 0-2.500.000).

En cuanto a la salud de los cuidadores, se observa una prevalencia importante de enfermedades crónicas, pero también de participantes que reportan no tener diagnóstico alguno (25.8%). Los diagnósticos principales son de Hipertensión (54.8%), Diabetes (12.9%) y Depresión (22.5%), donde también se observa comorbilidad, es decir, algunos participantes tenían 2 o 3 de estos diagnósticos a la vez. En la muestra total, la media de consumo de medicamentos fue de 2.1 (DE=2.0; 0-9).

Con respecto a su salud como cuidadores, más de la mitad presentó sobrecarga intensa (45.2%) o ligera (19.4%), y alrededor de un tercio presentó ausencia de sobrecarga (35.5%). En esta línea, los cuidadores reportaron promedios mayores de sintomatología ansiosa 8.3 (DE= 4.9; 0-19) y depresiva (7.7 DE= 5.0; 0-16). En las subescalas de depresión y ansiedad, se observaron personas que presentaron un puntaje mayor a 7 [5 (16.12%) y 8 (25.8%) respectivamente] y otras que obtuvieron un puntaje mayor a 11 [10 (32.25%) y 8 (25.8%) respectivamente].

Tabla 2
Características Demográficas y Clínicas de los Cuidadores Informales.

CUIDADORES INFORMALES	N= 31	N (%)
Sexo	Mujer	26 (83.9)
	Hombre	5 (16.1)
Nivel Educacional	Ninguno	0
	Educación media incompleta	6 (19.4)
	Educación media completa	12 (38.7)
	Profesional o Técnico	13 (41.9)
Diagnóstico	Hipertensión	17 (54.8)
	Diabetes	4 (12.9)
	Depresión	7 (22.5)
	Sin enfermedades	8 (25.8)
Relación con Persona Mayor	Pareja/Esposo(a)	6 (19.4)
	Hijo(a)	19 (61.3)
	Hermano(a)	3 (9.7)
	Nieto(a)	2 (6.5)
	Madre/Padre	1 (3.2)
Nivel de sobrecarga	Ausencia de sobrecarga	11 (35.5)
	Sobrecarga ligera	6 (19.4)
	Sobrecarga intensa	14 (45.2)

Necesidades Cubiertas y no Cubiertas según el CANE

El promedio de necesidades totales fue de 10.3 (DE: 3.5), de las cuales, las necesidades cubiertas presentaron una media de 7.8 (DE: 2.3; rango 4-14) y las necesidades no cubiertas un 2.5 (DE: 2.5; rango 0-8). La frecuencia de necesidades cubiertas y no cubiertas por área se observan en la Figura 2. Las necesidades cubiertas más comunes fueron: “Alimentación” (90.3%), “Salud física” (90.3%), “Cuidado del hogar” (83.9%),

y “Cuidado personal” (74.2%). Las necesidades no cubiertas más frecuentes fueron: “Actividades diarias” (45.2%), “Compañía” (32.3%), “Malestar psicológico” (32.3%), y “Beneficios sociales” (32.3%). Es decir, se observó que las necesidades cubiertas más comunes pertenecen a la dimensión Ambiental o Física, mientras que todas las necesidades no cubiertas más prevalentes pertenecen a la dimensión Social o Psicológica, con la excepción de “Beneficios sociales” que es clasificada por el CANE como una necesidad ambiental. Para más información, ver Anexo 14.

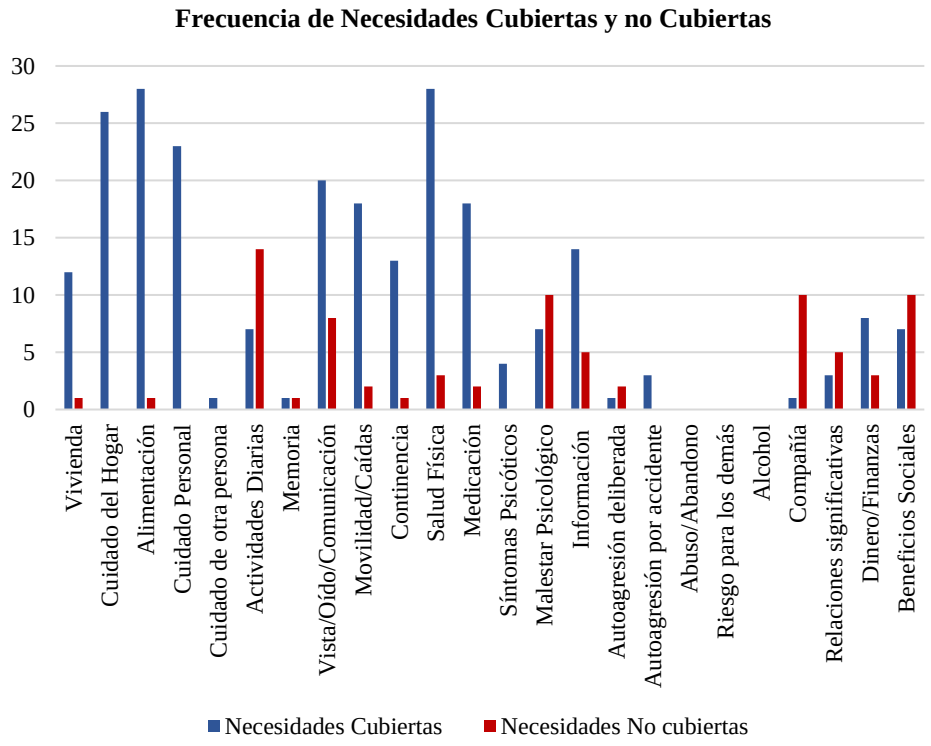


Figura 2. Frecuencia de Necesidades Cubiertas y No Cubiertas de la Persona Mayor con dependencia.

<u>Correlaciones entre las variables</u>

La Tabla 3 muestra las correlaciones de Pearson (sobre la diagonal) y Spearman (bajo la diagonal) entre todas las variables del estudio. Debido a la no normalidad de algunas variables, incluida la variable dependiente, se prioriza el uso de análisis no paramétricos y, por tanto, si bien se reportan ambos tipos de correlación, se comentan solo las

correlaciones de Spearman (las correlaciones de Pearson se reportan dado que son las que se asocian a la Regresión).

A partir de los coeficientes de Spearman, se observa que las Necesidades no cubiertas presentan una relación significativa positiva con la presencia de sintomatología ansiosa (r_s= .44; p<.01) y depresiva de la persona mayor (r_s= .47; p<.01), y presentan una relación significativa negativa con el puntaje total del Test de Barthel (r_s= -.44; p<.01). En el caso de este test, un mayor puntaje representa un menor nivel de dependencia, por lo que dicha correlación negativa implica que, a menor dependencia menor reporte de necesidades no cubiertas. Por otra parte, la tabla 4 indica que mayores niveles de sintomatología ansiosa en el cuidador informal, se asocian significativamente a una mayor presencia del número de necesidades no cubiertas de la persona mayor (r_s= .36; p=.02). No se obtuvieron más correlaciones significativas, ni en las variables de la persona mayor ni el cuidador.

Tabla 3

Correlaciones entre las variables pertenecientes a la Persona Mayor con dependencia

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Necesidades no cubiertas	1	.01	.11	-.42*	-.06	-.39*	.52**	.49**	.67**
2. Cantidad de medicamentos que toma.	.06	1	-.09	-.42**	-.28	.01	.23	.11	.01
3. Escolaridad Adulto Mayor	.02	-.12	1	.28	.28	.00	-.18	-.13	-.23
4. Dependencia	-.44**	-.49**	.32*	1	.55**	.34*	-.37*	-.41*	-.42**
5. Calidad de vida asociada a la salud	.01	-.32*	.24	.56**	1	.46**	-.33*	-.37*	-.20
6. Apoyo Social	-.26	.02	.16	.34*	.49**	1	-.56**	-.54**	-.58**
7. Sintomatología Depresiva	.47**	.22	-.22	-.37*	-.31*	-.57**	1	.96**	.56**

8. Sintomatología Depresiva al cuadrado	.47**	.22	-.22	-.37*	-.31*	-.57**	1.00**	1	.51**
9. Sintomatología Ansiosa	.44**	.09	-.34*	-.40*	-0.23	-.58**	.59**	.59**	1

Nota: La parte diagonal superior contiene las estimaciones del coeficiente de correlación de Pearson; la parte diagonal inferior contiene las estimaciones del coeficiente de correlación de Spearman. Todos los tests de significancia fueron unidireccionales (*one tailed*).
*$p<.05$ ** $p<.01$

Tabla 4
Correlaciones entre las variables pertenecientes al Cuidador Informal

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Necesidades no cubiertas de la persona mayor	1	-.06	.18	.25	.21
2. Apoyo Social	-.15	1	-.29	-.37*	-.45**
3. Sobrecarga	.18	-.19	1	.63**	.56**
4. Sintomatología Depresiva	.25	-.35*	.57**	1	.69**
5. Sintomatología Ansiosa	.36*	-.42**	.45**	.67**	1

Nota: La parte diagonal superior contiene las estimaciones del coeficiente de correlación de Pearson; la parte diagonal inferior contiene las estimaciones del coeficiente de correlación de Spearman. Todos los tests de significancia fueron unidireccionales (*one tailed*). *$p<.05$ ** $p<.01$

Predictores de las Necesidades no Cubiertas

La Tabla 5 presenta los resultados de la regresión jerárquica y permite comparar el modelo 1 (que incluye predictores pertenecientes a la persona mayor) frente al modelo 2 (que agrega predictores del cuidador). La variable dependiente fue el número de necesidades no cubiertas de la persona mayor, y el método de introducción de las variables independientes en cada modelo fue en bloque. Como ya se mencionó en la descripción de los análisis estadísticos llevados a cabo en relación a los supuestos de la regresión, el modelo cumple a nivel global los supuestos de Homocedasticidad, Linealidad, Distribución normal de los errores, Multicolinealidad y no Autocorrelación de los Datos. Para más información, ver Anexos 10-13.

De acuerdo a los coeficientes Beta estandarizados y sus pruebas t, se observa que la mayoría de los predictores no ejercen un aporte significativo al modelo. Sin embargo, algunas de las variables *dummy* asociadas a escolaridad presentan un Beta significativo. Para interpretar dichos Beta, se dispone de la figura 3 donde se permite comparar visualmente los promedios y desviaciones estándar del número de necesidades no cubiertas según el nivel de escolaridad.

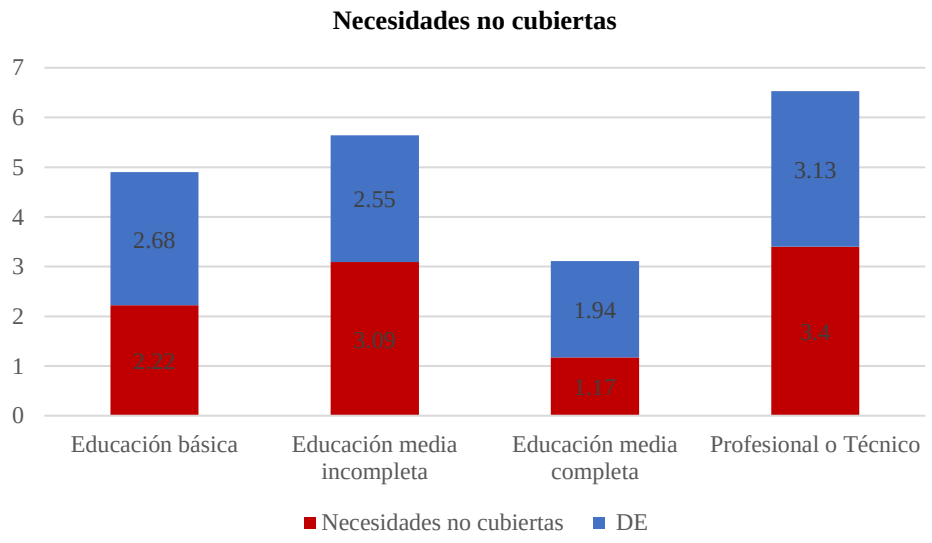


Figura 3. Necesidades no cubiertas de acuerdo al nivel de escolaridad de la Persona Mayor. DE=Desviación Estándar.

En el modelo 1 de la regresión, se observa una diferencia entre las personas mayores con un nivel de educación básica o menor frente a quienes alcanzan un título profesional o técnico, indicando que la pertenencia a este último grupo aumenta significativamente el número de necesidades no cubiertas (β=0.42; p=.02). En el modelo 2, esta relación positiva se sostiene y aumenta (β=0.52; p<.01), y también se vuelve significativa la comparación entre otros dos grupos, donde se observa que las necesidades no cubiertas aumentan significativamente en personas que reportan haber cursado parte de su educación media, en comparación a las personas mayores con un nivel de educación básica o menor (β=0.47, p<.05). Por otra parte, el reporte de sintomatología ansiosa de

parte de la persona mayor resultó ser un predictor significativo en ambos modelos (β=0.47 y β=0.50 respectivamente, p=.03 en ambos casos) y parece ser la variable independiente que más aporta a nivel global. Cabe mencionar, respecto de la transformación cuadrática de depresión que, si bien es significativa a nivel correlacional, el efecto cuadrático se pierde al incluirlo en la regresión (no es significativo).

En cuanto a la comparación global de ambos modelos, solo el modelo 1 presenta una capacidad predictiva significativa (ΔF= 3.49; p<.01; R2 corregido= 45%). En consecuencia, solo características de la persona mayor dependiente sin deterioro cognitivo actúan como predictores del número de necesidades no cubiertas en la muestra de este estudio. Asimismo, las características del cuidador no predicen dicha variable dependiente.

