

**PERFIL PSICOSOCIAL DEL CUIDADOR DEL PROGRAMA
POSTRADOS DEL CONSULTORIO DR. ALEJANDRO DEL RÍO,
PUENTE ALTO 2017**

Seminario de Grado para ser presentado como
requisito para obtener grado de Licenciado
en Enfermería

Nombre autores:

Fernando Ares

Darling López

Valentina López

Carolina Moyano

Nombre Guía Metodológico y

Académico:

Marcela Escobar

Escuela de Enfermería

INDICE

1.PRESENTACIÓN PROBLEMA.....	4
2.JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO DEL TEMA.....	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	14
5. MARCO TEÓRICO	15
5.1 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.....	15
5.2 AUTONOMÍA.....	17
5.4 CAPACIDADES DIFERENTES.....	17
5.5 LA DEMANDA DE CUIDADOS: PERSONAS DEPENDIENTES Y CON DISCAPACIDAD EN CHILE	19
5.6 CUIDADOR PRINCIPAL.....	20
5.7 EL CUIDADOR INFORMAL.....	20
5.8 FASES EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN AL CUIDAR	21
5.9 ACTIVIDADES DE CUIDADO.....	23
5.10 CUIDADOS ESPECIFICOS ADULTO MAYOR POSTRADO	25
5.11 LA FEMINIZACION DEL CUIDADO.....	29
5.12 CONSECUENCIAS DEL CUIDADO INFORMAL SOBRE EL CUIDADOR.....	31
5.13 LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR.....	33
5.14 ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT	35
5.15 TEORIA APLICADA.....	37
5.16 PROGRAMA POSTRADOS.....	41
6.METODOLOGIA	48
7.VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION.....	49

Escuela de Enfermería

8. UNIVERSO Y MUESTRA	50
9. ENFOQUE Y PROCEDIMIENTOS ÉTICOS	52
10. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
11. INSTRUMENTO Y VALIDACIÓN	54
12. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	55
13. ANÁLISIS	56
14. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	81
15. CONCLUSION	83
16. SUGERENCIAS	84
17. ANEXOS	85
18. BIBLIOGRAFÍA	91

1. PRESENTACIÓN PROBLEMA.

En los últimos años alrededor del mundo se ha podido observar una serie de cambios socio-demográficos, los que han provocado junto a una disminución importante en la tasa de natalidad, una serie de avances sociales, tecnológicos, médicos y otros que han contribuido a una baja en la mortalidad de las personas, que, si bien ha favorecido a aumentar la edad cronológica promedio, esto no necesariamente quiere decir que sean con una buena calidad de vida.

Según (CASEN, 2015) si en 1990 la los mayores de 60 años en Chile sólo constituían el 10,1% de la población, en la actualidad ese porcentaje supera el 17,6%, lo que da cuenta de un sostenido aumento de los adultos mayores en el país. Además, se menciona que un 40,1% de los hogares a nivel nacional registra la presencia de al menos un adulto mayor (CASEN, 2015).

Las cifras muestran que el índice de envejecimiento –que mide la relación entre personas de 60 años o más y la población menor de 15 años- exhibe un aumento desde 1990, revelando que actualmente en Chile hay 86 personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años. En 1990 este índice era de 35,4 personas mayores por cada 100 menores de 15 años (CASEN, 2015).

A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas tipo degenerativas, e inclusive con resultados invalidantes para el adulto mayor, De acuerdo con la encuesta CASEN “el 6,2% de la población adulta

mayor, presenta dependencia severa” requiriendo la alta demanda de cuidados de forma permanente por un cuidador (CASEN, 2013).

En EE. UU, 17.7 millones de personas fueron cuidadores de un adulto mayor en 2011 debido a razones de salud o funcionamiento. Aproximadamente el 7.7% de la población total de los EE. UU. Casi la mitad de los cuidadores (8,5 millones) brindaron atención a un adulto mayor de alta necesidad. Este cálculo no incluye a los cuidadores de residentes de hogares de ancianos.

Para la mayoría de los cuidadores familiares, el cuidado no es una obligación a corto plazo. Solo el 15% de los cuidadores había brindado atención durante 1 año o menos al momento de la encuesta, mientras que casi el 70% atendía durante 2 a 10 años y el 15% ya había brindado atención durante más de 10 años. (National Center for Biotechnology Information, 2016)

En estos pacientes, el apoyo y características de sus familiares-cuidadores son los principales predictores pronósticos en cuanto a severidad sintomática y repercusiones sociales de sus cuadros (Breinbauer H, 2009).

La evidencia confirma que en una amplia mayoría dichos cuidadores son mujeres (hijas de preferencia), con un promedio de edad que está entre los 50 y 59 años, con baja escolaridad, y que suelen cohabitar con la persona dependiente. Ello se explica por la preferencia de los necesitados a permanecer en sus propias residencias, al alto costo de los cuidados formales y la relevancia de la familia en las sociedades latinoamericanas (UC, 2015).

El cuidador se ve enfrentado a distintas situaciones, partiendo por lo que significa hacerse cargo de un ser querido, el que ha perdido completamente su independencia, junto con enfermedades progresivas, y otras complicaciones de salud que se irán presentando en el adulto mayor prostrado. Esto a su vez genera

cambios que afectan la calidad de vida, el sueño, vida social, emocional, económica y laboral del cuidador.

Cuidar en el ámbito doméstico incluye distintos tipos de cuidados; existiendo necesidades que constituyen la base del cuidado: alimentación, eliminación, reposo y sueño, higiene y confort, movilización, estimulación, las cuales le aseguran un mínimo de bienestar; si no se vela por este cumplimiento, existe la gran posibilidad de que problemas del paciente se agudicen, por lo que se vaya deteriorando cada vez más.

Se ha documentado que los cuidadores de pacientes postrados pueden presentar, a lo largo del prolongado tiempo en que atienden sus necesidades, diferentes problemas de salud; alteraciones psicológicas, sociales, etc., todas ellas dependientes de la carga que supone dicha atención. Lo que incide negativamente en el cumplimiento de los cuidados básicos que se les debe proporcionar a los pacientes. En la medida que el tiempo transcurre y la enfermedad o la dependencia avanzan, la tarea puede ser realizada con menor entusiasmo, independientemente de la relación afectiva. A causa del aumento de los cuidados familiares, cada día se realizan más investigaciones que permiten poner a disposición instrumentos para identificar las tareas que realizan estos cuidadores, así como la repercusión en su salud (Luengo C, 2010).

Los cuidadores informales son un recurso crítico para sus receptores de atención y un componente esencial del sistema de atención de la salud en los Estados Unidos, sin embargo, su función e importancia para la sociedad en general solo se han apreciado recientemente. Un cuidador informal, a menudo un miembro de la familia, brinda atención, generalmente no remunerada, a alguien con quien tienen una relación personal. Durante las últimas dos décadas, los investigadores se han esforzado por identificar quiénes son los cuidadores

informales, qué papeles desempeñan en la atención, qué necesitan y qué estrategias pueden apoyar mejor sus esfuerzos (Schulz R, y Tompkins C, 2010).

A causa del aumento de los cuidados familiares, cada día se realizan más investigaciones que permiten poner a disposición instrumentos para identificar las tareas que realizan estos cuidadores, así como la repercusión en su salud. Pero no se ha identificado cual es el cumplimiento de dichas tareas, ni que factores pudiesen estar interviniendo en su adecuado cumplimiento. Ya que, a pesar del apoyo al cuidado domiciliario, vemos en la realidad un usuario postrado que no recibe los cuidados óptimos y un cuidador familiar con un gran peligro de desbordamiento y agotamiento de sus recursos. Por tanto, es fundamental primero identificar cual es el perfil biopsicosocial del cuidador, su nivel de escolaridad, su nivel socioeconómico, si tiene alguna patología, su nivel de sobrecarga, entre otras cosas que podrían permitir reconocer un perfil en general y con eso generar un proyecto que permita ayudar al cuidador en el consultorio Dr. Alejandro del Rio, ya que, en este, se desconoce la realidad de los cuidadores de pacientes pertenecientes al programa de postrados.

2. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO DEL TEMA.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015)

Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, el estado de salud del adulto mayor puede ser relativo, algunos disfrutan de una excelente salud y son independientes, mientras que otros son frágiles y necesitan ayuda considerable.

Entre las afecciones más comunes de la vejez cabe citar, la pérdida de audición, cataratas, errores refractarios, Enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes), enfermedades neurodegenerativas, respiratorias, osteoarticulares, entre otras. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. (OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015).

Estas afecciones al ser progresivas y degenerativas, sumadas a que pueden llevar a complicaciones, o aumentar la posibilidad de caídas, entre otras situaciones, podrían llevar al adulto mayor a un estado de dependencia severa, por lo que tendrá que depender de un cuidador, para que este le entregue los cuidados necesarios

El cuidado es definido como “la gestión y a la generación de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud; a la provisión diaria de bienestar

físico y emocional, que satisfacen las necesidades de las personas a lo largo de todo el ciclo vital. El cuidado refiere a los bienes, servicios y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio” (Arriagada, 2009)

La mayoría de los cuidados brindados a personas dependientes es realizada por los familiares más cercanos –pareja e hijos- al interior del hogar, lo que se explica por la preferencia de los necesitados a permanecer en sus propias residencias, al alto costo de los cuidados formales y la relevancia de la familia en sociedad latinoamericanas, observándose además una carencia de estructuras alternativas provistas por el Estado o el mercado. (UC, 2015)

Si bien es cierto que las tareas de cuidado suelen ser compartidas por varios miembros de la red, en la práctica suele ocurrir que es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados (IMSERSO, 2010).