Tabla 5

Análisis de Regresión Jerárquica: Predictores de Necesidades no cubiertas en la Persona Mayor dependiente sin deterioro cognitivo

	Modelo 1					**Modelo 2**				
Predictores	b	B	t	IC 95%	ES	b	B	t	IC 95%	ES
Educación básica vs educación media incompleta	1.53	.28	1.82	[-.21; 3.28]	.84	2.20	.41*	2.46	[0.32;4.08]	.89
Educación básica vs educación media completa	-.02	-.00	-0.01	[-2.41; 2.37]	1.15	.18	.02	0.14	[-2.36;2.72]	1.20
Educación básica vs profesional o técnico	3.18	.46**	3.05	[0.01; 5.35]	1.04	3.74	.54**	3.51	[1.49;5.98]	1.06
Cantidad de medicamentos	-.08	-.09	-0.62	[-0.38; 0.20]	.14	-.11	-.12	-0.79	[-0.43;0.19]	.15
Dependencia	-.02	-.21	-1.19	[-0.07; 0.2]	.02	-.00	-.07	-0.35	[-0.06;0.04]	.02
Apoyo Social Adulto Mayor	.11	.31	1.79	[-0.01;0.24]	.06	.12	.33	1.90	[-0.01;0.25]	.06
Sintomatología Depresiva Adulto Mayor	.08	.09	0.15	[-0.01;1.17]	.52	.08	.09	0.14	[-1.12;1.29]	.57
Sintomatología Depresiva al cuadrado Adulto Mayor	.01	.19	0.33	[-0.06;0.09]	.03	.02	.30	0.48	[-0.06;0.11]	.04
Sintomatología Ansiosa Adulto Mayor	.41	.68**	3.68	[0.18;0.65]	.11	.41	.67**	3.43	[0.15;0.66]	.11
Apoyo Social Cuidador						.06	.23	1.51	[-0.02;0.16]	.04
Sobrecarga Cuidador						.02	.20	1,0	[-0.03;0.08]	.02
Sintomatología Depresiva Cuidador						.00	.00	-0.00	[-0.21;0.21]	.10
Sintomatología Ansiosa Cuidador						.09	.18	0.81	[-0.14;0.33]	.11
R^2 corregido				.56					.57	
ΔF				5.26**					1.18	
Δ R^2				0.69					0.06	
gl				9;21					4;17	

Nota: b: Coeficiente de regresión; B: Coeficiente de regresión estandarizado; t: Valor del estadístico t de Student; IC: Intervalo de confianza de b; ES: Error estándar; gl: Grados de libertad; R^2 cor: Varianza explicada por el modelo corregida; ΔF: Valor del estadístico del cambio de F; Δ R^2: Cambio del valor de la varianza explicada respecto del valor anterior, en el caso del modelo 1 el cambio es respecto a 0, en el caso del modelo 2 el cambio es respecto del R^2 del modelo 1. *p<.05 ** p<.01

Discusión

Este es uno de los primeros estudios en Chile en evaluar las necesidades de personas mayores a través del CANE, y el primero en hacerlo con diadas donde la persona mayor no presenta deterioro cognitivo.

En cuanto a su muestra, este estudio accedió a conocer las necesidades auto percibidas de personas mayores que en su mayoría eran dependientes leves o moderados. Este dato no debiese ser sorpresivo, dado que las personas mayores con dependencia severa presentan mayor riesgo de desarrollar deterioro cognitivo o demencia (6), siendo este último un criterio de exclusión de la presente investigación. Por consiguiente, los resultados expuestos reflejan principalmente las características de personas mayores que aún mantienen la capacidad de realizar algunas de sus actividades básicas de la vida diaria, pero donde al menos una o más se encuentran limitadas, de tal manera que la persona ya no las pueda realizar por sí misma. Adicionalmente, en la muestra también se observó ampliamente el fenómeno de la multimorbilidad y polifarmacia, con un alto número de diagnósticos de enfermedades crónicas y consumo de medicamentos por parte de los adultos mayores encuestados.

Con respecto a las necesidades no cubiertas de esta muestra, su promedio general (2.5) es más bajo que el observado en Chile por Tapia et al. (34) cuya media fue de 3.3, lo que se explica dado que en dicho estudio los participantes eran pacientes con demencia, y la literatura concuerda en que éstos últimos presentan un mayor promedio de necesidades no cubiertas (26–34). Aun así, la media de necesidades no cubiertas de las personas mayores de esta muestra es mayor que la de otros estudios europeos con muestras similares. Por ejemplo, Hermsen et al. (25) obtuvo un promedio de 0.3 necesidades no cubiertas, mientras que Hoogendijk et al. (23) un 0.5. En este sentido, se hace patente la falta de servicios y apoyo formal e informal a las personas mayores dependientes de parte del sistema de cuidados formal en Chile. En cuanto a apoyo formal, los pacientes con dependencia leve y moderada se encuentran especialmente desprovistos de atenciones enfocadas a ellos. En el sistema de atención primaria solo existe el Programa

de Dependencia Severa (53), y también se encuentra disponible un programa para personas autovalentes o en riesgo de desarrollar dependencia, llamado “Más adultos mayores autovalentes” (54), mientras que para personas con demencia se ejecuta el Plan Nacional de Demencias (55). En síntesis, se evidencia un vacío a nivel de atención sociosanitaria y de políticas públicas para las personas mayores sin deterioro cognitivo y dependencia leve o moderada.

En relación al apoyo informal, la familia y particularmente las mujeres cargan con la mayor parte de la labor de cuidado, precisamente debido a la baja disponibilidad de apoyo formal con la que cuenta la persona mayor (56). A su vez, el mismo cuidador informal no cuenta con una red de atención enfocada a su salud y bienestar. Si bien en Chile existe una intervención de respiro enfocada a cuidadores, llamada “Chile Cuida”, este es aún un programa piloto y presenta una baja cobertura (alrededor de 700 personas mayores en todo el país el año 2016) (57). Según la literatura, los cuidadores también requieren de atención formal, dado que son población vulnerable a experimentar problemas en su entorno social, en el ámbito económico y presentar altos niveles de estrés, lo que a su vez puede afectar negativamente su salud física y mental (58). Según la evidencia, los cuidadores de esta muestra deberían haber manifestado menores niveles de sobrecarga, en tanto una menor dependencia en actividades de la vida diaria de la persona mayor predice menor sobrecarga del cuidador (59). En este sentido, si bien en general las personas mayores de la muestra presentaron dependencia leve o moderada, la falta de apoyo social e instrumental de parte de los servicios formales podría explicar que gran parte de los cuidadores de la muestra presentara sobrecarga ligera o intensa y que más de un cuarto de los cuidadores presentó indicadores que sugerían un posible diagnóstico de depresión o trastornos ansiosos.

Asimismo, las áreas que presentan un alto número de necesidades no cubiertas parecen ajustarse a lo planteado, tomando en cuenta que el área “Beneficios sociales” es una de las que reúne un mayor número de necesidades no cubiertas. En el marco del CANE, esta área examina si la persona está actualmente recibiendo todos los beneficios a los que tiene derecho. En otras palabras, se observa un déficit en la medida en que los

servicios formales están cubriendo de manera oportuna atenciones que el Estado garantiza (posiblemente, debido a problemas con la Ficha Social, bonificaciones y descuentos en costos de medicamentos y otros servicios).

Otras áreas que concentraron un mayor número de necesidades no cubiertas fueron: “Compañía”, “Actividades diarias” y “Malestar psicológico”. Cuando una persona reporta una necesidad no cubierta en el área “Compañía”, quiere decir que se encuentra insatisfecha con su vida social, con la disponibilidad de redes sociales o que se siente sola. En otras palabras, se observan dos fenómenos: aislamiento social, por un lado, que es la falta de apoyo social estructural y funcional de parte de la red cercana; y por el otro lado, se manifiesta soledad, que hace referencia a percepciones o emociones negativas asociadas a dicha situación (60); ambos fenómenos representan un riesgo sustantivo para la salud física y mental de las personas mayores (61). Otra área en gran medida no cubierta es la de “Actividades diarias”, que implica que la persona mayor sea capaz de planificar actividades u ocupaciones diarias adecuadas a sus competencias y que le otorguen objetivos o propósitos. En este sentido, muchos de los participantes contaban con mucho tiempo disponible pero no tenían propósitos claros para cumplir en su día a día. Este fenómeno puede llegar a ser dañino para su autoestima, puesto que no cuentan con roles positivos con los que identificarse (62). De tal forma, dichos fenómenos podrían explicar que otra de las áreas que concentraron necesidades no cubiertas haya sido la de “Malestar psicológico”, donde se evalúa la medida en que la persona manifiesta sentirse triste, decaída, angustiada o preocupada de forma intensa y si está recibiendo una evaluación o atención apropiada.

En resumen, las dimensiones que concentraron necesidades cubiertas fueron la física y ambiental, mientras de la psicológica y social presentan mayor número de necesidades no cubiertas. Este patrón es consistente con evidencia previa obtenida desde el CANE (23–25), que posiblemente se puede explicar considerando que las necesidades físicas y ambientales (como alimentación, salud física y cuidado del hogar) son más fáciles de identificar y en general las familias son capaces de cubrirlas por sí mismas. En cambio, las necesidades de naturaleza social y psicológica corren el riesgo de ser invisibilizadas

por el cuidado formal, que puede enfocarse en la dependencia y la vejez como problema de salud físico, subvalorando o normalizando problemas psicosociales de estas personas mayores (63). Asimismo, los cuidadores informales (que se encuentran en su mayoría sobrecargados) pueden enfrentar dificultades o falta de preparación para cubrir por sí solos las necesidades psicosociales de las personas que cuidan. Adicionalmente, cabe recordar que la evidencia existente del CANE pertenece a países desarrollados, donde el Estado de Bienestar asegura ciertos beneficios básicos, pero donde las necesidades psicológicas y sociales aún representan un desafío y corren el riesgo de ser invisibilizadas o subdiagnosticadas por los equipos de atención formal en salud (64). En consecuencia, el sistema de cuidados chileno parece encontrarse a medio camino, puesto que aún no es capaz de cubrir garantías básicas de salud física y cuidado ambiental a toda su población, pero también enfrenta tareas en el ámbito de la salud mental y apoyo social.

En cuanto a la identificación de predictores para las necesidades no cubiertas de la persona mayor, algunas hipótesis de este estudio no se cumplieron dado que muchas de las variables no resultaron ser un aporte significativo al modelo de regresión. En base a otras investigaciones, se esperaba que el nivel de dependencia, uso de medicamentos, los síntomas depresivos, y la percepción de apoyo social de la persona mayor tuvieran capacidad predictiva, sin embargo, esto no ocurrió. Esto se podría deber a que la muestra era demasiado pequeña para captar el efecto de dichas variables. En esta línea, se requiere seguir investigando estos fenómenos para obtener conclusiones más robustas. Ahora bien, dentro de las hipótesis, sí se cumplió lo esperado en relación a las variables de escolaridad y sintomatología ansiosa de la persona mayor. Por un lado, se observó que pertenecer a grupos de mayor nivel educacional (en comparación al grupo de menor escolaridad) aumenta el número de necesidades no cubiertas. Esta hipótesis se sostenía en un estudio previo (23) cuyos participantes presentaron características similares a los de esta investigación, donde se observó dicha tendencia y se explicó en base a que las personas más educadas presentan mayores expectativas frente al sistema de salud. Así, se hace relevante explorar y comprender las expectativas de atención en salud de la

población mayor, dado que estas pueden influenciar otros procesos de salud, como su adherencia y satisfacción usuaria (65). Además, en base a los cambios históricos de la educación formal en Chile, las generaciones de personas mayores en el futuro presentarán cada vez mayor nivel educacional (66), por lo que se podría esperar que sus expectativas aumenten. Posiblemente, otra explicación acerca de la relación entre el nivel educacional y las necesidades no cubiertas es que las personas con mayor escolaridad pertenezcan a un nivel socioeconómico mayor, y estos tengan menor acceso a servicios dado que no califican para ciertos programas estatales y no tienen dinero para costear acceso a servicios privados. No obstante, esta explicación no pudo ser testeada en el presente estudio, ya que el nivel socioeconómico no fue adecuadamente evaluado. Si bien se midió el ingreso mensual, este no necesariamente es un buen indicador de nivel socioeconómico.

Por otra parte, la sintomatología ansiosa de la persona mayor resultó ser un predictor significativo de su número de necesidades de no cubiertas. Cabe mencionar que, si bien las personas mayores de esta muestra no reportaron diagnósticos de cuadros de ansiedad, a nivel general se observó un alto número de síntomas ansiosos, e incluso un número importante de ellos presentaron puntajes que superaban el punto de corte, que sugiere la presencia de un trastorno clínico. Dentro de las posibles explicaciones, no se puede suponer una relación con signos de maltrato, dado que ningún encuestado de la muestra presentó necesidades en esa área. Tal vez esto se deba a que cuidadores y personas mayores que experimenten abusos tenderían a no querer participar de este estudio.

Por otro lado, dicha relación entre ansiedad y necesidades no cubiertas puede deberse a que los síntomas ansiosos reducen la percepción de control y bienestar del adulto mayor, aumentando a su vez el uso de servicios de salud (67). En este sentido, la relación puede ser recíproca, dado que una persona mayor con sintomatología ansiosa presentará más necesidades de salud, y si estas no son cubiertas a tiempo, el cuadro ansioso puede aumentar. Esta realidad es de gran complejidad para la población mayor dependiente, tomando en cuenta que la fragilidad y discapacidad son factores de riesgo de desarrollar depresión y ansiedad (68). De tal modo, es especialmente llamativo que otros estudios

que evaluaron las necesidades de personas mayores a través del CANE no hayan explorado previamente este fenómeno, ya sea porque no abordaron variables de salud mental o porque aplicaban cuestionarios que no evaluaban de forma específica los síntomas ansiosos. Por consiguiente, los resultados invitan a seguir investigando los efectos de la sintomatología ansiosa en la presencia de necesidades no cubiertas y posibles intervenciones a realizar en esta línea con población mayor dependiente sin deterioro cognitivo.