Este cuidador principal o primario se puede definir como aquel individuo procedente de esta red informal de apoyo, que dedica una gran parte de su tiempo, medido en horas al día, al cuidado de un familiar que presenta deterioro funcional o cognitivo y que realiza las tareas de cuidado, sin remuneración económica, durante un periodo de tiempo prolongado (Losada, 2006). El papel del cuidador primario no es algo elegido al azar, sino que existen una serie de factores que favorecen la asignación de ciertos miembros de la familia, con un determinado perfil, para la asunción de este rol (Fernández, 2010). Si bien muchas veces este cuidador se ve apoyado por otros miembros de la familia, o cuidadores secundarios, sigue asumiendo la responsabilidad principal en cuanto a la atención y cuidados de la persona dependiente.

El hecho que el cuidado informal sea un trabajo físico y emocional en un escenario de inequidad de género, en el cual se ejercen múltiples roles simultáneos de madre, esposa, trabajadora y el desarrollo de roles propios del cuidado, traduce el impacto de cuidar en los diferentes aspectos de la salud y de calidad de vida, se vuelve un factor de riesgo para su salud; adicional a ello tiene un alto costo de oportunidades, ya que, entre otros, se puede perder o tener que renunciar a la actividad laboral.

La vida de la cuidadora se acondiciona por su papel, el 68% de las cuidadoras percibe que cuidar afecta de manera importante la salud, su vida social y personal. (Vaquiro, 2010)

Sobre este perfil del cuidador en Chile (Slachevsky et al., 2013): – 12,7% refiere que debió dejar de trabajar – 47,3% su jornada laboral (ingresos familiares; capacidad de contratar ayuda) – 63% tenían sobrecarga severa disfunción familiar; severidad e incapacidad funcional del enfermo (Senama, 2013).

Si bien los cuidadores informales son un recurso valioso ya que al cuidar a sus familiares en su domicilio reduce el uso de recursos formales, lo que disminuye el gasto público, al mismo tiempo es un recurso vulnerable ya que el compromiso que tiene cuidar a un familiar de forma continua genera costos materiales, emocionales y físicos. Esto lleva a una problemática social, no solo en nuestro país, también alrededor del mundo. Aun así, a los cuidadores se les presta escasa atención, considerando que el cuidador es considerado un enfermo silente al acumular una serie de malestares que son enmascarados detrás del alto nivel de exigencia del familiar enfermo, obviando en su desempeño la necesidad de su autocuidado para la conservación de su salud. (Martínez, 2012).

Así, mismo se deben tomar en cuenta aspectos como el tipo de relación que han tenido y que tienen la persona cuidadora y la persona dependiente, la familia y amistades: conflictos, ayuda, las situaciones que se van generando alrededor del cuidado, la persona cuidadora y sus circunstancias: cómo fue la decisión de ser cuidadora o cuidador, trabajo, familia, economía, tiempo libre, salud, donde hay que considerar que el cuidador da un sentido personal al proceso de cuidar, es una persona sana y que por el hecho de ser parte de la familia ayuda en la administración del dinero y bienes, supervisa y administra medicamentos colabora en tareas de enfermería, ayuda en actividades hogareñas, ayuda desplazar en domicilio, ayuda en higiene personal acompaña fuera del hogar y esta para tomar decisiones complejas donde se debe llevar a cabo un proceso de adaptación al cuidar como fase 1 donde el cuidador requiere tiempo para adaptarse a la enfermedad y sus consecuencias, permite controlar ansiedad y miedos, la fase 2 de búsqueda de información, aceptación de la situación del familiar y su impacto en la cuidadora sentimientos de enfado, angustia, culpa y frustración pasando a la fase 3 de reorganización donde hay dominio progresivo de la situación aceptación de los cambios y adecuación a la nueva situación y la fase 4 que es de resolución, serenidad y tranquilidad manejan con más éxito las demandas de cuidado, toma de decisiones difíciles ante agravamiento de familiar. Por ello que es importante identificar factores de riesgo y medidas de sobrecarga del cuidador. (MINSAL, 2014)

La información existente sobre el cuidador de cualquier paciente con alguna patología permite que el personal de Enfermería juegue un papel muy importante en la orientación al cuidador primario.

Es por esto que se debe identificar el conocimiento que tiene el cuidador sobre los cuidados que se le deben entregar al paciente postrado, junto con el análisis a los factores que pudiesen estar interviniendo en el cumplimiento del cuidado.

Escuela de Enfermería

Si bien, se le puede estar entregando la educación correspondiente al cuidador, este puede comprenderlas, pero no ponerlas en práctica debido a la sobrecarga, agotamiento y otros factores que pueden influir y que se deben analizar.

Sin duda alguna, la mejor forma de prevenir la Sobrecarga del Cuidador Principal/Familiar, es la plena satisfacción de sus necesidades de autocuidado, razón por la cual el sustento teórico del presente estudio es la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, en que dicha teoría “aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad” (Prado L, González M, Gómez P, Romero K, 2014)

Dado que se hace énfasis en el paciente postrado y sus cuidados, se descuida observar específicamente también en la propia salud del cuidador principal y sobre todo valorar la importante carga que este conlleva, si bien el estado otorga una ayuda monetaria, comúnmente conocido como estipendio (\$26.700) destinados a los gastos en cuidados del paciente postrado, estos no logran cubrir todas las necesidades. Pero la pregunta es: ¿el cuidador no tiene necesidades también? La labor de poder cuidar al paciente postrado es una complicada tarea, que repercute en gran mayoría en su ámbito social, laboral, afectiva, etc. Los años para el cuidador, pesan, y con el progreso del tiempo, su labor se hace más complicado, es por esto que los autores de esta tesis han encontrado de gran relevancia estudiar el perfil del cuidador.

Escuela de Enfermería

Por lo general, los Cuidadores, se ven enfrentados a diferentes situaciones emocionales, sociales que podrían alterar tanto su salud física, como mental, provocando con ello una “Sobrecarga”.

La Investigación, es uno de los métodos para prevenir esta situación, y a la vez una de las más valiosas herramientas de Enfermería, pero no se ha explorado lo suficiente, por lo tanto es un compromiso para los futuros Profesionales de la Salud interesarse en esta problemática social y además conocer en terreno, lo que significa ser un cuidador informal, la realidad de la sobrecarga del cuidador, la importancia de entregar un buen cuidado a un paciente postrado, como el sistema de salud se debe hacer partícipe de esto y cómo influye todo esto en el cuidado brindado al paciente postrado. Pero, para lograr esto es indispensable primero conocer al cuidador, obtener un perfil de estos, para usarlo como base de una reformulación del programa postrados que se tiene actualmente en el Consultorio Alejandro Del Rio, y que resulte en un proyecto beneficioso tanto para el cuidador como para el paciente postrado.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el perfil del cuidador perteneciente al Programa Postrados perteneciente al Consultorio Dr. Alejandro del Río, Puente Alto 2017?

OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.

❖ GENERAL:

Conocer el perfil de los cuidadores de pacientes pertenecientes al Programa Postrados del Consultorio Dr. Alejandro del Río, Puente Alto.

❖ ESPECÍFICO:

- ✓ Determinar características sociodemográficas del cuidador
- ✓ Identificar características del cuidado que otorga el Cuidador al paciente postrado
- ✓ Identificar relación del cuidador con su entorno
- ✓ Evaluar el nivel de carga de los cuidadores informales de personas dependientes.

Escuela de Enfermería

5. MARCO TEÓRICO

5.1 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Asimismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales de tal manera que no es claro precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez y cada vez la concepción de esta está más alejada de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social. En ese sentido, el envejecimiento es una construcción social. A continuación, se presenta una serie de casos que ilustran el concepto (Alvarado A, 2014)

Algunos de los cambios físicos que aparecen con la edad son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis en las mujeres, atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y la rapidez para realizar actividades físicas, las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad y los mecanismos inmunológicos contra de las infecciones y el cáncer pierden eficiencia.

Fisiológicamente, el envejecimiento conlleva reducción del agua corporal, de la motilidad intestinal y de la masa renal, así como la función pulmonar pierde la

capacidad de reserva. También disminuye la frecuencia cardíaca con el ejercicio y la sensibilidad de los receptores, por lo que pueden producirse síntomas ortostáticos hipotensivos. Se deterioran las diversas modalidades sensoriales: sensibilidad táctil y profunda, visual y auditiva. Neuropsicológicamente puede apreciarse disminución de la memoria próxima, lentificación general de los procesos centrales y pérdida de velocidad en las actividades motoras.

De forma general, se considera que el cerebro humano disminuye después de los 50 años, 2 % de peso cada década y después de los 60 años se produce un déficit progresivo de neurotransmisores cerebrales; las neuronas dopaminérgicas son las más sensibles a los cambios producidos por el paso del tiempo.

Se estima que las personas que sobrepasan los 65 años padecen 2 veces más de discapacidades, 4 veces más de limitaciones, van al médico 42 % más seguido y sus estancias hospitalarias son 50 % más prolongadas.

Existe un modelo denominado *modelo de daños acumulados* que trata de explicar el envejecimiento. Este modelo sugiere que las células acumulan daños poco a poco y no se pueden reparar después de muchos años. Esto, unido a que el sistema inmunológico de las personas mayores disminuye y el sistema de reparación de Acido Desoxirribonucleico decrece con los años, es decir que las células mutantes se acumulan en el Acido Desoxirribonucleico mitocondrial y nuclear, y pueden llevar a la síntesis de proteínas anormales, son las evidencias que sustentan este modelo (Linares J, 2015).

5.2 AUTONOMÍA

Es la capacidad que tiene todo ser humano de controlar su vida, y desarrollar por sí mismo las actividades de la vida diaria sin ayuda de otro, así como la capacidad para tomar decisiones (MINSAL, 2009)

5.3 DEPENDENCIA

Si bien no existe una única definición consensuada de dependencia, sí se puede observar que las definiciones apuntan hacia la capacidad que tienen los individuos de realizar actividades cotidianas básicas de manera autónoma y, por tanto, en el nivel de ayuda de terceros que necesitarían para realizar este tipo de tareas (UC, 2015).