En cuanto a las variables asociadas a los cuidadores informales, se destaca que ninguna presentó valor predictivo en relación a las necesidades no cubiertas de la persona mayor. Nuevamente, eso se puede deber a la falta de poder estadístico para identificar relaciones significativas con dichas variables, o bien, se puede explicar en base a otros factores. Posiblemente, debido a que en esta muestra los participantes presentaban principalmente dependencia leve o moderada, el rol del cuidador no afectó tantas dimensiones de la vida de la persona mayor. No obstante, estudiar la relación entre la salud del cuidador y de la persona mayor con dependencia leve o moderada sigue siendo relevante, si se espera mejorar en materia de promoción y prevención de la salud de ambos, con el objetivo de evitar la disminución de funcionalidad del adulto mayor y aumento de la sobrecarga del cuidador, favoreciendo el bienestar de la familia y el derecho a un envejecimiento saludable (4).

Cabe mencionar que este estudio presenta limitaciones importantes, tanto en su diseño como en el proceso de análisis, por lo que sus resultados deben ser considerados con cautela. Principalmente, por tratarse de un estudio de corte transversal, no se pueden realizar asociaciones a lo largo del tiempo, y el bajo tamaño muestral disminuye la potencia para detectar relaciones, impidiendo sacar conclusiones robustas. Adicionalmente, el muestreo fue por conveniencia (afectando la capacidad de generalizar los resultados), y no todos los instrumentos empleados en el presente estudio se encuentran estandarizados para población chilena, lo que aumenta el riesgo de sesgos. Por otra parte, los datos perdidos fueron imputados por reemplazo de la media del resto de valores (método poco recomendado por la literatura), y a nivel de ajuste del modelo

de regresión jerárquica, se observaron casos con un nivel de influencia importante, y debido al bajo número de participantes no se excluyeron de la muestra. Ahora bien, cabe señalar que al excluir dichos casos los resultados se mantenían.

En base a este estudio (y a pesar de sus limitaciones), es posible plantear que los resultados indican una brecha importante en materia de salud mental y participación en el entorno social de la persona mayor con dependencia leve a moderada sin deterioro cognitivo, permitiendo orientar el desarrollo de espacios necesarios de intervención en esta población. La participación de las personas mayores es fundamental para la promoción de un envejecimiento saludable y aumentar el bienestar en esta etapa de la vida, lo que beneficia a las mismas personas mayores, pero también permite que estas puedan contribuir a construir sociedad. Consecuentemente, se requieren planes de acción y políticas públicas que visibilicen esta realidad, que aporten en la escucha y empoderamiento de estas personas mayores, en fomentar que ellos mismos ejerzan roles sociales más activos, en aumentar las oportunidades de participación para ellos, y en mejorar su acceso a atenciones de salud mental.

Referencias

1. Thumala D, Kennedy BK, Calvo E, Gonzalez-Billault C, Zitko P, Lillo P, et al. Aging and Health Policies in Chile: New Agendas for Research. Heal Syst Reform [Internet]. 2017;3(4):253–60. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2017.1353844
2. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional: Evolución del proceso de envejecimiento [Internet]. Encuesta CASEN. Santiago, Chile; 2015. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf
3. SENAMA. Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores en Chile. Cuarta Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión Social [Internet]. 2015. Available from: http://www.senama.cl/filesapp/interiorSenamaOKFINAL.pdf
4. OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Vol. 1, OMS. 2015.
5. Villalobos P. Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. Rev médica Chile. 2019;(147):83–90.
6. SENAMA. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Gob CHile [Internet]. 2009;10–2. Available from: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores.pdf
7. Servicio Nacional de la Discapacidad. II Estudio Nacional de la Discapacidad [Internet]. Departamento de Estudios; 2015. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endisc/docs/Libro_Resultados_II_Estudio_Nacional_de_la_Discapacidad.pdf
8. Servicio Nacional de la Discapacidad. Discapacidad y Dependencia Caracterización de la dependencia en las personas en situación de discapacidad a partir del II Estudio Nacional de la Discapacidad. 2017;1–21.
9. Rodríguez SV, Bertoni JS, Vaquiro Rodríguez S, Stiepovich Bertoni J. Cuidado

informal, un reto asumido por la mujer. Cienc y Enferm [Internet]. 2010;16(2):17–24. Available from: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-78649760808&partnerID=40&md5=329bdd4eaa832cb90353c35142890030%5Cn%3CGo to ISI%3E://SCIELO:S0717-95532010000200002%5Cnhttp://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-78649760808&partnerID=tZOtx3y1

10. Arriagada I. La crisis de cuidado en Chile. Rev Ciencias Soc. 2010;(27):58–67.
11. Beran D. Needs and Needs Assessments: A Gap in the Literature for Chronic Diseases. SAGE Open [Internet]. 2015;5(2). Available from: http://sgo.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/2158244015580375
12. Stein J, Pabst A, Weyerer S, Werle J, Maier W, Heilmann K, et al. The assessment of met and unmet care needs in the oldest old with and without depression using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Results of the AgeMooDe study. J Affect Disord. 2016;193:309–17.
13. Wieczorowska-Tobis K, Talarska D, Kropińska S, Jaracz K, Tobis S, Suwalska A, et al. The Camberwell Assessment of Need for the Elderly questionnaire as a tool for the assessment of needs in elderly individuals living in long-term care institutions. Arch Gerontol Geriatr. 2016;62:163–8.
14. Ministerio de Salud [MINSAL]. Orientación Técnica Para La Atención En Salud De Las Personas Adultas Mayores En Atención Primaria [Internet]. 2013. 109 p. Available from: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ot_a_MAYOR.pdf
15. Walters K, Iliffe S, Tai SS, Orrell M. Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: The Camberwell assessment of need for elderly people in primary care. Age Ageing. 2000;29(6):505–10.
16. Field E, Walker M, Orrell M, Hancock G. CANE–Camberwell Assessment of Need for the Elderly. 2004;
17. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. PLoS One [Internet].

2014;9(9):e107828. Available from: http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0107828

18. Reynolds T, Thornicrof G, Abas M, Woods B, Hoe J, Leese M, et al. Camberwell Assessment of Need for the Elderly Development , validity and reliability. Br Jounal Psychiatry. 2000;(176):444–52.
19. SENAMA. II Estudio Nacional de la Discapacidad. 2015;
20. Palinkas LA, Criado V, Fuentes D, Shepherd S, Milian H, Folsom D, et al. Unmet needs for services for older adults with mental illness: Comparison of views of different stakeholder groups. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2007;15(6):530–40. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3180381505
21. Holm AL, Severinsson E. A Qualitative Systematic Review of Older Persons' Perceptions of Health, Ill Health, and Their Community Health Care Needs. Nurs Res Pract [Internet]. 2013;2013:1–12. Available from: http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/672702/
22. Ohura T, Higashi T, Ishizaki T, Nakayama T. Gaps between the subjective needs of older facility residents and how care workers understand them: A pairwise cross-sectional study Health Services Research. BMC Res Notes. 2016;9(1):1–9.
23. Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Leeuwen KM, van der Horst HE, Deeg DJH, Frijters DHM, et al. Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. Arch Gerontol Geriatr. 2014;58(1):37–42.
24. Houtjes W, Van Meijel B, Deeg DJH, Beekman ATF. Major depressive disorder in late life: A multifocus perspective on care needs. Aging Ment Heal. 2010;14(7):874–80.
25. Hermsen LAH, Hoogendijk EO, van der Wouden JC, Smalbrugge M, Leone SS, van der Horst HE, et al. Self-perceived care needs in older adults with joint pain and comorbidity. Aging Clin Exp Res. 2017;0(0):1–7.
26. Freyne A, Dolan M, Cooney C. Carer-rated needs assessment of a cohort of people with dementia. Ir J Psychol Med. 2010;27(2):72–6.
27. Mazurek J, Szcześniak D, Urbańska K, Dröes R-M, Rymaszewska J. Met and

unmet care needs of the elderly with dementia living at home: Personal and informal carers' perspectives. Dementia [Internet]. 2017;147130121773323. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1471301217733233

28. Miranda-Castillo C, Woods B, Orrell M. The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: A cross-sectional survey. BMC Health Serv Res [Internet]. 2013;13(1):1. Available from: BMC Health Services Research
29. Nikmat A, Hassan S. Older Adults With Cognitive Impairment Living In Malaysian Nursing Homes – Have We Met Their Needs? 2015;2343(June).
30. Orrell M, Hancock GA, Liyanage KCG, Woods B, Challis D, Hoe J. The needs of people with dementia in care homes: The perspectives of users, staff and family caregivers. Int Psychogeriatrics. 2008;20(5):941–51.
31. Roszmann A, Zuralska R, Sitek E, Sławek J, Skrzypek-Czerko M, Domagała P, et al. Needs assessment of long term care institutions residents with dementia. Acta Neuropsychol. 2014;12(1):65–72.
32. van der Ploeg E, Bax D, Boorsma M, Nijpels G, van Hout H. A cross-sectional study to compare care needs of individuals with and without dementia in residential homes in the Netherlands. BMC Geriatr [Internet]. 2013;13:51. Available from: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L563033471
33. Van Der Roest HG, Meiland FJM, Comijs HC, Derksen E, Jansen APD, Van Hout HPJ, et al. What do community-dwelling people with dementia need? A survey of those who are known to care and welfare services. Int Psychogeriatrics. 2009;21(5):949–65.
34. Tapia T, Slachevsky A, León-Campos MO, Madrid M, Caqueo-Urízar A, Rohde GC, et al. Predictors of unmet needs in Chilean older people with dementia: A cross-sectional study. BMC Geriatr. 2019;19(1):1–10.
35. Stein J, Luppa M, König HH, Riedel-Heller SG. Assessing met and unmet needs

in the oldest-old and psychometric properties of the German version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) - A pilot study. Int Psychogeriatrics. 2014;26(2):285–95.

36. Stein J, Liegert P, Dorow M, König HH, Riedel-Heller SG. Unmet health care needs in old age and their association with depression – results of a population-representative survey. J Affect Disord. 2019;245(November 2018):998–1006.
37. Dautzenberg G, Lans L, Meesters PD, Kupka R, Beekman A, Stek ML, et al. The care needs of older patients with bipolar disorder. Aging Ment Heal. 2016;20(9):899–907.
38. Chalmers J, Carter K, Spencer A. Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia. Gerontol Assoc. 2002;
39. Preyde M, Brassard K. Evidence-based Risk Factors for Adverse Health Outcomes in Older Patients after Discharge Home and Assessment Tools : A Systematic Review. J Evid Based Soc Work. 2011;8:445–68.
40. Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. Rev Med Chil. 2004;132(4):467–78.
41. Cid Ruzafa J, Damian-Moreno J. Valoracion de la discapacidad fisica: El indice de Barthel. Rev Esp Salud Publica. 1997;71(4):411–8.
42. Subsecretaria de Salud Pública. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor [Internet]. Programa de Salud del Adulto Mayor División de Prevención y Control de Enfermedades. 2008. Available from: http://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf%0Ahttp://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf%0Ahttp://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf%0Ahttp://web.minsal.cl/portal
43. Solís C, Arrioja S, Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plast y restauración … [Internet]. 2005;4:1–6. Available from: http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-

2005/prn051_2l.pdf

44. Herdman M, Badia X, Berra S. EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. Aten Primaria [Internet]. 2001;28(6):425–30. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4
45. Hurst NP, Kind P, Ruta D, Hunter M, Stubbings A. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: Validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D). Br J Rheumatol. 1997;36(5):551–9.
46. Olivares-Tirado P. Calidad de vida relacionada a la Salud en población general. Santiago, Chile; 2005.
47. Zarate V, Kind P, Valenzuela P, Vignau A, Olivares-Tirado P, Munoz A. Social valuation of EQ-5D health states: The chilean case. Value Heal [Internet]. 2011;14(8):1135–41. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2011.09.002
48. Snaith P. The Hospital Anxiety And Depression Scale. 2003;4:6–9.
49. Quintana J, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. 2003;(107):216–21.
50. Arechabala M, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido. Cienc y Enfermería. 2002;8(1):49–55.
51. Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerraa, C. & Millán T. Original and abbreviated Zarit caregiver burden scales. Validation in Chile. Rev Med Chil. 2009;137(5):657–65.
52. Field A. Discovering Statistics using SPSS. Third Edit. SAGE Publications; 2009.
53. Troncoso M. Cuidado Informal a Mayores Dependientes en Chile: Quienes Cuidan y Con Que Politicas Sociales Cuentan. Am Lat Hoy. 2015;71:83–101.
54. MINSAL. Orientación técnica programa más adultos mayores autovalentes. 2015; Available from: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/013.Orientación-Técnica-Programa-Ms-Autovalentes.pdf

55. Ministerio de Salud C. Plan Nacional De Demencia. Atención Primaria. 2017;60.
56. Forttes P, Delgeon T (Eds. . La Dependencia y Apoyo a los Cuidados, un asunto de Derechos Humanos [Internet]. 2017. Available from: http://www.direccionsociocultural.gob.cl/wp-content/uploads/2017/08/Dependencia-y-apoyo-cuidadosDDHH.pdf
57. Gobierno de Chile. Programa chile cuida. Dirección Sociocultural. 2016.
58. Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How Effective Are Interventions With Caregivers ? An Updated Meta-Analysis. 2002;42(3):356–72.
59. Zhu W, Jiang Y. AA Meta-analytic Study of Predictors for Informal Caregiver Burden in Patients With Stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis [Internet]. 2018; Available from: https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.08.037
60. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people : a systematic review. 2011;
61. Courtin E, Knapp M. Social isolation , loneliness and health in old age : a scoping review. 2015;
62. Zavala G, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen P. Funcionamiento social del adulto mayor. 2006;(2):53–62.
63. Burnes D, Sheppard C, Jr CRH, Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults : A Systematic Review and Meta-Analysis. 2019;109(8):1–9.
64. National Health Service. Five year forward view for mental health: one year on [Internet]. 2017. Available from: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/fyfv-mh-one-year-on.pdf
65. Leung KK, Hons BA, Silvius JL, Pimlott N, Dalziel W, Drummond N. Why health expectations and hopes are different : the development of a conceptual model. 2009;347–60.
66. Huenchuan S, Gonzalez D, Paredes M, Guzman J. Protección y participación en la vejez : escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile [Internet]. 2007. Available from:

http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Proteccion-y-Participacion-en-la-Vejez-en-CELADE-CEPAL-2007.pdf

67. Cassidy K-L, Rector N. The Silent Geriatric Giant: Anxiety Disorders in late life. Geriatr Aging. 2008;11(3):150–6.

68. Ní Mhaoláin A, Fan CW, Romero-ortuno R, Cogan L, Cunningham C, Kenny R, et al. Frailty , depression , and anxiety in later life. 2012;24(8):1265–74.

Anexos

Anexo 1

Dimensiones y Áreas de necesidad según el CANE

Dimensión Ambiental

1. Vivienda
2. Cuidado del Hogar
3. Alimentación
4. Cuidado de otra persona
5. Dinero/Finanzas
6. Beneficios Sociales

Dimensión Física

7. Salud Física
8. Medicación
9. Vista/Oído/Comunicación
10. Movilidad/Caídas
11. Cuidado Personal
12. Continencia

Dimensión Social

13. Compañía
14. Relaciones Cercanas/Significativas
15. Actividades Diarias
16. Información sobre su Estado y Tratamiento
17. Abuso/Abandono

Dimensión Psicológica

18. Malestar Psicológico
19. Memoria
20. Riesgo para sí mismo (Accidentes)

21. Riesgo para sí mismo (Autoagresión deliberada)
22. Conducta de Riesgo para los demás
23. Alcohol
24. Síntomas Psicóticos

Anexo 2

Cuestionario Camberwell de Evaluación de Necesidades en Personas Mayores o Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) (Reynolds et al., 2000)

1. VIVIENDA — EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE LA PERSONA UN LUGAR ADECUADO DONDE VIVIR?

¿Dónde vive usted? ¿Qué tipo de lugar es? ¿Tiene algún problema con la vivienda?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. La persona tiene un lugar adecuado incluso si está actualmente en un hospital. No necesita ayuda para su vivienda.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. El hogar está en siendo adaptado o arreglado el mobiliario. La persona necesita ayuda que está recibiendo; p.ej. está viviendo en una vivienda protegida o en una pensión.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Vagabundo, vivienda precaria o vivienda carece de las condiciones básicas como agua, electricidad, calefacción.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTUA 0 O 9 IR AL ÁREA 2

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA LA VIVIENDA?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Ocasionalmente le dejan algunos muebles o realizan pequeños trabajos en el hogar.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Ayuda sustancial en la mejora de la vivienda, tal como adaptaciones específica del piso o en la organización del mobiliario.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Vive con parientes o amigos porque su propia vivienda es insatisfactoria.

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU VIVIENDA?

¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU VIVIENDA?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Reparaciones menores, dar la dirección de servicios comunitarios de vivienda.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Reparaciones mayores, derivar a los servicios comunitarios de vivienda, procurar activamente el cambio de vivienda.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Ser realojado, vivir en un hogar grupal, pensión, residencia u hospital.

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SU VIVIENDA? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SU VIVIENDA? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

2. CUIDADO DEL HOGAR — EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE LA PERSONA DIFICULTADES PARA EL CUIDADO DE SU HOGAR?

¿Es capaz de cuidar su casa? ¿Le ayuda alguien?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Autónomo para el cuidado de su hogar. El hogar puede estar desordenado pero la persona lo mantiene básicamente limpio.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Limitado en para el cuidado del hogar y tiene ayuda doméstica adecuada.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Incapaz del cuidado y no recibe ayuda doméstica adecuada. El hogar presenta riesgo potencial para la salud o de incendios / escape de gas.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTUA 0 O 9 IR AL AREA 3

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE DE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA EL CUIDADO DEL HOGAR?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Indicaciones o ayuda en el orden o limpieza ocasionalmente

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Indicaciones o ayuda en el orden o limpieza al menos una vez a la semana

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Hacen la mayoría o todas las tareas de la casa .

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA EL CUIDADO DEL HOGAR?

¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA EL CUIDADO DEL HOGAR?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Indicaciones/supervisión del personal

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Alguna ayuda con las tareas domésticas

3 = MUCHA AYUDA — Ej. La mayoría de las tareas son realizada por el personal

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA EL CUIDA DO DE LA CASA? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL, ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA EL CUIDADO DE LA CASA? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9= DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

3. ALIMENTACIÓN — EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE LA PERSONA DIFICULTADES PARA CONSEGUIR SUFICIENTE COMIDA?

¿Prepara sus propios alimentos y hace su compra? ¿Qué tipo de alimentación toma?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Capaz de comprar o preparar comidas adecuadas de forma autónoma.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Incapaz de prepararse alimentos y le recibe comidas o ayudas que cubren su necesidad.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Dieta muy pobre, comida culturalmente inapropiada, incapaz de obtener alimento adecuado; dificultad para tragar comida normal.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTUA 0 O 9 IR AL AREA 4

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA UNA ALIMENTACIÓN SUFICIENTE?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Ocasionalmente se le facilita comida o ayuda con las compras.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Ayuda semanal en la compra o comida facilitada más de una vez por semana pero no diariamente.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Se le facilita ayuda para la comida diariamente.

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN SUFICIENTE?

¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN SUFICIENTE?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Le proporciona 1-4 comidas por semana o se le ayuda en una comida por semana.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Se le proporciona más de 4 comidas semanalmente o se le ayuda en todas las comidas. Compra Semanal.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Se le facilitna todas las comidas

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN SUFICIENTE? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN SUFICIENTE? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9= DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

4. CUIDADO PERSONAL — EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE DIFICULTADES LA PERSONA PARA SU CUIDADO?

¿Tiene dificultades con el cuidado personal como lavado, vestido, cortar sus uñas...? ¿Necesita ayuda alguna vez?

0 = SIN PROBLEMAS — Ej. Apropiadamente vestido y arreglado de forma autónoma.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Necesita y recibe ayuda para su cuidado personal

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Poca higiene personal, incapaz de vestirse o lavarse, sin recibir ayuda adecuada.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTUA 0 O 9 IR AL AREA 5

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA EL CUIDADO PERSONAL?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Indicaciones (cambiarse de ropa) o ayudas ocasionalmente

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Ayuda regular, semanalmente o más a menudo

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Ayuda diaria con baño o vestido. Colada semanal

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU CUIDADO PERSONAL?

¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU CUIDADO PERSONAL?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Indicaciones ocasionales por parte del personal

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Supervisión semanal del aseo y algún otro aspecto del cuidado personal

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Supervisión de la mayoría de los aspectos del auto cuidado; ayuda la mayoría de los días

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SU CUIDADO PERSONAL? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SU CUIDADO PERSONAL? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

5. CUIDADO DE OTRA PERSONA

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE LA PERSONA DIFICULTADES CUIDANDO A OTRA PERSONA?

¿Está cuidando de alguien? ¿Tiene alguna dificultad en ocuparse de el/ella?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. No tiene nadie de quien cuidar o sin problemas en cuidar a otra persona.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Dificultades con el cuidado de otra persona y está recibiendo ayuda.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Dificultad sería en ocuparse o cuidar de otra persona.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 6

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA OCUPARSE DE ALGUIEN MÁS?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Ayuda ocasional, menos de una vez a la semana

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Ayuda la mayor parte de los días

3 = MUCHA AYUDA — Ej. La persona de la que cuidaba ha ido a vivir con amigos o familiares.

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA CUIDAR DE ALGUIEN?

¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA CUIDAR DE ALGUIEN?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. La persona va a un centro de día; asistencia semanal en el domicilio.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Asistencia en el domicilio casi diaria; actualmente programa de entrenamiento/apoyo para el cuidador.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Ingresos en instituciones temporales, cuidado organizado durante las 24 horas o planes para ingreso en residencia

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA CUIDAR DE ALGUIEN? (0 = NO 1 = SI 9= DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL, ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA CUIDAR DE ALGUIEN MÁS? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9= DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

6. ACTIVIDADES DIARIAS

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE DIFICULTADES LA PERSONA PARA MANTENER ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES Y ADECUADAS?

¿Cómo pasa el día? ¿Tiene suficientes cosas que hacer?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Actividades adecuadas de trabajo, sociales o de ocio; puede organizar sus propias actividades.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Incapaz de ocuparse de sí mismo, tiene actividades adecuadas organizadas por otros.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Carece de actividades de trabajo, sociales o de ocio adecuadas.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 7

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA ENCONTRAR O MANTENER UNAS ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES Y ADECUADAS?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Ayuda ocasional en planear actividades

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Ayuda por lo menos semanalmente

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Ayuda diaria en la organización de las actividades

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA ENCONTRAR O MANTENER ACTIVIDADES DIARIAS ADECUADAS?

¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA ENCONTRAR O MANTENER ACTIVIDADES DIARIAS ADECUADAS?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Educación de adultos Una actividad semanalmente.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Centro de día 2-4 días a la semana. Asistencia a hospital de día. Actividades adecuadas 2-4 días por semana.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Aporte de de actividades adecuadas 5 o más días por semana, p.ej. centro u hospital de día.

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA CON SUS ACTIVIDADES? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL, ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA CON SUS ACTIVIDADES? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9= DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

7. MEMORIA

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE LA PERSONA PROBLEMAS CON LA MEMORIA?

¿A menudo tiene problemas para recordar cosas que han sucedido recientemente? ¿A menudo olvida dónde ha puesto las cosas?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. A veces se olvida pero lo recuerda más tarde. No le crea problemas.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Algunos problemas, pero estás siendo estudiados / o está recibiendo ayuda.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Claro déficit en recordar nueva información; pierde cosas; desorientado en tiempo y/o espacio, no recibiendo asistencia adecuada.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 8

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES POR SU PÉRDIDA DE MEMORIA?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Advertencias, notas ocasionales, recordatorios. Visitas semanales.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Asistencia/supervisión la mayoría de los días

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Vive con un familiar. Supervisión constante

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SU PÉRDIDA DE MEMORIA?

¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SU PÉRDIDA DE MEMORIA?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Algún consejo/ ayuda con la memoria, revisiones por su médico de cabecera.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Está bajo estudio. Regularmente le ve un profesional de la salud. Ej. Clínica de memoria, hospital de día. Acude al especialista. Se ha adaptado su entorno.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Asistencia especial organizada en función de los déficits de memoria. Asistencia continua.

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SU PÉRDIDA DE MEMORIA? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL, ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SU PÉRDIDA DE MEMORIA? (0= NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9=DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

8. VISTA/OIDO / COMUNICACION

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE LA PERSONA ALGÚN PROBLEMA DE VISIÓN O AUDICIÓN?

¿Tiene usted alguna dificultad para oír lo que le dice alguien en una habitación silenciosa? ¿Tiene alguna dificultad al leer las noticias o ver la televisión? ¿Es usted capaz de expresarse con claridad?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Sin problemas (puede llevar lentes correctoras o audífono adecuados), es autónomo.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Algún problema pero corregido en cierta medida; está siendo estudiado adecuadamente o recibe la ayuda adecuada.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Gran dificultad para ver u oír, no recibe la asistencia adecuada.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 9

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA SU VISIÓN/AUDICIÓN?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Ayuda para fijar citas para tratar los problemas de visión/audición. Asistencia ocasional

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Ayuda regular con tareas difíciles como leer la correspondencia

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Ayuda con la mayoría de las tareas que resultas difíciles por los problemas de visión. o audición.

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SUS PROBLEMAS DE VISIÓN/AUDICIÓN?

¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SUS PROBLEMAS DE VISIÓN/AUDICIÓN?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Consejo sobre su deficiencia; le aportan las ayudas técnicas o se las revisan.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Está bajo estudio/tratamiento. Aparatos revisados regularmente. Asistencia aúdiua para tareas.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Ayuda varios días por semana. Citas en el hospital o con servicios especializados.

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SUS PROBLEMAS DE VISIÓN/AUDICIÓN? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL, ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SUS PROBLEMAS DE VISIÓN/AUDICIÓN? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

9. MOVILIDAD / CAIDAS

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE LA PERSONA PROBLEMAS PARA MOVERSE, CAÍDAS O PROBLEMAS PARA USAR EL TRANSPORTE PUBLICO?

¿Tiene usted alguna dificultad al entrar o salir de casa? ¿Ha tenido caídas? ¿Puede usar el autobús o el tren?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Físicamente capaz. Movilidad normal

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Alguna dificultad caminando, subiendo escaleras o usando el transporte público, pero capaz de hacerlo con ayudas (p. ej. bastones, muletas, silla de ruedas). Caídas ocasionales. Plan de seguridad en el local.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Movilidad muy restringida incluso con aparatos para caminar. Varias caídas por mes. Carece de ayuda adecuada.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 10

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES POR SUS PROBLEMAS DE MOVILIDAD

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Ayuda ocasional, p. ej. con el transporte

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Ayuda habitual para moverse o con el transporte público. Ayuda para organizar cambios en la casa.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Ayuda diaria y supervisión con la movilización/transporte.

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE MOVILIDAD?

¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE MOVILIDAD?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Consejo. Una o más ayudas (Bastones, muletas...)

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Realizando actualmente investigaciones y/o valoración traumatológica o fisioterapéutica. Transporte regular, p. ej. al centro de día; recibe ligera ayuda para su movilidad.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Cambios apropiados completos en la casa y ayudas. Asistencia la mayoría de los días. Atención a domicilio debido a necesidad de movilidad.