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende dependencia exclusivamente en referencia a la necesidad de cuidados, siendo definida formalmente como dependencia de cuidados. De esta manera, la situación de dependencia se presenta cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin ayuda de un tercero (OMS, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015).

5.4 CAPACIDADES DIFERENTES

El concepto de dependencia se encuentra íntimamente ligado al concepto de discapacidad. Desde la OMS, la discapacidad se define como un término

genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividades y restricciones en la participación (OMS, Informe mundial sobre la discapacidad, 2011).

Por tanto, hace referencia tanto a la condición de salud, entendiendo deficiencia como pérdida o desviación respecto a la media de la población de una estructura corporal o función fisiológica; al funcionamiento, entendiendo las limitaciones en la actividad como dificultades, tanto leves como severas, para realizar actividades; y a las relaciones sociales que establece la persona con el entorno, entendiendo las restricciones en la participación como los problemas que puede experimentar un individuo para hacerse parte de situaciones o eventos vitales en comparación a una persona sin discapacidad en el mismo contexto. Por lo tanto, la situación de discapacidad desde esta perspectiva ecológica (FONADIS, 2005) no es una característica estática de las personas sino que evoluciona y puede cambiar a lo largo del ciclo.

A lo largo de la historia se han utilizado muchas palabras para designar a las personas con alguna discapacidad: incapacitados, minusválidos, deficientes, etc. Estas palabras usadas así son peyorativas ya que están aludiendo a que la persona ha perdido todas sus capacidades. Actualmente se ha apostado por el término capacidades diferentes, asumiendo que las personas pueden tener alguna discapacidad en concreto pero desarrollan muchas otras capacidades. A menudo las palabras deficiencia, discapacidad y minusvalía se utilizan como sinónimos pero describen matices diferentes. La deficiencia nos habla del trastorno del órgano, la discapacidad nos habla del trastorno de la persona y la minusvalía nos habla del trastorno a nivel de sociedad (Fundación Vicente Ferrer, 2015).

5.5 LA DEMANDA DE CUIDADOS: PERSONAS DEPENDIENTES Y CON DISCAPACIDAD EN CHILE

Chile se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica. En sólo cuarenta años el país redujo a más de la mitad su tasa de crecimiento población de 2,5% a 1,1% anual, proyectándose que para el quinquenio 2025/25 será sólo de 0,5%. La mortalidad también descendió a menos de la mitad en el mismo período—de 12,2 muertes por mil habitantes a 5,0 (CEPAL, 2011). La esperanza de vida alcanza en la actualidad a los 79 años promedio (INE, 2007), con lo cual en cincuenta años la población chilena aumentó sus expectativas de vida en 24 años; posteriormente esta ganancia de mayores años de vida se hace más lenta, proyectándose que alcance los 80 años en el quinquenio 2020/25 y los 82,6 para el 2050/55 (CEPAL, 2011).

En cuanto a la población de 60 años y más, esta alcanza un total de 16,7%, lo que equivale a 2.885.157, pronosticándose que para el 2030 el porcentaje de personas mayores alcance un 23% (CASEN, 2017). Asimismo, el índice de envejecimiento que relaciona el porcentaje de menores de 15 con los mayores de 60 años, muestra un alza desde 35,6 en 1990 a 80,0 en 2013 (CASEN, 2013). Por su parte, si bien el índice total de dependencia demográfica² se ha mantenido estable en el tiempo – pasando de una tasa de 62,7 en 1990 a 60,2 en 2013-, se observan cambios en cuanto a la composición de este, en el sentido que cae el número de niños menores de 15 años que son dependiente por la reducción de la tasa de fecundidad –pasando de 46,3 a 33,4-, y aumenta la dependencia de las personas mayores de 16,6 a 26,8, con lo cual el país deberá enfrentar una serie de dificultades económicas, sociales y políticas para ajustarse a las nuevas estructuras por edad. Con respecto a las necesidades de cuidado de este grupo, la Encuesta Nacional de Dependencia de Personas Mayores (SENAMA, Estudio Nacional de Dependencia en las Personas

Mayores, 2010) , estableció que un 24,1% de los chilenos de 60 años y más tiene dependencia, lo que equivale a cerca de 405.539 personas. Si se consideran los grados de dependencia utilizados en el estudio, se tiene que un 12,4% presenta dependencia severa (específicamente un 9,4% está postrado y un 4,1% presenta demencia en algún grado), 5% dependencia moderada y 6,6% presenta dependencia leve. Se observa también que a mayor edad es mayor el nivel de dependencia, llegando a cifras superiores al 50% entre los mayores de 80 años y sobre 60% entre los mayores de 85 años y más (SENAMA, Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores, 2010).

5.6 CUIDADOR PRINCIPAL

La triada esencial del cuidado está conformada tanto por el paciente, la familia y los profesionales de la salud. Cada uno con necesidades distintas pero con papeles en los cuidados que además de ser complementarios, confluyen en el “rol de cuidador” (IMSERSO, 2010).

Se define como cuidador a una persona que ayuda a otra a realizar todas las tareas que normalmente realizaría por sí misma o aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía, o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Flores, E. Rivas, E & Seguel, F., 2012)

5.7 EL CUIDADOR INFORMAL

Los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o

primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos.

Existen dos tipos de cuidadores familiares: familiar primario y familiar secundario.

1. Cuidador Familiar primario: asume toda la responsabilidad del proceso del cuidado.
2. Cuidador Familiar secundario: este apoya al cuidador principal o sea el primario, provee de apoyo instrumental y emocional (Sequeira, 2014)

5.8 FASES EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN AL CUIDAR

1. Negación o falta de conciencia del problema: Se utiliza la negación del hecho como un mecanismo para controlar los miedos y ansiedades que genera la situación. La persona no quiere ver las evidencias que demuestran que su familiar o allegado padece una enfermedad. También se considera negación evitar hablar del deterioro o incapacidad que se comienza a producir.

Esta fase, por supuesto, es temporal, ya que conforme avance el tiempo, las dificultades de la persona para mantener su autonomía funcional se hacen más evidentes y son imposibles de obviar.

2. Búsqueda de información y aparición de sentimientos complicados: Una vez que el cuidador es consciente de la enfermedad, comienza a pensar en las alteraciones que se van a producir tanto en la persona enferma como en ella misma, ya que es algo que afecta a ambas.

A raíz de esto se suele recurrir a la búsqueda de información para aprender todo lo posible sobre la patología, su evolución, implicaciones y cuidados. Pero esto

es bueno, porque también se puede considerar como estrategia para afrontar la situación.

3. Reorganización: Las nuevas responsabilidades cargan la vida del cuidador, por lo que el enfado y la frustración pueden seguir presentes. A pesar de esto, comienza a ejercer cierto auto-control. Ya cuenta con el apoyo de la información y los recursos externos. Comienzan las negociaciones para compartir la responsabilidad del cuidado con el resto de la familia y se tiene una idea más clara de cuáles son los verdaderos problemas a los que hay que enfrentarse y cómo resolverlos. De esta forma, el cuidador se siente más seguro dentro del rol que le toca vivir, aceptando mejor los acontecimientos que vengan y ejerciendo un mayor control de la situación.

4. Resolución: En esta fase el cuidador controla la situación y se enfrenta a los acontecimientos con éxito porque cuenta con las herramientas adquiridas durante las etapas anteriores. Además, es capaz de comunicarse y expresar sus sentimientos y emociones de una forma más correcta y sana.

El cuidador aprende a cuidarse, es decir, ya no solo se centra en la persona dependiente de sus cuidados. De esta forma, consigue sacar tiempo para sí mismo y realizar actividades de ocio, así como mantener activas sus relaciones sociales. Busca la ayuda de otras personas con las que compartir sus vivencias y encontrar comprensión y apoyo, lo cual puede derivar en nuevas amistades. Todo esto lo consigue a pesar de que la persona enferma cada vez sea más dependiente de ella, lo que demuestra una gran capacidad de adaptación a las circunstancias.

Esta fase también puede producirse cuando se traslada a una persona a una residencia, en el caso de mayores, donde sea atendida por profesionales. Esto

se incrementa en aquellos casos de enfermedades graves, ya que el cuidador no se ve capaz o con fuerzas para afrontar con ella esta etapa y es preferible el ingreso. Sin embargo, esto no es una ciencia exacta, por lo que no todos los cuidadores pasarán necesariamente por todas estas etapas. Para algunos puede ser más fácil admitirlo y pasar a la fase de reorganización que para otros. Todo depende de cada caso particular, a pesar de poderse generalizar a la mayoría de los cuidadores.

Pasen por estas fases o no, lo fundamental, sobre todo por parte del entorno del cuidador principal, es ayudarlo con sus tareas para que no se sobrecargue y mostrarle apoyo en todo momento. (Flores, E. Rivas, E & Seguel, F., 2012)

5.9 ACTIVIDADES DE CUIDADO

El cuidado informal, comprendido como un conjunto de actividades y/o servicios de ayuda que van dirigidas a personas dependientes, y que son provistos por personas de la red cercana y de manera no remunerada, puede ser agrupado en diversas áreas (Guzmán, 2003) :

1. Área económica: consiste en el apoyo que permite cubrir total o parcialmente los gastos generados por la mantención de la persona dependiente.
2. Área doméstica: se refiere a la ayuda para la realización de las actividades domésticas, proporcionando por ejemplo recursos y servicios apropiados en cuanto al aseo y orden de la vivienda, asegurando además que la persona reciba la alimentación necesaria. Este tipo de actividades es categorizado para algunos como un tipo de cuidado más bien indirecto, pero no por ello deja de ser relevante de tenerlo en cuenta, en la medida que estas tareas suelen consumir gran parte del tiempo de las familias, en particular de las mujeres, que son quienes las

realizan. Asimismo, el trabajo doméstico no puede desligarse del cuidado más directo entregado hacia la persona dependiente ya que, por ejemplo, para ayudar a otra persona a alimentarse se requiere disponer del alimento (comprarlo y prepararlo).