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SUS PROBLEMAS DE MOVILIDAD? (0 = NO 1 = SI 9= DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SUS PROBLEMAS DE MOVILIDAD? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

10. CONTINENCIA

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE LA PERSONA INCONTINENCIA?

¿Ha tenido alguna vez accidentes / se ha mojado alguna vez al no poder llegar al lavabo rápidamente? ¿Cuánto problema? ¿Heces en alguna ocasión? ¿Está recibiendo alguna ayuda?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Sin incontinencia/ Autónomo para manejar problemas de incontinencia.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Incontinencia en alguna ocasión. Recibiendo la ayuda adecuada/investigaciones diagnósticas.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Habitualmente húmedo o manchado. Incontinencia progresiva que necesita valoración.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 11

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES POR SUS PROBLEMAS DE INCONTINENCIA?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Advertencias regulares para mantener la continencia

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Ayuda habitual con el lavado de ropa, higiene y uso de ayudas

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Ayuda completa con la incontinencia (lavado de ropa, higiene, ayudas...).

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE INCONTINENCIA?

¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE INCONTINENCIA?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Avisos regulares para mantener la continencia y provisión de otras ayudas.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Investigaciones/tratamiento. Ayuda habitual con lavado de ropa higiene y ayudas

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Intervención médica planificada(p. ej. cirugía). Cuidado y asistencia constantes debido a la incontinencia (p.ej. en residencia). Programa substancial de incontinencia en acción..

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SUS PROBLEMAS DE INCONTINENCIA? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL , ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SUS PROBLEMAS DE INCONTINENCIA? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

11. SALUD FÍSICA

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE LA PERSONA ALGUNA DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD FÍSICA?

¿Cómo se siente físicamente? ¿Sigue algún tratamiento para problemas físicos prescrito por su médico?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Físicamente bien/ No está recibiendo intervenciones médicas.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Enfermedad física como tensión alta que recibe un tratamiento/estudio adecuado. Revisiones de su estado de salud.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Enfermedad física seria sin tratamiento. Dolor importante. En lista de espera para cirugía mayor

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 12

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O FAMILIARES POR SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Se le organizan citas para ver al médico

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Acompañado regularmente al médico o al hospital

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Diariamente se le ayuda con los problemas resultado de la enfermedad. Viviendo con un familiar mientras se encuentra convaleciente o enfermo

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA?

¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Se le da una dieta o consejo médico. Visitas ocasionales al médico de cabecera por medicinas.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Medicación importante prescrita . Regularmente visto por profesionales sanitarios (médico de cabecera o personal de enfermería, personal de hospital/centro de día).

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Admisiones periódicas en el hospital. Cuidado de enfermería 24 h/día. Tratamiento muy regular o intensivo.

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA? (0 = NO 1=SI 9=DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA? (0 = NO SATISFECHA 1= SATISFECHA 9=DESCONOCIDO)

COMENTARIOS
(Considerar salud bucal, cuidados de piel y pies, especialmente en personas muy débiles o que presentan condiciones médicas crónicas).

12. MEDICACIÓN

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE LA PERSONA PROBLEMAS CON MEDICAMENTOS?

¿Tiene algún problema (p. ej. efectos secundarios) con la medicación? ¿Cuántas pastillas diferentes está tomando? ¿Ha sido su medicación revisada recientemente por su médico? ¿Toma usted algún medicamento o sustancia que no le haya sido recetado?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Sin problemas de cumplimiento, efectos secundarios, abuso o dependencia de sustancias.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Revisiones habituales, consejo. La enfermera administra la medicación. Pastilleros.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Cumplimiento deficiente, toma demasiado o muy poco . Dependencia o abuso de sustancias (pacientes o no), medicación proporcionada inadecuada.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 13

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O FAMILIARES CON SU MEDICACIÓN?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Recuerdo ocasional Advertencias de mala utilización de sustancias.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Recogida, recuerdos habituales y control de la medicación. Consejo sobre instituciones de ayuda

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Administran y guardan la medicación. Apoyo durante programa de abstinencia de drogas

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA CON SU MEDICACIÓN *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES?

¿CUANTA AYUDA CON SU MEDICACIÓN *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES?

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Consejo del médico de cabecera. Instrucciones sobre la toma de medicación

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Supervisión por enfermera/hospital de día/ recurso de ayuda que le administra medicinas.

3 = MUCHA AYUDA — Programa intensivo para la administración de medicinas, cumplimiento, abuso o dependencia (p.ej. programa de abstinencia supervisado para tratamiento de la dependencia de sustancias).

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA CON SU MEDICACIÓN? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL, ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA CON SU MEDICACIÓN? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

13. SÍNTOMAS PSICÓTICOS

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿TIENE LA PERSONA SÍNTOMAS PSICÓTICOS TALES COMO IDEAS DELIRANTES, ALUCINACIONES, ALTERACIONES FORMALES DEL PENSAMIENTO O PASIVIDAD?

¿Alguna vez oye voces, ve cosas extrañas o tiene problemas con sus pensamientos?
¿Toma alguna medicación para esto?

0 = SIN NECESIDAD — No hay síntomas definidos, no hay riesgo de padecerlos y no toma medicación para síntomas psicóticos.
1 = NECESIDAD CUBIERTA — Síntomas mejorados con medicación u otra ayuda, p.ej. estrategias de afrontamiento, plan de seguridad.
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Actualmente presenta síntomas o riesgo de padecerlos.
9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 14

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O FAMILIARES POR SUS SÍNTOMAS PSICÓTICOS?

0 = NINGUNA
1 = POCA AYUDA — Ej. Algún apoyo
2 = MODERADA AYUDA — Ej. Cuidadores implicados en ayudarlo con estrategias para el afrontamiento o cumplimiento de la medicación.
3 = MUCHA AYUDA — Ej. Supervisión constante con la medicación y ayuda en las estrategias para el afrontamiento.
9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SUS SÍNTOMAS PSICÓTICOS?
¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SUS SÍNTOMAS PSICÓTICOS?

0 = NINGUNA
1 = POCA AYUDA — Ej. Estado mental y medicación revisados trimestralmente o con menor frecuencia. Grupo de apoyo.
2 = MODERADA AYUDA — Ej. Estado mental y medicación revisados más que trimestralmente. Terapia estructurada frecuente (hospital de día, visitas frecuentes de enfermería)
3 = MUCHA AYUDA — Ej. Medicación y cuidado hospitalario (24 horas), centro de día diariamente o manejo de la crisis en el domicilio.
9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA AYUDA ADECUADA PARA SUS SÍNTOMAS PSICÓTICOS? 0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA QUE RECIBE PARA SUS SÍNTOMAS PSICÓTICOS? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

14. ANGUSTIA

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿ESTÁ ACTUALMENTE LA PERSONA ANGUSTIADA?

¿Se ha sentido recientemente muy triste o decaído?
¿Se ha sentido muy ansioso, atemorizado o preocupado?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Angustia leve u ocasional. Afronta situaciones independientemente.
1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Necesita y recibe apoyo actualmente
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. La angustia afecta significativamente a su vida p. ej. le impide salir
9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 15

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES POR ESTE PROBLEMA?

0 = NINGUNA
1 = POCA AYUDA — Ej. Alguna comprensión o apoyo
2 = MODERADA AYUDA — Ej. Tiene la oportunidad al menos semanalmente, para hablar sobre su angustia y conseguir ayuda con estrategias de afrontamiento
3 = MUCHA AYUDA — Ej. Apoyo y supervisión constante.
9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SU ANGUSTIA?
¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SU ANGUSTIA?

0 = NINGUNA
1 = POCA AYUDA — Ej. Evaluación del estado mental o apoyo ocasional.
2 = MODERADA AYUDA — Ej. Tratamiento específico psicológico o social para la ansiedad. Asesorado por personal sanitario al menos una vez por semana, p.ej. en Hospital de día.
3 = MUCHA AYUDA — Ej. Atención hospitalaria durante 24 horas o manejo de la crisis en su domicilio.
9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SUS PROBLEMAS DE ANGUSTIA? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SUS PROBLEMAS DE ANGUSTIA? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

15. INFORMACIÓN (SOBRE SU ESTADO Y TRATAMIENTO)

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿HA RECIBIDO LA PERSONA UNA INFORMACIÓN CLARA, VERBAL O ESCRITA, ACERCA DE SU ESTADO Y TRATAMIENTO?

¿Ha recibido información clara sobre su estado, la medicación u otros tratamientos? ¿Cuánto le ha ayudado la información? ¿Quiere esa información?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Ha recibido y comprendido información adecuada. No ha recibido información pero no la desea. Estado avanzado de demencia que excluye la necesidad.
1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Recibe asistencia para entender la información. Información proporcionada adecuada para el nivel de comunicación/entendimiento de la persona.
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. No ha recibido información o sólo información inadecuada.
9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 16

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA OBTENER TAL INFORMACIÓN?

0 = NINGUNA
1 = POCA AYUDA — Ej. Algún consejo.
2 = MODERADA AYUDA — Ej. Recibe folletos o contacto con grupos de autoayuda a través de amigos o familiares
3 = MUCHA AYUDA — Ej. Relación regular con facilitadores o grupos de autoayuda (p.ej. Familiares Enf Alzheimer) o a través de amigos o familiares.
9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA OBTENER TAL INFORMACIÓN?
¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA OBTENER TAL INFORMACIÓN?

0 = NINGUNA
1 = POCA AYUDA — Ej. Breve información verbal o escrita sobre su problema/enfermedad/tratamiento.
2 = MODERADA AYUDA — Ej. Recibe información de grupos de autoayuda. Sesiones informativas amplias
3 = MUCHA AYUDA — Ej. Ha recibido educación personal específica con s sin información escrita detallada
9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA AYUDA ADECUADA PARA OBTENER TAL INFORMACIÓN? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA OBTENER TAL INFORMACIÓN? (0 = NO SATISFECHA 1=SATISFECHA 9= DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

16. RIESGO PARA SI MISMO (AUTOAGRESIÓN DELIBERADA)

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

¿ES LA PERSONA UN PELIGRO PARA SI MISMO?

¿Ha pensado alguna vez en autoagredirse?,
¿Sólo ideas o lo ha hecho realmente?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. No ideas de autoagresión o suicidas.
1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. El riesgo de suicidio está controlado por el personal, recibe asesoramiento. Plan de seguridad adecuado en acción.
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Ha expresado ideas suicidas o se ha expuesto agravo peligro durante el último mes
9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 17

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA DISMINUIR EL RIESGO DE AUTOAGRESIÓN?

0 = NINGUNA
1 = POCA AYUDA — Ej. Posibilidad de contactar con amigos o familiares si se siente inseguro.
2 = MODERADA AYUDA — Ej. Amigos o familiares están normalmente en contacto y es probable que sepan si se siente inseguro.
3 = MUCHA AYUDA — Ej. Amigos o familiares están en contacto regular y es muy probable que sepan y le proporcionen ayuda si se siente inseguro.
9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE AUTOAGRESIÓN?
¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE AUTOAGRESIÓN?

0 = NINGUNA
1 = POCA AYUDA — Ej. Alguien con quien contactar cuando se siente inseguro
2 = MODERADA AYUDA — Ej. El personal comprueba al menos una vez a la semana, asesoramiento regular
3 = MUCHA AYUDA — Ej. Supervisiones diarias, hospitalizado por causa del riesgo.
9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA AYUDA ADECUADA PARA REDUCIR EL RIESGO DE AUTOAGRESIÓN? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA REDUCIR EL RIESGO DE AUTOAGRESIÓN? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

17. RIESGO PARA SI MISMO (ACCIDENTES)

	EVALUACIONES USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA RIESGO DE DAÑARSE ACCIDENTALMENTE?				

¿Ha hechos alguna vez algo que le pusiera en peligro accidentalmente
Cómo dejar el gas abierto, un fuego encendido, perderse…?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. No daños personales por accidente

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Supervisión específica o ayuda para prevenir el riesgo, p. ej. notas recordatorio o avisos ocasionales, ambiente seguro, observación.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Conducta peligrosa frecuente, p. ej. perderse, peligro con el gas/fuego, falta de plan de seguridad en el lugar.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 18

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR DAÑO POR ACCIDENTE?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Supervisión periódica, semanalmente o menos..

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Supervisión 3-5 días cada semana

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Supervisión casi constante/cuidado las 24 horas debido al riesgo.

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR DAÑO POR ACCIDENTE?				
¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR DAÑO POR ACCIDENTE?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Control de la conducta semanalmente o menos, realizada completa evaluación de riesgo.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Supervisión diaria, plan específico para prevenir la amenaza.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Supervisión constante, p.ej. en residencia debido al riesgo de autodaño inadvertido.

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA AYUDA ADECUADA PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR DAÑO POR ACCIDENTE? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR DAÑO POR ACCIDENTE? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				

COMENTARIOS

18. ABUSO/ ABANDONO

	EVALUACIONES USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿ESTÁ LA PERSONA EN RIESGO POR CAUSA DE OTROS?				

¿Alguien ha hecho algo para asustarle, dañarle o aprovecharse de usted?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. No aspectos de abuso/ abandono durante el mes pasado.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Necesita y consigue apoyo o protección. Plan de seguridad en acción.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Gritos, empujones o desatención habituales. Malversación financiera. Agresión física.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 19

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR ABUSOS?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Consejos ocasionales

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Apoyo y protección habituales.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Apoyo constante; protección regular, gestiones.

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR ABUSOS?				
¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR ABUSOS?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Alguien con quien contactar cuando se siente amenazado o inseguro

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Apoyo habitual, ocasionalmente ayuda.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Supervisión constante; implicación legal vía servicios; separación de la persona responsable del abuso

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA AYUDA ADECUADA PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR ABUSOS? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR ABUSOS? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				

COMENTARIOS

19. CONDUCTA (RIESGO PARA LOS DEMÁS)

	EVALUACIONES USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿ES LA CONDUCTA DE LA PERSONA PELIGROSA, AMENAZANTE O MOLESTA PARA OTROS?				

¿Tiene problemas con otras personas, porque se mete en sus asuntos, enfadándose frecuentemente, amenazándoles o molestándoles?¿Qué pasa?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Sin historia de comportamiento violento o amenazante

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Bajo supervisión/ tratamiento debido a su riesgo potencial.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Violencia o amenazas recientes.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 20

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA REDUCIR EL RIESGO DE QUE SU CONDUCTA ENFADE O MOLESTE A ALGUIEN?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Ayuda/supervisión semanalmente o menos.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Ayuda /supervisión más de una vez por semana.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Ayuda/supervisión casi constante por su persistente comportamiento amenazante.

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE QUE MOLESTE O DAÑE A ALGUIEN?				
¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE QUE MOLESTE O DAÑE A ALGUIEN?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Control del comportamiento semanalmente o menos

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Supervisión diaria o servicio de atención nocturna, activo plan de asistencia en acción.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Supervisión constante. Programa intensivo de control de conducta .

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA AYUDA ADECUADA PARA REDUCIR EL RIESGO DE QUE MOLESTE O DAÑE A ALGUIEN? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL, ESTÁ LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA REDUCIR EL RIESGO DE QUE MOLESTE O DAÑE A ALGUIEN? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				

COMENTARIOS

20. ALCOHOL

	EVALUACIONES USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿BEBE LA PERSONA EXCESIVAMENTE O TIENE PROBLEMAS PARA CONTROLAR LA BEBIDA?				

¿Toma alcohol? ¿Cuánto? ¿La bebida le causa algún problema?
¿Se siente culpable alguna vez? ¿Desearía beber menos?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. No bebe o lo hace sensatamente

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. En riesgo de abuso de alcohol y recibiendo ayuda

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Actualmente bebiendo de forma perjudicial o incontrolable, no recibiendo asistencia adecuada.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 21

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA SU PROBLEMA CON LA BEBIDA?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Advertido de que lo deje

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Se le informa acerca de asociaciones de ayuda, p. ej. alcohólicos anónimos

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Constante apoyo y/o vigilancia de la ingesta de alcohol.

9 = DESCONOCIDO

¿CUANTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU PROBLEMA CON LA BEBIDA?				
¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU PROBLEMA CON LA BEBIDA?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Se le da información y se le habla sobre los riesgos

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Se le proporciona apoyo e información sobre recursos de ayuda, el acceso a la bebida está supervisado.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Acude a un centro para alcohólicos, programa de deshabituación supervisado

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SU PROBLEMA CON LA BEBIDA? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SU PROBLEMA CON LA BEBIDA? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				

COMENTARIOS

21. COMPAÑÍA

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿NECESITA LA PERSONA AYUDA PARA EL CONTACTO SOCIAL?				

¿Está satisfecho con su vida social? ¿Desearía tener más contacto social con otros? ¿Se siente a menudo solo?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Capaz de mantener suficientes contactos con otros, tiene suficientes amigos

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Identificada la necesidad de carecer de compañía pero recibe intervenciones específicas, p.ej. está solo de noche pero asiste de forma apropiada a club social o centro de día. Involucración de trabajador social.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Frecuentemente se siente solo y aislado. Muy pocos contactos sociales

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 22

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES CON RELACIÓN A LOS CONTACTOS SOCIALES?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Menos de un contacto social/visita a la semana

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Contactos sociales semanalmente o más a menudo.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. . Contactos sociales al menos cuatro veces a la semana.

9 = DESCONOCIDO

¿CUÁNTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA FACILITAR SUS CONTACTOS SOCIALES?				
¿CUÁNTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA FACILITAR SUS CONTACTOS SOCIALES?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Visitas ocasionales de voluntarios. Ha sido referido a club social.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Asiste regularmente a centro de día o grupo comunitario, actividad social organizada.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Asiste a centro de día o visitas sociales a domicilio en 3 o más ocasiones a la semana; entrenamiento en habilidades sociales, involucración de trabajador social.

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA FACILITAR SUS CONTACTOS SOCIALES? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA FACILITAR SUS CONTACTOS SOCIALES? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				

COMENTARIOS

22. RELACIONES CERCANAS/ SIGNIFICATIVAS

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA UN COMPAÑERO, FAMILIAR O AMIGO CON QUIEN MANTENGA UNA RELACIÓN EMOCIONAL O FÍSICA CERCANA/ SIGNIFICATIVA?				

¿Tiene una pareja, familiar o amigo al que se sienta muy unido?¿Contacta fácilmente con la gente?¿Puede hablar acerca de sus preocupaciones o problemas? ¿Echa de menos contacto físico o emocional significativo con alguna persona?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Contento con sus relaciones actuales o no desea relaciones cercanas significativas.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Tiene problemas con sus relaciones cercanas/ significativas y recibe un plan/asesoramiento/apoyo específico que le resulta útil.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. Desesperadamente solo. Carece de confidente.

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 23

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA FORMAR Y MANTENER UNA RELACIÓN CERCANA/ SIGNIFICATIVA?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Apoyo emocional ocasional.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Apoyo habitual.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Ayuda para contactar con servicios de orientación psicológica (orientación en duelo/problemas conyugales) que posiblemente incluye el acompañar a la persona hasta allí .

9 = DESCONOCIDO

¿CUÁNTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA FORMAR Y MANTENER UNA RELACIÓN CERCANA/ SIGNIFICATIVA?				
¿CUANTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA FORMAR Y MANTENER UNA RELACIÓN CERCANA/SIGNIFICATIVA?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Algún apoyo/consejo.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Apoyo/consejo de forma regular.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Apoyo intensivo. Terapia específica (p. ej. terapia conyugal o de duelo)

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SUS RELACIONES? (0 = NO 1 = SI 9= DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SUS RELACIONES? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				

COMENTARIOS

23. DINERO/ FINANZAS

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA PROBLEMAS PARA ADMINISTRAR SU DINERO?				

¿Tiene alguna dificultad para manejar su dinero? ¿Es capaz de pagar sus facturas?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. Capaz de comprar cosas esenciales y pagar facturas de forma autónoma.

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Recibe ayuda para administrarse o manejar su dinero

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. A menudo no tiene dinero para cosas básicas o recibos. Incapaz de administrarse

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 24

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA ADMINISTRAR SU DINERO?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Ayuda ocasional para pagar los recibos domésticos.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Ayuda frecuente, para calcular semanalmente el presupuesto, cobrar la pensión

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Se le administra totalmente sus finanzas. Poder legal.

9 = DESCONOCIDO

¿CUÁNTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA ADMINISTRAR SU DINERO?				
¿CUÁNTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA ADMINISTRAR SU DINERO?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Ayuda ocasional con el presupuesto

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Supervisión en el pago del alquiler, se le proporciona dinero semanalmente

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Completo o casi completo control de sus finanzas. Protección por sentencia legal, Poder legal

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA ADMINISTRAR SU DINERO? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA ADMINISTRAR SU DINERO? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9= DESCONOCIDO)				

COMENTARIOS

24. BENEFICIOS SOCIALES

EVALUACIONES: USUARIO | PROF. | CUIDADOR | INVEST.

	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿ESTÁ LA PERSONA RECIBIENDO TODOS LOS BENEFICIOS A LOS QUE TIENE DERECHO?				

¿Está seguro de que recibe todo el dinero al que tiene derecho?

0 = SIN NECESIDAD — Ej. No necesita beneficios o recibiendo todos los beneficios que le corresponden

1 = NECESIDAD CUBIERTA — Ej. Recibe ayuda adecuada en la reclamación de beneficios sociales; trabajador social involucrado durante el mes pasado.

2 = NECESIDAD NO CUBIERTA — Ej. No recibe todos los beneficios a los que tiene derecho

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA A

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA OBTENER TODOS LOS BENEFICIOS A LOS QUE TIENE DERECHO?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Ocasionalmente se le pregunta si está recibiendo algún dinero.

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Se le ayuda a cumplimentar solicitudes y se averigua sobre sus derechos

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Se han asegurado de que recibe todos sus beneficios.

9 = DESCONOCIDO

¿CUÁNTA AYUDA *RECIBE* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA OBTENER TODOS LOS BENEFICIOS A LOS QUE TIENE DERECHO?				
¿CUÁNTA AYUDA *NECESITA* LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA OBTENER TODOS LOS BENEFICIOS A LOS QUE TIENE DERECHO?				

0 = NINGUNA

1 = POCA AYUDA — Ej. Información ocasional sobre sus derechos

2 = MODERADA AYUDA — Ej. Ayuda para obtener derechos adicionales.

3 = MUCHA AYUDA — Ej. Valoración completa de sus actuales derechos a beneficios durante el mes pasado.

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA OBTENER TODOS LOS BENEFICIOS A LOS QUE TIENE DERECHO? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA OBTENER TODOS LOS BENEFICIOS A LOS QUE TIENE DERECHO? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				

COMENTARIOS

Anexo 3

Mini Mental State Examination (MMSE) (Quiroga L. et al., 2004)

"Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para ver cómo está su memoria y concentración"

Item	**si**	**no**	**n/s**	**respuesta**
1 Que día de la semana es hoy				
2 Cual es la fecha de hoy				
3 En que mes estamos				
4 En que estación del año estamos				
Sea flexible cuando hay cambio de estación, p.ej. marzo= verano/otoño /junio= otoño/invierno; septiembre= invierno/primavera; diciembre= primavera/verano).				
5 En que año estamos				
6 Que dirección es esta (calle, número)				
7 En que país estamos				
8 En que cuidad estamos				
9 Cuales son las 2 calles principales cerca de aquí				
10 En que piso estamos				
Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más. **Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno:** árbol, mesa, **avión.**				
11 árbol				
12 mesa				
13 avión				
1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas. **NUMERO RESPUESTAS CORRECTAS ( )** **Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones (O si todos son correctos en el primer intento).** **NUMERO DE REPETICIONES ( )**				

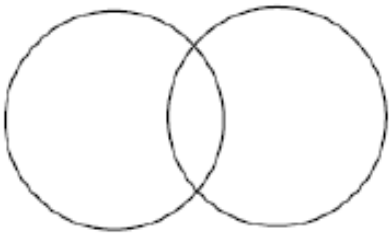
¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? **(de 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cuente 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).**

Item	**si**	**no**	**n/s**	**respuesta**
14a. 93				
15a. 86				
16a. 79				
17a. 72				
18a. 65				
«Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés. El número es 1 - 3 - 5 - 7 - 9 **(dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; de un punto por cada dígito correcto).**				
14b. 9				
15b. 7				
16b. 5				
17b. 3				
18b. 1				

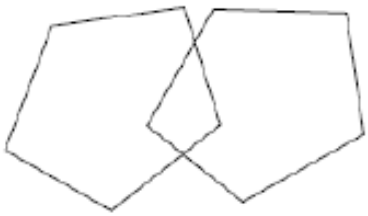
Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?				
Item	**si**	**no**	**n/s**	**respuesta**
19. árbol				
20. mesa				
21. avión				
Muestre un reloj de pulsera (anote 1 si es correcto)				
22. ¿Qué es ésto?				
Muestre un lápiz (anote 1 si es correcto)				
23. ¿Cómo se llama ésto?				
24. «Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mi: «tres perros en un trigal». (permita un solo intento).				
Pásele la hoja con la frase «Cierre los Ojos» (de 1 punto si el sujeto cierra los ojos)				
25a. Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito»				
25b. Pase una foto «un hombre levantando sus manos». (de 1 punto si responde levantando sus manos). «Mire esta foto y actúe en la misma forma».				
26. «Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas». **Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente**				
27. «Escriba una oración completa en este papel para mi» (la oración debería tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).				

«Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel, **(está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).**

Item	**si**	**no**	**n/s**	**respuesta**
28a. pentágonos				
28b. círculos				



Incorrecto 0
Correcto 1



Incorrecto 0
Correcto 1

PUNTAJE TOTAL MMSE /__/__/

Anexo 4

Índice de Barthel (Solís, Arrioja, & Manzano, 2005)

INDICE DE BARTHEL

Actividades básicas de la vida diaria

ÍNDICE DE BARTHEL			
Comida			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, sonda, orinal ...).	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulación			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	

Anexo 5

EuroQoL-5D: Escala Análoga Visual (EQ VAS) (Badia, Roset, Montserrat, Herdman, & Segura, 1999; Herdman, Badía, & Berra, 2001)

Instrucciones

Para ayudarlo a describir SU ESTADO DE SALUD se ha dibujado una escala similar a un termómetro cuya máxima es 100, cifra que indica el mejor estado de salud que una persona pueda imaginar y cuya mínima es 0, número que indica el peor estado de salud que alguien se pueda imaginar.

Favor indique en esta escala lo bueno o malo que usted cree es su estado de salud el día de hoy. Para hacerlo marque una línea que vaya desde el cero hasta el número que en su opinión indique lo bueno o malo que es su salud hoy en día.