3. Área de cuidados personales: corresponde a las ayudas para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria, tales como bañarse, comer, vestirse, etc.

4. Área informativa o estratégica: consiste en la ayuda en la resolución de problemas concretos y en la conexión entre la persona dependiente con recursos externos de todo tipo. Específicamente la familia, como red principal de apoyo, es clave por dos motivos: i) la adquisición de hábitos saludables ii) por el acercamiento al dependiente de los avances y mejoras sanitario procedentes del ámbito público y privado.

5. Área emocional: tiene dos variantes, una consistente en dar afecto, acompañarse y preocuparse por el otro; otra se refiere a dar oportunidades de expresar emociones – especialmente importantes son las negativas como pena, soledad, rabia- y descargar ansiedad, lo cual se asocia a tener a alguien disponible con quien hablar. No obstante, la medición del cuidado no físico es compleja, y no está del todo claro si el componente emocional deber ser incluido dentro del cuidado informal. El cuidado supone así una serie de servicios que permiten la mantención de las condiciones de salud, bienestar, calidad de vida, integración social y autonomía de la persona dependiente (UC, 2015).

5.10 CUIDADOS ESPECIFICOS ADULTO MAYOR POSTRADO

Los cuidados dependerán por una parte del enfermo, su estado general y mental, y por otra, de los recursos de la familia. En general se intenta mantener su capacidad funcional, evitar complicaciones y lograr una buena calidad de vida, con comodidad y afecto.

Actividades mentales:

El paciente debe usar la atención, la memoria, la imaginación y el lenguaje; esto favorecerá el estado de ánimo y su capacidad mental. Para que use la memoria es útil repasar los sucesos de su vida, tal vez con ayuda de fotos, o las noticias del día; preguntarle (y recordarle) lo sucedido ayer, o pedirle información sobre sus familiares (Donoso A, 2015).

Los investigadores han comprobado que las personas que cuidan a un paciente de demencia tienen el doble de probabilidades de deprimirse que quienes cuiden a pacientes que no son dementes. Mientras más grave sea el estado de demencia, más probable será que el cuidador sea víctima de la depresión. Es indispensable que los cuidadores, sobre todo los que se ven en este caso, reciban apoyo continuo. Aunque los cuidadores siempre se ven afectados por el deterioro de la capacidad mental y física de un ser querido, la atención a conductas demenciales contribuye aún en mayor medida a provocar síntomas de depresión (CETRAM, 2015).

Cuidado de la piel:

La piel del Adulto Mayor en cama está expuesta a escaras, infecciones y quemaduras (Donoso A, 2015)

Las úlceras por presión:

Las úlceras por presión son uno de los principales riesgos del Adulto Mayor en cama. Son lesiones debidas a la falta de circulación cuando la piel queda comprimida entre el colchón y una prominencia ósea durante un período prolongado. La falta de circulación causa la muerte del tejido, y éste se desprende dejando una úlcera, que con frecuencia se infecta. Los factores predisponentes son la inmovilidad, la desnutrición, la pérdida de sensibilidad o conciencia cuando existe un daño cerebral. También influye la mala circulación, como puede verse en diabéticos, y la pérdida del control de esfínteres (Donoso A, 2015).

Los sitios vulnerables para la formación de úlceras son los talones, cara interna de rodillas, caderas, sacro, codos, etc.

Para prevenir las úlceras lo más importante es evitar la inmovilidad. Si el paciente está postrado, deben hacerse cambios de postura cada dos horas (MINSAL, 2009).

Estos cambios posturales que realiza el cuidador, la mayor parte del tiempo solo, contribuye a la lumbalgia (dolor de la columna lumbar), la que es una molestia común en las personas que realizan la tarea de cuidar a un persona en situación de postración, la tensión muscular es muy dolorosa, esta puede presentarse con o sin dolor en la pierna, al estar de pie, al agacharse y regresar a la posición derecha, levantar a la persona en cama o girar de manera defectuosa. Es muy

importante que el cuidador (a) realice correctamente la movilización de la persona para evitar esta importante dolencia que afectara en la realización de las actividades de la vida diaria (CETRAM, 2015).

Cuidados posturales para el cuidador:

Tan importante es la salud del ser cuidado como la del cuidador, por lo que es importante prestar atención a los síntomas que nos alarman de una mala higiene postural.

En muchas ocasiones se sufre de dolor de espalda a consecuencia de vicios posturales al trabajar, de malas posiciones al levantar pesos y adoptar posturas en reposo que son inadecuadas. Por esto son recomendables los siguientes puntos (CETRAM, 2015):

- No doblar la espalda al levantar pesos.
- Flexionar caderas y rodillas para levantar un peso, sosteniendo o transportando los objetos o personas lo más cercanas a nuestro cuerpo.
- Es conveniente realizar una inspiración en el momento de hacer fuerza para levantar o mover el peso.
- Tener una base amplia de sustentación separando los pies. Intentar alcanzar los objetos situados a una altura poco asequible utilizando un altillo.

Además de evitar la mala higiene posturas, se recomienda:

Altura de la cama: Las camas muy bajas afectan al cuidador en un mayor uso de fuerza y como consecuencia mayor dolor de espalda al mover a la persona que se encuentra en cama. Se sugiere adaptar la altura de cama, en que la línea superior del colchón esté a la altura de las caderas del cuidador.

Posición de la cama en la habitación: Idealmente debe estar al centro de la habitación de tal manera que permita los desplazamientos por ambos costados al cuidador (CETRAM, 2015).

Giros en la cama:

Durante el cambio de postura del paciente postrado se recomienda (CETRAM, 2015):

- Informar lo que vamos a hacer e incentivar a que el usuario colabore.
- Posicionarnos al lado de la cama hacia el que vamos a volver al usuario.
- Separar el brazo más próximo a nosotros en un ángulo de 45°.
- Doblar brazo contrario sobre el abdomen.
- Cruzar pierna lejana sobre la más cercana a mí.
- Tomar desde el hombro y cadera, girar hacia mí. Recolocar hombro y pelvis, ofreciendo mayor comodidad (utilizar almohadas).

Infecciones de la piel:

Las infecciones pueden asociarse a las úlceras y en esos casos su prevención es similar, otras veces se deben a desaseo, especialmente en los pliegues (mamas, región inguinal, escroto) de pacientes obesos o diabéticos.

Según su naturaleza, además del aseo (con jabón o con emulsiones limpiadoras) deben usarse cremas o pomadas con antibióticos (antibióticos tópicos) según prescripción médica (Donoso A, 2015).

Las úlceras y en general cualquier tipo de infección, herida y alergia causan gran preocupación en el cuidador, quien trata de evitarlas, pero en el momento en que

ocurren aumentan la carga emocional, la culpa y preocupación del cuidador (Valenzuela, 2013)

Manejo vesical e intestinal:

Un Adulto Mayor puede presentar incontinencia de orina o deposiciones, con maceración e infecciones de la piel. También puede presentar estitiquiez y retención de orina con molestias e infecciones urinarias (MINSAL, 2014).

A veces puede hacer deposiciones en una "chata"; otras veces debe usar pañales y ser aseado cada vez que sea necesario (Donoso A, 2015).

En el caso de que el paciente use pañales el cuidador debe cambiarlos cada vez que sea necesario, lo que afecta a la salud física, ya que junto al cambio de postura o traslado de paciente contribuyen a aumentar la posibilidad de lumbalgia en el cuidador, además del agotamiento físico (CETRAM, 2015).

En el caso que el paciente postrado utilice una sonda Foley, disminuye las oportunidades en las que el cuidador deba utilizar fuerza por el cambio del pañales, pero a la vez aumenta la preocupación y el estrés al que se ve sometido el cuidador, ya que estar pendiente a cualquier anomalía en la sonda, o recolector aumenta su preocupación (CETRAM, 2015).

5.11 LA FEMINIZACION DEL CUIDADO

Cuidar es y será siempre indispensable, no sólo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo el grupo social, las mujeres siempre han sido curanderas; sin tener acceso a libros ni a ningún tipo de enseñanza, las mujeres han ejercido durante siglos una medicina sin diplomas; han forjado su

saber por contacto unas de otras, transmitiendo por el espacio y el tiempo, de vecina a vecina, de madre a hija”... “las mujeres han sido durante siglos médicos autodidactas sin diploma; al no tener acceso a libros ni a cursos, fueron ellas mismas su propia enseñanza, transmitiendo su experiencia de vecina a vecina, de madre a hija (Jofré V, 2015).

Hay ciertos rasgos que caracterizan el cuidado informal y que afectan muy directamente a su visibilidad y reconocimiento social⁹. Se trata de un trabajo no remunerado, sin precio en el mercado, y esto se confunde con una carencia de valor. El cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco y pertenece al terreno de lo privado; se trata de «asuntos de familia», en los que el resto de la sociedad no se implica. Se desarrolla en el ámbito doméstico, y, como tal, queda oculto a la arena pública. Y, finalmente, es una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género; el cuidado de la salud de las personas que lo necesitan es «cosa de mujeres» (García M, 2005)

El interés de un enfoque de género es claro: su elevada feminización, tarea que supone el desempeño de un rol tradicional, merma de participación social y autonomía de las cuidadoras, relaciones interpersonales que se complican; además, se plantea el deber moral hacia los demás frente a la necesidad de gobernar la propia vida y el escaso valor social del cuidado, más trabajo no remunerado (López, 2016).

Los cuidadores son mayoritariamente mujeres, hijas o esposas, dos tercios de las cuales no han tomado vacaciones hace más de 5 años, cuidan a su familiar más de 12 horas diarias, no comparten el cuidado y se sienten solas, sobrecargadas y sobrepasadas por su situación (SENAMA, Cuidados y dependencia en Chile, 2011).

De acuerdo a los datos de la sistematización realizada por el Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento de la Universidad Católica -y en el marco del diseño del nuevo Subsistema de Apoyos y Cuidados que impulsa el Ministerio de Desarrollo Social-, quien asume la tarea de cuidado de personas dependientes, ya sea un adulto mayor o una persona en situación de discapacidad es una mujer, cuyo promedio de edad está entre los 50 y 59 años, con baja escolaridad. El 90% no recibe remuneración por esta actividad y aunque el 47% menciona recibir colaboración (de un hijo o hermano), por lo general es esporádica (SENAMA, 2016).

5.12 CONSECUENCIAS DEL CUIDADO INFORMAL SOBRE EL CUIDADOR

Como se ha mencionado asumir el rol de cuidador principal, comprendido como aquel individuo que dedica una gran parte de su tiempo, medido en horas al día, al cuidado de un familiar y que realiza las tareas de cuidado, por lo habitual sin remuneración económica y sin contar con la capacitación adecuada, corresponde a una actividad intensa, constante y cambiante, que exige una readaptación de la rutina diaria. Al mismo tiempo, el requerimiento del apoyo de una persona con dependencia tiende por lo general a dificultar que el cuidador desarrolle su vida habitual, en la medida que para poder responder al avance progresivo del deterioro físico y/o mental, deberá destinar una serie de recursos, especialmente tiempo y dinero, en pos del bienestar de éstos, los cuales serán además incrementados conforme avanzan los años. Es así como el cuidado trae aparejado una serie de repercusiones en diversas esferas de la vida de los cuidadores.

Si bien todavía no existe un consenso absoluto sobre las consecuencias del cuidado informal, se recomienda al menos considerar como referencia:

- i) La persona o sector al que afecta
- ii) El ámbito en el que influye el cuidado (IMSERSO, 2010).

De igual forma, el cuidado tiene implicancias más allá de los propios cuidadores y receptores de cuidado, afectándose así de manera directa o bien indirecta también a las familias y entornos de los cuidadores, a los empleadores de estos y a la sociedad en general.

Igualmente, los efectos del cuidado pueden ser explícitos u observables, o implícitos. Estos últimos constituyen un reto para la investigación. Por ejemplo, se sabe que en el cuidado subyacen conflictos familiares, situaciones de tensión, tabúes con respecto al género y la posición en la familia, todos aspectos que hacen que en muchas ocasiones las consecuencias del cuidado estén ocultas o sean negadas (IMSERSO, 2010).

El cuidado informal, por lo tanto, tiene consecuencias que interaccionan entre sí de manera dinámica, produciendo sinergias que pueden ser positivas y negativas (IMSERSO, 2010).

La mayoría de los estudios confirman que el impacto sobre la salud física y psicológica de los cuidadores es principalmente negativo. El cuidado termina por limitar la vida personal, social y familiar del cuidador, viéndose con ello afectado su nivel de bienestar emocional, lo cual se ve reflejado en mayores tasas de estrés psicológico, peores estados anímicos, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, etc. Pero también se ha comprobado que los cuidadores tienen tasas de morbilidad mayores que es resto de la población (Bazo, 2002).

5.13 LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Los adultos mayores con múltiples patologías o afectados por cuadros demenciales, hacen de éste un fenómeno creciente en nuestra población en vías de envejecimiento (Breinbauer H, 2009).

El 6,2% de la población adulta mayor, presenta dependencia severa” (CASEN, 2013) requiriendo la alta demanda de cuidados de forma permanente por un cuidador (CASEN, 2013).

En estos pacientes, el apoyo y características de sus familiares-cuidadores son los principales predictores pronósticos en cuanto a severidad sintomática y repercusiones sociales de sus cuadros (Breinbauer H, 2009).

Asumir el rol de cuidador no es inocuo. Es posible desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” por la tarea asumida, conjugando diversas variables: 1) Desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; 2) Deterioro familiar, relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras; 3) Ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes (Losada, 2006).

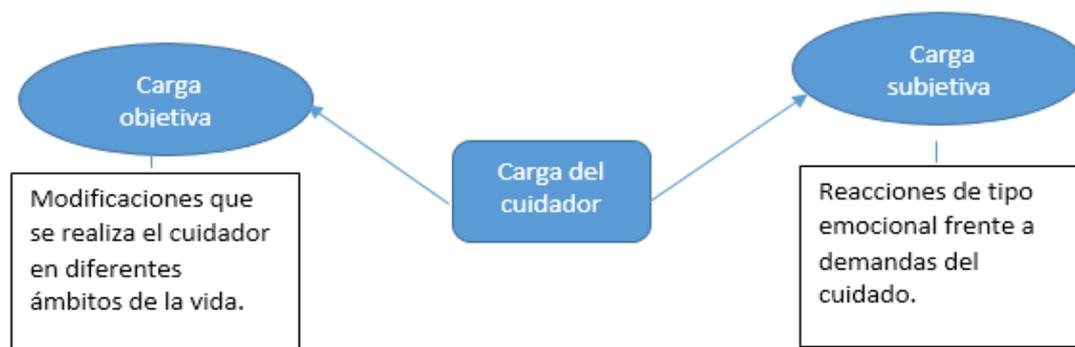
La sobrecarga del cuidador según (SENAMA, 2016) lo define como: “una percepción de sentirse desconcertados, atrapados, resentidos y víctimas de la situación”.

Según Sequeira, los problemas típicos que enfrenta el cuidador son: “Alta vulnerabilidad, sensación de Incertidumbre, Estrés, diversos problemas tanto físicos como emocionales”. De acuerdo con (SENAMA, 2016) “el 44% de los cuidadores presentan algún tipo de grado de síntomas depresivos. En cuanto a

la sobrecarga de trabajo, el 19% presenta sobrecarga ligera y un 25% intensa. Estos impactos junto al aislamiento social sitúan a los cuidadores en una condición de vulnerabilidad Psicológica, social, física y económica”.

Es importante en el ámbito de la enfermería, poder pesquisar esta problemática y poder dar una solución en favor del cuidador del adulto mayor dependiente, mediante implementaciones de normativas y test (Zarit).

En definición de la carga del cuidador, es, la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención, poseen dos características:

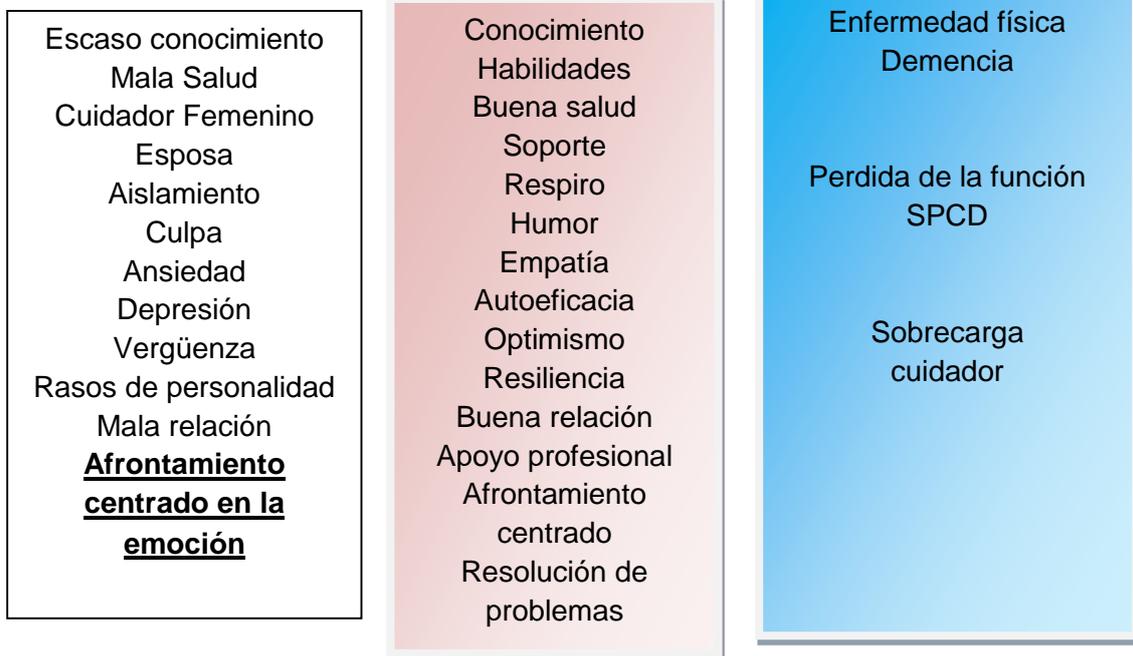


Esquema elaborado a partir de (Flores, 2012)

Estrategias de afrontamiento (e.g., Hooker et al, 1994; Lorena, 2001; Crespo et al., 2006) – Afrontamiento Emocional aumenta » la sobrecarga del cuidador familiar (e.g., Gottlieb y Wolge, 2002) Diferencias del sexo Mujeres utilizan en mayor medidas las estrategias centradas en la emoción.

Algunos cuidadores disponen de una especial fortaleza, llamada resiliencia u optimismo, que les permite ir adaptándose a los estresores (primarios y secundarios) con actitudes positivas, resistir y mantener un funcionamiento adaptativo (Menezes de Lucena et al., 2006; Quintero et al., 2007; Contador et

al, 2012; Contador et al., 2013; Fernández-Calvo, 2013). Cuidado: Recursos de afrontamiento internos Sobrecarga Mejor percepción de Salud Física Menos depresión Mayor tiempo de cuidado en el hogar.