Mejor estado de salud imaginable

Marque lo que corresponda a **SU SALUD** el día de hoy

Peor estado de salud imaginable

Anexo 6

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN [HAD]

Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

1.- Me siento tenso(a) o nervioso (a)							
	Todo el día		Casi todo el día		De vez en cuando		Nunca
2.- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:							
	Casi Siempre		Frecuentemente		Rara Vez		No en absoluto
3. - Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder							
	Sí, y muy intenso		Sí, pero no muy intenso		Sí, pero no me preocupa		No siento nada de eso
4.- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas							
	Casi Siempre		Frecuentemente		Rara Vez		No en absoluto
5.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones							
	Todo el día		Casi todo el día		De vez en Cuando		Nunca
6. Me siento alegre							
	Casi Siempre		Frecuentemente		Rara Vez		No en absoluto
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente							
	Casi Siempre		Frecuentemente		Rara Vez		No en absoluto
8. Me siento lento(a) y torpe							
	Todo el día		Casi todo el día		De vez en Cuando		Nunca
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago							
	Casi Siempre		Frecuentemente		Rara Vez		No en absoluto
10. He perdido el interés por mi aspecto personal							
	Casi Siempre		Frecuentemente		Rara Vez		No en absoluto
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme							
	Casi Siempre		Frecuentemente		Rara Vez		No en absoluto
12. Espero las cosas con ilusión							
	Casi Siempre		Frecuentemente		Rara Vez		No en absoluto
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor							
	Casi Siempre		Frecuentemente		Rara Vez		No en absoluto
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión							
	Casi Siempre		Frecuentemente		Rara Vez		No en absoluto

Anexo 7

Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS) (Arechabala & Miranda, 2002).

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL (MSPSS)

(Arechabala, M. & Miranda, 2002).

Instrucciones

Las siguientes son preguntas sobre su percepción del apoyo que recibe de parte de su familia, amigos y otras personas significativas para usted.

Las respuestas pueden ser 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; y 4 = siempre o casi siempre.

	1	2	3	4
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.				
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.				
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.				
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.				
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.				
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.				
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.				
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.				

Anexo 8

Escala de Sobrecarga del Cuidador o Zarit (Breinbauer et al, 2009).

[ZARIT] ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Instrucciones

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan adultos. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente de esa manera a partir de 5 tipos de respuesta:

1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
3 ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre

11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
12 ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?									
1	Nunca	2	Raramente	3	Algunas veces	4	Bastante a menudo	5	Casi siempre

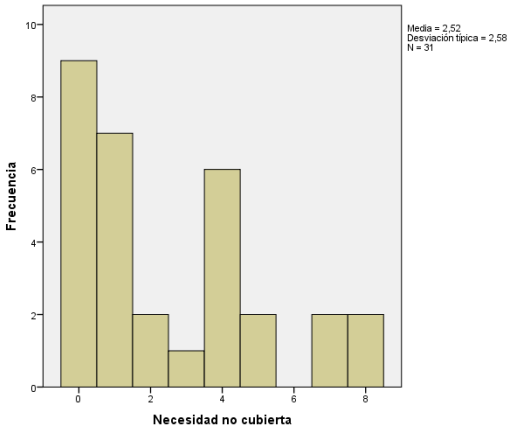
Anexo 9

Gráficos y Pruebas de normalidad de distribución de la muestra

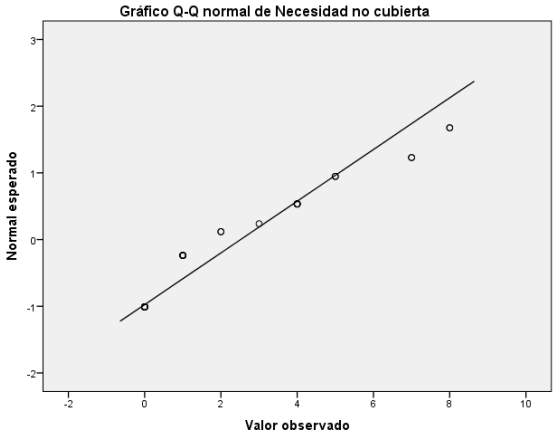
Diagnósticos de normalidad de las variables independientes y la variable dependiente

	Kolmogorov-Smirnov			**Shapiro-Wilk**		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Necesidades no cubiertas	.23	31	.00	.85	31	.00
Escolaridad	.31	31	.00	.68	31	.00
Cantidad de medicamentos	.16	31	.03	.92	31	.03
Dependencia	.12	31	.20	.93	31	.05
Calidad de vida asociada a salud	.15	31	.05	.95	31	.20
Apoyo Social Adulto Mayor	.09	31	.20	.97	31	.72
Sintomatología Depresiva Adulto Mayor	.13	31	.18	.96	31	.48
Sintomatología Ansiosa Adulto Mayor	.15	31	.06	.94	31	.09
Apoyo Social Cuidador	.08	31	.20	.96	31	.31
Sobrecarga Cuidador	.15	31	.06	.93	31	.05
Sintomatología Depresiva Cuidador	.12	31	.20	.94	31	.09
Sintomatología Ansiosa Cuidador	.10	31	.20	.96	31	.47

Distribución de la variable dependiente: Necesidades no cubiertas de la Persona Mayor



Valores esperados y valores observados de la Variable dependiente: Necesidades no cubiertas de la Persona Mayor



Descriptivos de la variable dependiente: Necesidades no cubiertas de la Persona Mayor

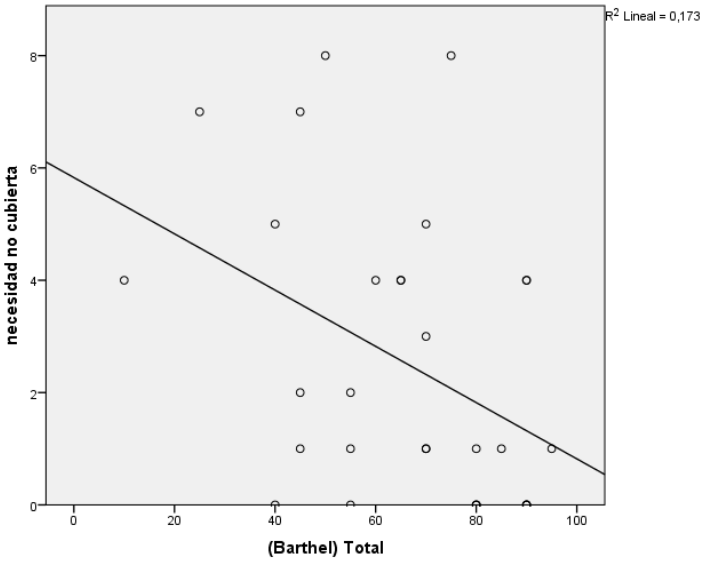
Necesidades no cubiertas	Estadístico	ES
Media	2.52	.46
Intervalo de Confianza de la media 95%	[1.57-3.46]	
Desviación Estándar	2.58	
Asimetría	.81	.42
Curtosis	-.45	.82

ES= Error estándar

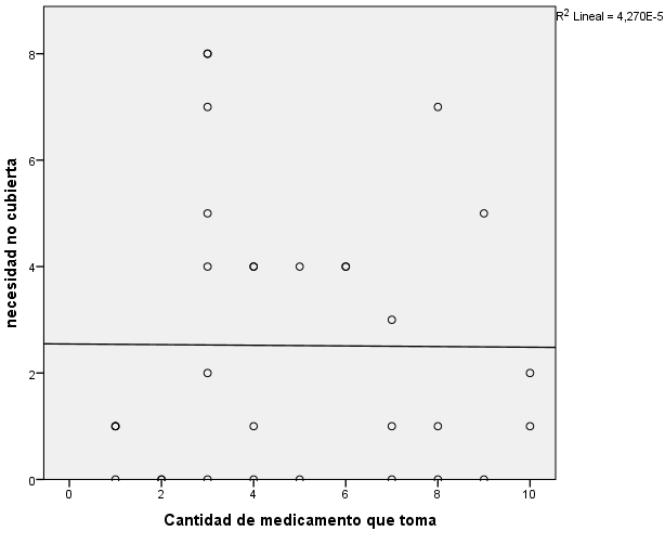
Anexo 10

Gráficos de correlación entre la variable dependiente y variables independientes continuas

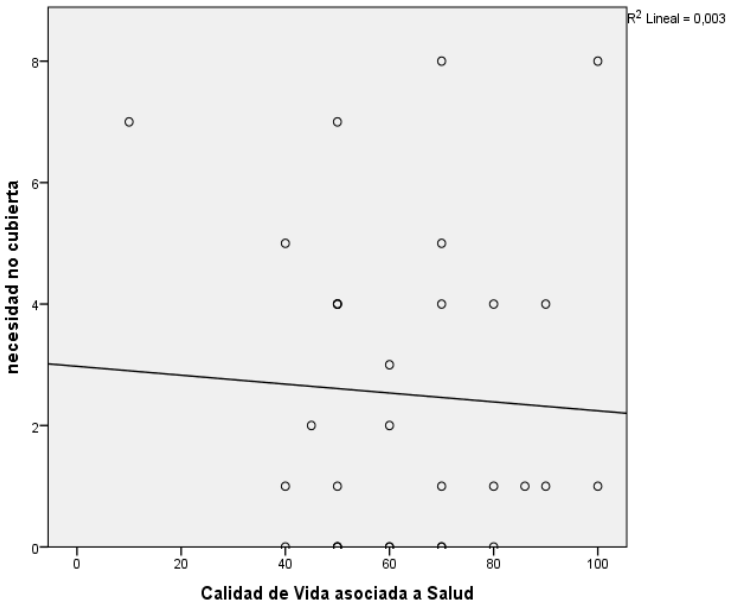
Relación entre el reporte de Necesidades no cubiertas y el nivel de Dependencia de la Persona Mayor



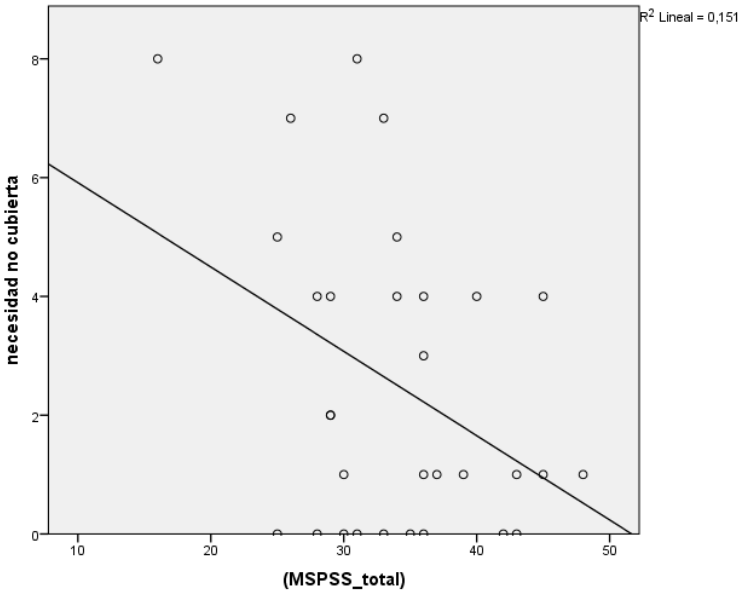
Relación entre el reporte de Necesidades no cubiertas y el uso de medicamentos de la Persona Mayor



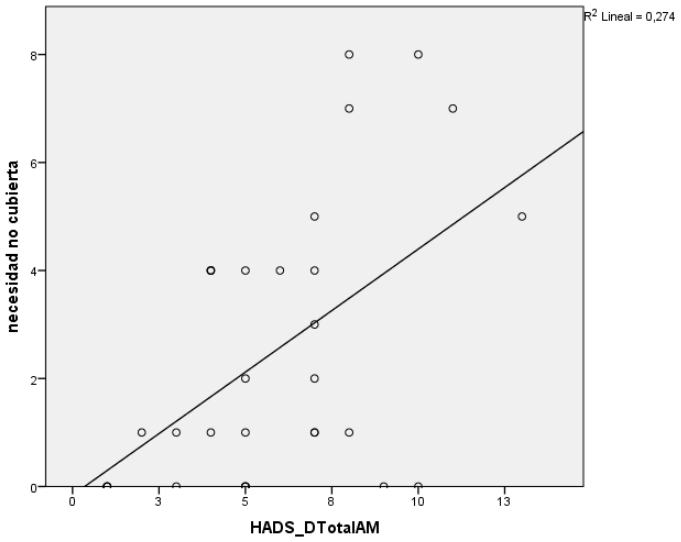
Relación entre el reporte de Necesidades no cubiertas y la Percepción de Calidad de Vida Asociada a Salud de la Persona Mayor



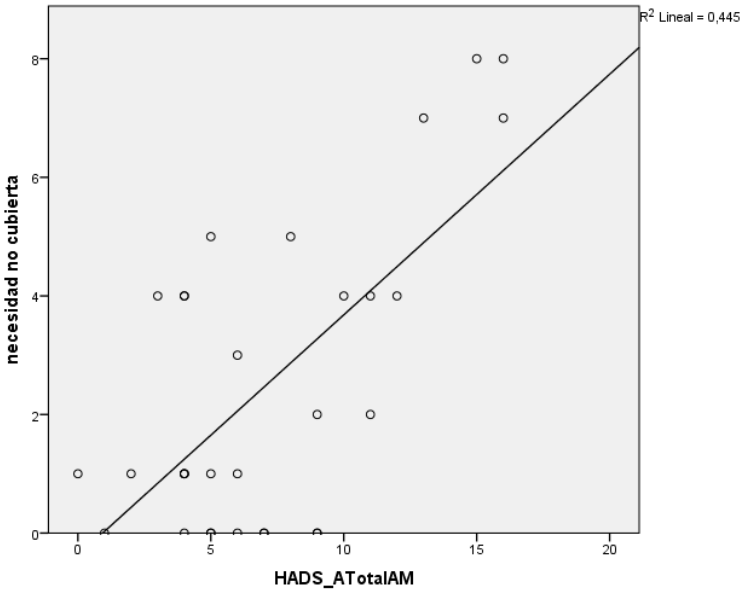
Relación entre el reporte de Necesidades no cubiertas y la percepción de Apoyo Social de la Persona Mayor