(Senama, 2013).

5.14 ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Numerosos instrumentos intentan objetivar la sobrecarga del cuidador: “índice global de carga”; “entrevista de sobrecarga del cuidador”; “cuestionario de sentido de competencia”. Sin embargo estas herramientas evalúan sólo algunas dimensiones de este fenómeno, que incluye calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente.

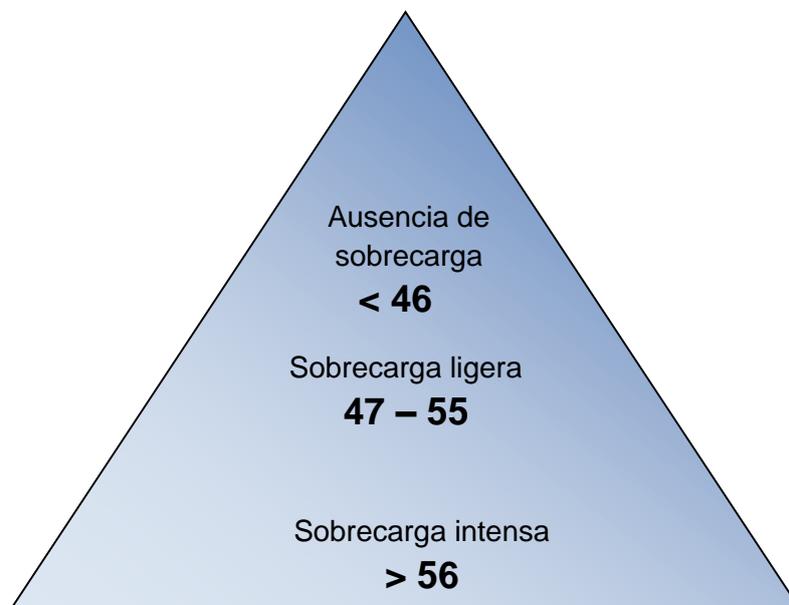
En 1982 Zarit diseñó en inglés una escala de 29 ítems para medir la Sobrecarga del Cuidador, a través de la valoración subjetiva de ésta. Dicho instrumento fue

adaptado a la cultura española y validado por Martín y col. en el año 1996. (Breinbauer H, 2009).

La “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” logra unir todas estas dimensiones. Siendo la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español (Merino C, 2013).

Consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) o “sobrecarga intensa” (≥ 56). “Sobrecarga ligera” representa un factor de riesgo para generar “sobrecarga intensa”. Esta última se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador

Más aún, el análisis factorial de las dimensiones que incorpora, permite caracterizar dinámicas socioculturales de la población sobre la que se aplica, siendo útil en la programación de intervenciones (Breinbauer H, 2009)



Esquema elaborado a partir de (Breinbauer H, 2009)

Escuela de Enfermería

5.15 TEORIA APLICADA

El uso de la teoría y modelos en Enfermería, permite realizar una atención con fundamentos que se pueden respaldar, los que fueron obtenidos a partir de investigación de teoristas, las que facilitan al profesional de enfermería las intervenciones que se realizarán. Para llevar a cabo este estudio se utilizó la teoría del déficit de autocuidado, realizada por Dorothea Orem.

Sin duda alguna, la mejor forma de prevenir la Sobrecarga del Cuidador Principal/Familiar y las consecuencias que trae esto, tanto para su salud, su vida familiar y los cuidados entregados al paciente postrado, es la plena satisfacción de sus necesidades de autocuidado, razón por la cual el sustento teórico del presente estudio es la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.

Las teorías o modelos de enfermería están basadas en cuatro aspectos o elementos fundamentales (Prado L, González M, Gómez P, Romero K, 2014):

- Persona
- Salud
- Entorno
- Cuidado (Rol Profesional o de Enfermería).

Dorothea Orem definió el concepto de persona, salud y enfermería como:

Concepto de persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido

a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente (Vega O, Gonzalez D, 2007).

Concepto de Salud: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo (Justiniano J, 2015).

Concepto de Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (Prado L, González M, Gómez P, Romero K, 2014).

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta (Vega O, Gonzalez D, 2007)

Una vez definidos los elementos que conformarían el marco conceptual de su teoría o modelo, Orem define su modelo como una teoría general de enfermería

Escuela de Enfermería

que se compone de otras relacionadas entre sí (Prado L, González M, Gómez P, Romero K, 2014):

a) Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

b) Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el

Escuela de Enfermería

cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Los escritos de Orem se centran en la capacidad de las enfermeras y enfermeros de aportar al cuidado de las personas que no están en condiciones para desarrollarlas por sí mismas; sin embargo, hoy en día la gran mayoría de los cuidados a personas dependientes en sus domicilios los desarrollan los propios familiares, quienes poseen escasa preparación en el área y cuya motivación principal se centra en los afectos. Desde el sector salud, los profesionales brindan apoyo a estos cuidadores informales, pero es escaso, limitado principalmente por la demanda asistencial de los sistemas de atención primaria (Espinoza Miranda K, 2012).

5.16 PROGRAMA POSTRADOS

El programa de atención domiciliaria se ejecutó desde el 2007 a nivel de país, en los centros de salud familiar en la atención primaria.

Este programa, propende la expansión de una red de cobertura estatal hacia las personas y familias que reciben atención en los establecimientos de Salud Primaria a lo largo del país.

De acuerdo a un estudio de prevalencia realizado por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS, 2005), se establece que en Chile 2.068.072 chilenos presenta algún tipo de discapacidad, lo que corresponde a un 12,9% de la población del país.

El estudio antes mencionado, refiere que 1 de cada 8 chilenos vive con discapacidad. Según el grado de esta, se observa que del total de 12,9% de la población con discapacidad del país, un 7,2% corresponde a discapacidad leve (1.150.133 personas), un 3,2% a discapacidad moderada (513.997 personas) y un 2,5% discapacidad severa (403.942 personas).

Respecto a los tipos de deficiencia en personas con discapacidades, la física constituye el mayor porcentaje, representando un 31,2% del total de discapacidades; la segunda causa corresponde a la discapacidad visual con un 18,9 %; luego por causas viscerales (daños graves de alguno de los sistemas: respiratorio, digestivo, cardiovascular, endocrino) con un 13,9%; discapacidad múltiple 10,2%; intelectual 9%; auditiva 8,7%; y finalmente, discapacidad psíquica 7,8%." (MINSAL, 2014).

Propósito

Su propósito principal es poder apoyar a las familias que cuidan a pacientes con algún grado de dependencia severa, ya sea física, psíquica o multideficit, esto será medido a través del índice de barthel, este programa está encargado de entregar conocimientos de acciones de salud integrales, a la persona y a su familia, para así mejorar la satisfacción y la calidad de vida (MINSAL, 2014).

Objetivo general

Otorgar a la persona con dependencia severa, cuidado integral para así mejorar su calidad de vida y con ello contribuir a su recuperación y rehabilitación

Objetivos específicos

Atender de manera integral a personas que presentan dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.

Entregar a cuidadores y familias, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con dependencia severa.

Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la red asistencial, realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado.

Mantener registro actualizado de las personas con dependencia severa en página web. (MINSAL, 2014)

Atención domiciliaria integral y sus componentes

Una de las acciones que debe ser realizada por el Equipo de Salud, corresponde a la visita domiciliaria integral, la que se define como la Atención Integral de Salud proporcionada en el hogar a grupos específicos de alto riesgo, considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y que realiza uno o más integrantes del Equipo de Salud en el domicilio de una familia o del usuario. Esta permite establecer una interacción con uno o más miembros de la familia, con el cuidador y su entorno; tendiente a lograr un mejor conocimiento y apoyo para el enfrentamiento de los problemas bio-psico-socio-sanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral.

Este componente se encuentra en operación en todas las comunas del país y establecimientos dependientes de Servicios de Salud. Durante el año 2008, fue incorporado al Aporte Estatal mediante el mecanismo Per Cápita, para las Comunas con Salud Municipal; sin embargo, para las comunas de Costo Fijo -a partir del 2011-, fue incorporado a través del incremento de su financiamiento histórico definido en el Decreto Supremo Per Cápita; sólo los establecimientos dependientes de Servicios de Salud recibirán aporte directo por este programa.

Las personas que se encuentren Institucionalizadas (público y privado) podrán recibir la atención domiciliaria del Equipo de Salud, siempre y cuando se encuentren inscritas en un Centro de Salud y sean beneficiarias del Sistema Público de Salud o de algún Programa Gubernamental.

El Equipo de Salud deberá contemplar 2 visitas domiciliarias integrales en el domicilio del usuario, las cuales serán efectuadas por enfermera u otro profesional, para actualizar estado clínico del paciente. En la primera visita se

Escuela de Enfermería

debe establecer el plan de intervención para en la segunda efectuar una valoración de dicho plan. Por otra parte, el equipo, de acuerdo al plan de tratamiento y/o cuidados, determinará acciones mensuales de seguimiento y/o tratamiento (MINSAL, 2014).

1.- Visita domiciliaria integral

Es la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria. Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud (MINSAL, 2014).

2.- Visita domiciliaria de Tratamiento y/o Procedimiento

Es la atención entregada por integrantes del equipo de salud, al usuario en su propio hogar, con el fin de brindar apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. Estas acciones se realizan según una evaluación previa y un plan de atención que debiera ser elaborado y concordado con la familia. (MINSAL, 2014)

3.- Visita de Seguimiento

El objetivo de esta actividad es constatar el plan de cuidados entregados por el cuidador que reciben los pacientes que están bajo la modalidad de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, las cuales deberán ser

realizadas por cualquier integrante del equipo de salud tratante del paciente.
(MINSAL, 2014)

Funciones del equipo de salud

- Preservar la calidad de la atención prestada en el domicilio del paciente, asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo e integral del mismo, en conjunto con el cuidador.

- Estimular y potenciar la participación activa de los Cuidadores en las distintas actividades que se programen, con calidad y con enfoque de Salud Familiar.

- Definir prestaciones de cartera de servicios la que debe ser clara y conocida, para el usuario, cuidador, familia y/o comunidad.

- Realizar un estudio de las necesidades de cada usuario, para diseñar plan individualizado de cuidados. Esta actividad debe ser realizado por el Equipo de Salud, cuidador y la familia.

- Realizar un análisis costo-beneficio previo en cada uno de los casos, para decidir la atención domiciliaria mejor y más eficiente en comparación a otras posibilidades de provisión de servicios.

- Generar canales de comunicación expeditos con el usuario, cuidador y familia.

- Elaborar y ejecutar plan anual de capacitación a los cuidadores, entregándoles herramientas para mejorar la calidad del cuidado y así, optimizar su labor. Esta capacitación puede efectuarse en el domicilio y/o establecimiento de salud. Esta actividad debe ser registrada, de acuerdo a los instrumentos definidos para tal efecto.

- Realizar inducción a quienes ingresan al Programa como Cuidadores.

- Identificar, categorizar y registrar a las personas que presenten Dependencia Severa, en cada establecimiento de salud, para ingreso al Programa.

- Evaluar y gestionar el pago a cuidadores de personas que presenten Dependencia Severa

- Verificar mensualmente por medio de Visita Domiciliaria –de acuerdo a Plan de Cuidado-, condición del paciente.

- Todo paciente ingresado, deberá contar con un Plan de Atención que involucre al Equipo de Salud, Cuidador y familia, para abordar las necesidades de cuidado requeridas por éste, la que deberá realizarse a través de una Visita Domiciliaria Integral y ser registrada como tal.

- Si el paciente cumple con los criterios de inclusión, y además forma parte del Programa de Hospitalización Domiciliaria, se debe definir responsables de cada actividad, de acuerdo al problema de salud y factores asociados que presente. (Continuidad de atención en la Red, definiendo responsables en cada proceso de atención)

- El Equipo de Salud deberá detectar condiciones de riesgo en el entorno del paciente y educar al Cuidador y familia en la modificación de éstas, ofreciendo así alternativas de solución.
- El Equipo de Salud deberá educar al paciente, Cuidador y familia sobre la responsabilidad y posibilidades que tienen dentro del proceso de auto cuidado.
- El Equipo de Salud deberá disponer de un registro rutificado y actualizado mensual en página web, la información debe ser ingresada en los plazos definidos, para ello.
- La implementación de este componente en cada Establecimiento de la Red, debe disponer de un Equipo de Salud capacitado, flexible y motivado en esta modalidad de atención. (MINSAL, 2014)

6. METODOLOGIA

- **Tipo de estudio:** Cuantitativo ya que se les asignara un valor numérico a los datos obtenidos
- **Según tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información:** transversal. ya que permitirá presentar la información obtenida tal y como se presenta en su tiempo y espacio determinado
- **Según periodo y secuencia del estudio:** transversal
- **Según unidad de análisis:** Grupal, ya que los datos recolectados y sus variables serán analizados y definidos grupalmente.
- **Según análisis y alcance de los resultados:** Descriptivo, porque se utilizó un nivel de análisis estadístico descriptivo con el fin de caracterizar a la población en estudio y conocer el perfil de los cuidadores de pacientes pertenecientes al Programa Postrados

7. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION

- **Hipótesis:** Es posible establecer el perfil del cuidador de paciente perteneciente al Programa Postrado del consultorio Dr. Alejandro del rio a través del estudio de casos semejantes.

- **VARIABLES INVESTIGATIVAS:**
 - **Variable independiente:** Estudio de casos semejantes
 - **Variable dependiente:** Perfil Biopsicosocial del Cuidador

- **Definición conceptual de las variables:**
- **Estudio de Casos semejantes**
 - Estudio a individuos cuyas características son semejantes

- **Perfil psicosocial del cuidador:**

Características sociodemográficas:

 - Edad
 - Género
 - Situación de pareja
 - Nivel de escolaridad
 - Percepción de la situación económica actual
 - Situación biopsicosocial
 - Tiempo que ha ejercido como Cuidador principal
 - Horas diarias de cuidado

- **Tipos de instrumentos a utilizar:** Entrevista semiestructurada

8. UNIVERSO Y MUESTRA

- **UNIVERSO:** 170 Cuidadores de adultos mayores, inscritos en el Programa Postrados del Consultorio Dr. Alejandro del Rio de la comuna de Puente alto.
- **MUESTRA:** Se desea extraer una muestra de este universo de 170 cuidadores de pacientes adultos mayores pertenecientes al Programa Postrados.

$$N = 2.575^2 \cdot (0.5)(0.5) / 0.01^2$$

$$N = 6.630625 \times 0.25 / 0.0001$$

$$N = 1.65765625 / 0.0001$$

$$N = 16,576.5625$$

N= La muestra debe ser de 17 personas

- **Tipo de Muestreo:** Estratificado

Estrato	Población	Porcentaje	Muestra
1.- Cuidadores con más de 5 años de cuidado a paciente postrado	60	35.29%	6 Personas
2.- Cuidadores con menos de 5 años de cuidado a paciente postrado	110	64.70%	11 Personas

Escuela de Enfermería

- **Forma de selección:**

En el estrato N°1 se seleccionarán, de manera aleatoria, 6 cuidadores de pacientes que lleven más de 5 años postrados. Usaremos la tabla de números aleatorios. Partiremos desde fila 4, columna 3, orden vertical.

Resultado: 47, 52, 12, 10, 51, 35

En el estrato N°2 se seleccionaran, de manera aleatoria, 11 Cuidadores de pacientes que lleven menos de 5 años postrados. Usaremos la tabla de números aleatorios. Partiremos desde fila 2, columna 4, orden vertical.

Resultado: 20, 44, 72, 58, 22, 26, 02, 85, 19, 77, 56

- **Criterios de inclusión:**

- Cuidadores de pacientes Pertencientes al Programa Postrados del Consultorio Dr. Alejandro del Rio de la comuna de Puente Alto
- Cuidadora de Pacientes de 65 años y mas
- Cuidadores que hayan sido capacitados en cuidados preventivos de ulceras por presión
- No reciban remuneración económica por su labor (no se considera remuneración el estipendio)
- Acepte participar en el estudio al momento de la visita domiciliaria

- **Criterios de exclusión:**

- Pacientes no pertenecientes al Programa Postrados del Consultorio Dr. Alejandro del Rio de la comuna de Puente Alto

Escuela de Enfermería

- Pacientes menores de 65 años
- Pacientes fallecidos sin alta del programa
- Pacientes trasladados sin informar al Consultorio
- Cuidadores formales de pacientes postrados
- No acepte participar en el estudio al momento de la visita domiciliaria

9. ENFOQUE Y PROCEDIMIENTOS ÉTICOS

La participación del estudio fue voluntaria y gratuita. Se resguardarán la confidencialidad de los datos y el anonimato en el manejo de la información entregada por los cuidadores de pacientes pertenecientes al programa postrados del Consultorio Dr. Alejandro del Río, de la comuna de Puente Alto, Santiago/Chile que participaran en esta investigación.

Se solicitó autorización a la Directora, Enfermera Supervisora y Enfermera(o) Encargada(o) del Programa de Postrados Consultorio Dr. Alejandro del Río, para la obtención de datos para la investigación.

Previo al inicio de la investigación se enviaron las cartas de autorización a la jefa de carrera de Enfermería de la Universidad de las Américas, sede La Florida, María Victoria Aravena.

Se requirió el consentimiento informado, el cual explicaba en términos sencillos el propósito y objetivos de la investigación; a que participaron en el estudio, quienes recibieron una copia del consentimiento.

Luego de la autorización del Consultorio, se obtuvo la información de la población objetivo, para su posterior visita domiciliará en donde se aplicará los instrumentos de recolección de datos.

Escuela de Enfermería

10. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron obtenidos en la comuna de Puente Alto, Santiago de Chile entre el 9 y 19 de octubre través de visitas domiciliarias realizada por los investigadores, en las que se solicitó el consentimiento informado a los cuidadores de pacientes pertenecientes al Programa Postrados del consultorio Dr. Alejandro Del Rio. Previa llamada telefónica para solicitar su consentimiento y autorización para la visita, además de obtener información para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión.

Se agruparon los domicilios de los cuidadores por cercanía, se eligieron al azar, solo diferenciando los años que llevaban como cuidadores, ya que diferenciar por otro motivo sociocultural podría haber afectado los resultados de la investigación.

Ninguno de los investigadores pertenece al consultorio Dr. Alejandro del Rio, tampoco ha trabajado en el mismo o realizado prácticas.

Los investigadores no tienen relación alguna con los cuidadores que participaron en la investigación, por lo que esta no se verá afectada.

Se eligió este consultorio como vínculo con los cuidadores, debido que actualmente no se tiene un estudio actualizado del perfil del cuidador, además que la situación económica de las personas que se atienden en el consultorio no les permitiría pagar a un cuidador domiciliario.

El consultorio Dr. Alejandro del Rio accedió a entregar datos como número de teléfono de cuidadores y años que llevan a cargo del cuidado de un adulto mayor postrado. Con estos datos se pudo seleccionar la muestra y contactarse con los cuidadores para informarles de la investigación y posteriormente realizar la visita a su domicilio y aplicar la encuesta.