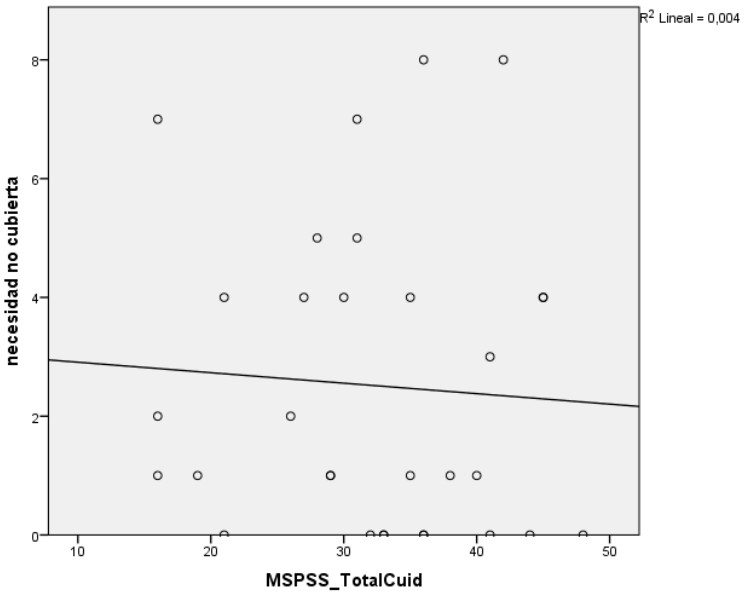
Relación entre el reporte de Necesidades no cubiertas y la presencia de Sintomatología Depresiva en la Persona Mayor



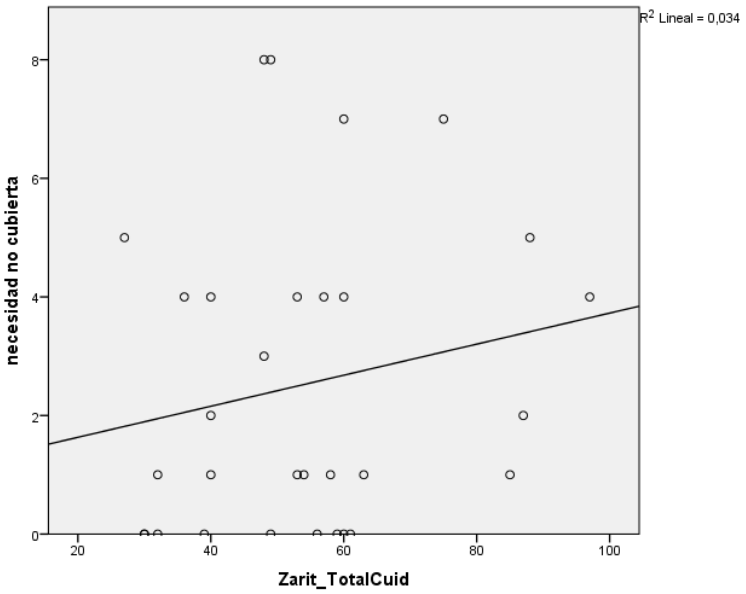
Relación entre el reporte de Necesidades no cubiertas y la presencia de Sintomatología Ansiosa en la Persona Mayor



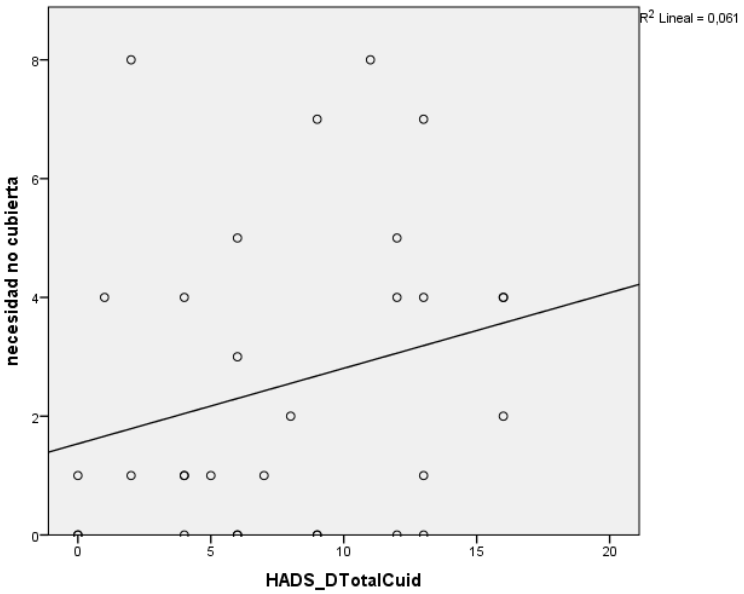
Relación entre el reporte de Necesidades no cubiertas y la percepción de Apoyo Social del Cuidador



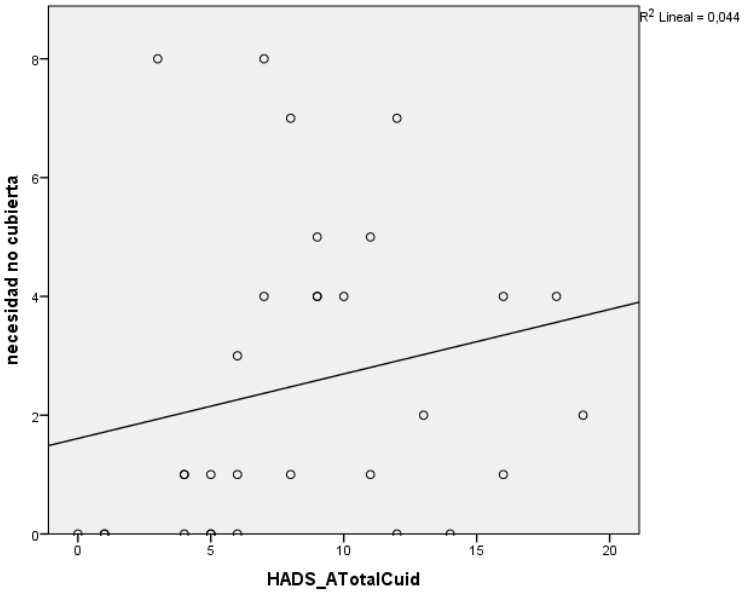
Relación entre el reporte de Necesidades no cubiertas y la Sobrecarga del Cuidador



Relación entre el reporte de Necesidades no cubiertas y la presencia de Sintomatología Depresiva en el Cuidador



Relación entre el reporte de Necesidades no cubiertas y la presencia de Sintomatología Ansiosa en el Cuidador



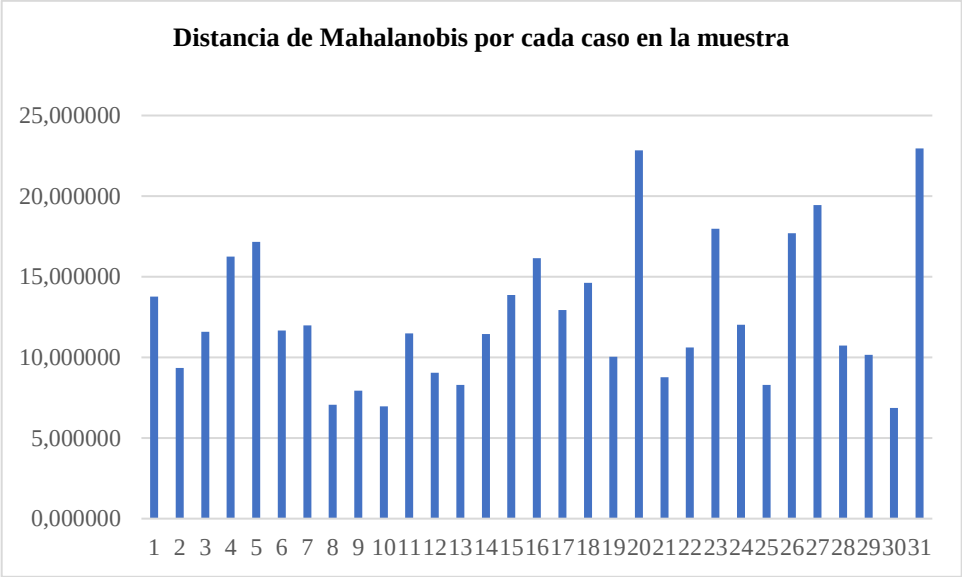
Anexo 11

Resultados de los diagnósticos de Influencia, del supuesto de no Autocorrelación de los Datos, y Distribución normal de los errores

Estadísticos sobre los Residuos

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Residual	-2.44	2.97	0.00	1.26
Residual Estandarizado	-1.45	1.77	0.00	0.75
Distancia de Mahalanobis	6.85	22.96	12.58	4.41
Distancia de Cook	0.00	0.29	0.05	0.07

DE= Desviación Estándar



Pruebas de normalidad de los residuales estandarizados

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Residuales estandarizados	0.12	31	.20	0.95	31	.26

Anexo 12

Resultados de los diagnósticos del supuesto de Multicolinealidad

Estadísticos de Colinealidad de la Regresión

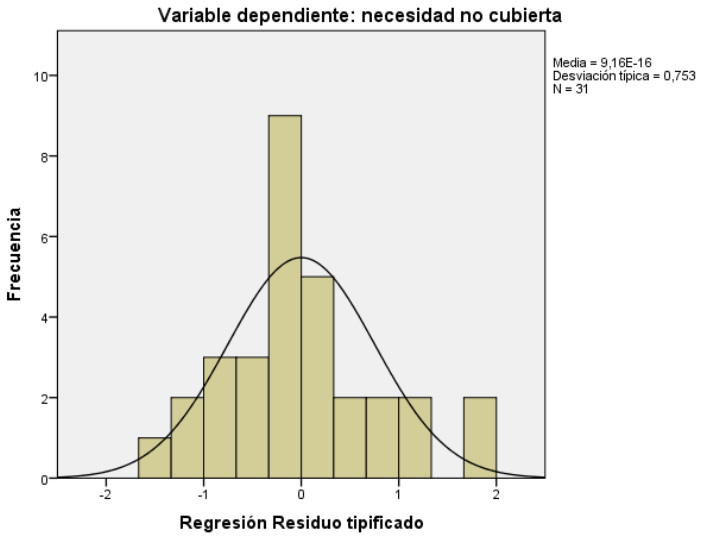
	Modelo 1		**Modelo 2**	
Predictores	Tolerancia	FIV	Tolerancia	FIV
Educación básica vs educación media incompleta	0.58	1.71	0.49	2.00
Educación básica vs educación media completa	0.45	2.19	0.40	2.50
Educación básica vs profesional o técnico	0.64	1.55	0.59	1.68
Cantidad de medicamentos	0.61	1.63	0.52	1.89
Dependencia	0.44	2.26	0.31	3.22
Apoyo Social Adulto Mayor	0.48	2.04	0.46	2.13
Sintomatología Depresiva Adulto Mayor	0.04	24.75	0.03	30.58
Sintomatología Depresiva al cuadrado Adulto Mayor	0.04	23.30	0.03	28.93
Sintomatología Ansiosa Adulto Mayor	0.42	2.38	0.36	2.75
Apoyo Social Cuidador			0.57	1.75
Sobrecarga Cuidador			0.34	2.87
Sintomatología Depresiva Cuidador			0.37	2.67
Sintomatología Ansiosa Cuidador			0.29	3.41

FIV= Factor de Inflación de la Varianza

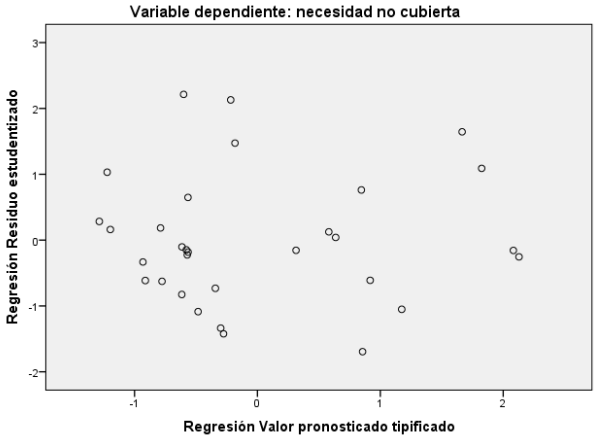
Anexo 13

Evaluación del supuesto de Homocedasticidad

Residuales estandarizados del modelo contra los valores predichos estandarizados de la variable dependiente



Residuales estudentizados del modelo contra los valores predichos estandarizados de la variable dependiente



Anexo 14

Porcentaje de Necesidades cubiertas y no cubiertas por áreas y dimensiones del CANE

Porcentaje de Necesidades Cubiertas y No Cubiertas de la Persona Mayor con dependencia

Necesidades auto percibidas por la persona mayor	Cubiertas (%)	No cubiertas (%)	Total (%)
Dimensión Ambiental			
Vivienda	38.7	3.2	41.9
Cuidado del Hogar	83.9	0	83.9
Alimentación	90.3	3.2	93.5
Cuidado de otra persona	3.2	0	3.2
Dinero/Finanzas	25.8	9.7	35.5
Beneficios Sociales	22.6	32.3	54.9
Dimensión Física			
Salud Física	90.3	9.7	100
Medicación	58.1	6.5	64.6
Vista/Oído/Comunicación	64.5	25.8	90.3
Movilidad/Caídas	58.5	6.5	65
Cuidado Personal	74.2	0	74.2
Caídas	41.9	3.2	45.1
Dimensión Social			
Compañía	3.2	32.3	35.5
Relaciones Cercanas/Significativas	9.7	16.1	25.8
Actividades Diarias	22.6	45.2	67.8
Información sobre su Estado y Tratamiento	45.2	16.1	61.3
Abuso/Abandono	0	0	0
Dimensión Psicológica			
Malestar Psicológico	22.6	32.3	54.9
Memoria	3.2	3.2	6.4
Riesgo para sí mismo (Accidentes)	9.7	0	9.7
Riesgo para sí mismo (Autoagresión deliberada)	3.2	6.5	9.7
Conducta de Riesgo para los demás	0	0	0
Alcohol	0	0	0
Síntomas Psicóticos	12.9	0	12.9