11. INSTRUMENTO Y VALIDACIÓN

Para la recolección de datos se utilizará el instrumento titulado “IDENTIFICACION Y PERFIL DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL” (anexo 1) La que fue desarrollada por el equipo de CCI Ingeniería Económica por encargo del Servicio Nacional del Adulto Mayor e INP, El instrumento consta en una entrevista semiestructurada, con 30 preguntas, las que tienen la característica de ser tipo mixtas.

Este instrumento es auto aplicado, sin embargo, para efecto del estudio fue aplicado por los investigadores

Su objetivo es conocer el perfil psicológico y cultural del cuidador informal de pacientes postrados.

Ámbitos temáticos:

- Perfil del Cuidador psicosocial del cuidador:

Características sociodemográficas:

- Edad

Escuela de Enfermería

- Género
- Situación de pareja
- Nivel de escolaridad
- Percepción de la situación económica actual
- Vida en familia
- Situación biopsicosocial
- Perfil relacionado con los cuidados entregados al paciente postrado
- tiempo que ha ejercido como Cuidador principal
- horas diarias de cuidado
- necesidades del Adulto Mayor que satisface el Cuidador
- Consecuencias de la labor de cuidado para la vida del cuidador. Percepción de efectos positivos y negativos

12. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Se utilizó el programa informático Excel como base de datos y para el análisis estadístico. Por ser un estudio descriptivo no se usaron pruebas estadísticas sólo frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Escuela de Enfermería

13. ANÁLISIS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CUIDADOR PRINCIPAL/FAMILIAR

- Tabla N° 1: Género del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	17	100
Masculino	0	0
Total	17	100

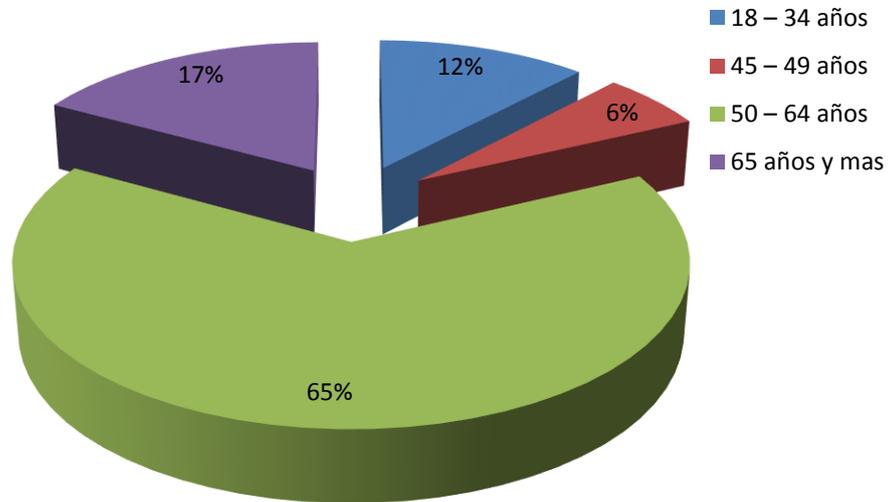
El 100% de los Cuidadores encuestados eran de género femenino

- Tabla N° 2: Edad del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje
18 – 34 años	2	12
45 – 49 años	1	6
50 – 64 años	11	65
65 años y mas	3	17
total	17	100

Media: 50,7 **Mediana:** 57,5 **Moda:** 50

- Gráfico N° 2: Edad del Cuidador Principal/Familiar

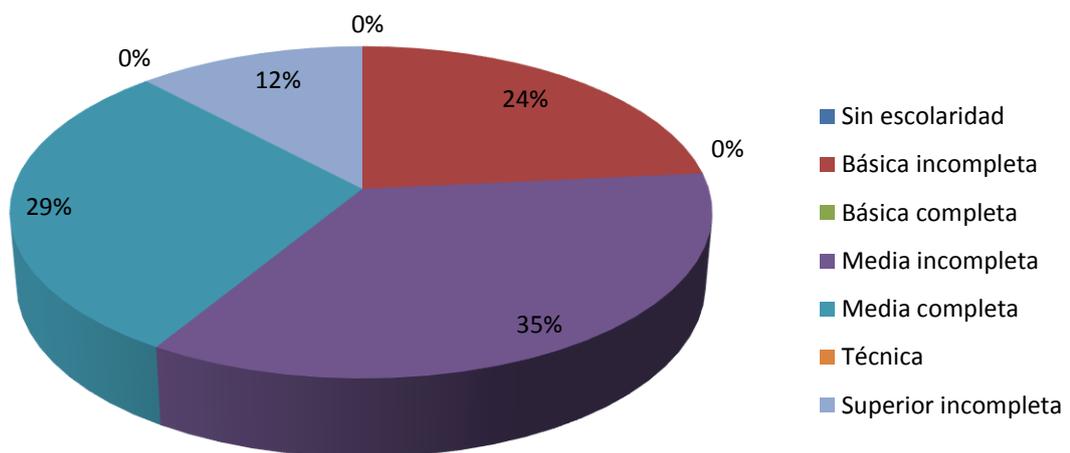


El 11,7% de los Cuidadores tenía entre 18 y 34 años, el 5,8 % entre 44 y 49 años, el 64,7% de 50 a 64 años y el 17,6% más de 65 años, con una media de 50,7.

- Tabla N°3 Escolaridad del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin escolaridad	0	0
Básica incompleta	4	23,5
Básica completa	0	0
Media incompleta	6	35,3
Media completa	5	29,4
Técnica	0	0
Superior incompleta	2	12
Total	17	100

- Gráfico N°3 Escolaridad del Cuidador Principal/Familiar



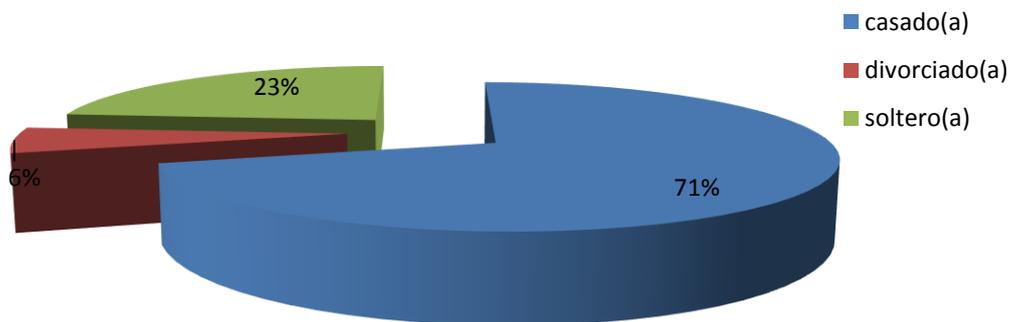
Escuela de Enfermería

El 100% de los Cuidadores sabe leer y escribir, el 23,52% tenía estudios básicos incompletos, el 35,29 % tenía estudios secundarios incompletos, el 29,41% tiene media completa y el 11,76% tiene estudios superiores incompletos.

- Tabla N°4 Estado civil de los Cuidadores

Estado civil	Frecuencia	porcentaje
casado(a)	12	70,5882353
conviviente	0	0
viudo(a)	0	0
separado(a)	0	0
divorciado(a)	1	5,88235294
soltero(a)	4	23,5294118
total	17	100

- Gráfico N°4 Estado civil de los Cuidadores



El 70,5% de los Cuidadores se encuentra casado, el 5,8% se encuentra divorciado y el 23,5% está soltero al momento de la entrevista.

- Tabla N° 5: Sistema de salud que tienen los cuidadores

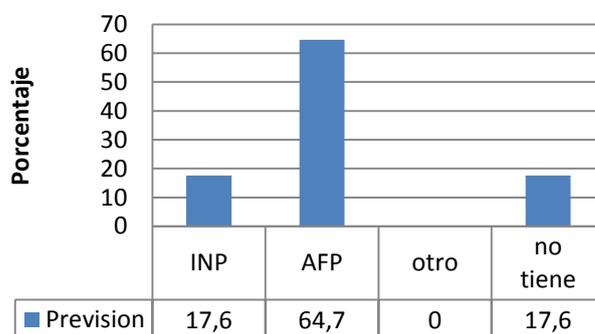
Sistema de salud	Frecuencia	Porcentaje
FONASA	17	100
ISAPRE	0	0
OTRO	0	0
no tiene	0	0
total	17	100

El 100% de los cuidadores tiene FONASA como sistema de salud.

- Tabla N° 6: Tipo de previsión que tiene el cuidador

Previsión	Frecuencia	Porcentaje
INP	3	17,6
AFP	11	64,7
otro	0	0
no tiene	3	17,6
total	17	100

- Grafico N° 6: Tipo de previsión que tiene el cuidador

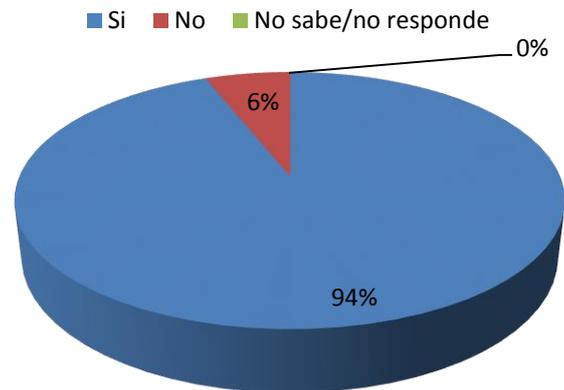


El 64,7% de los cuidadores cuenta con previsión en AFP, mientras el 17,6% tiene en INP, el mismo porcentaje indica no tener ningún tipo de previsión.

- Tabla N° 7: Comparte Vivienda el Cuidador Principal/Familiar con el Adulto Mayor.

¿Vive en el mismo domicilio del adulto mayor a cargo?	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	94
No	1	6
No sabe/no responde	0	0
Total	17	100

- Gráfico N° 7: Comparte Vivienda el Cuidador Principal/Familiar con el Adulto Mayor.

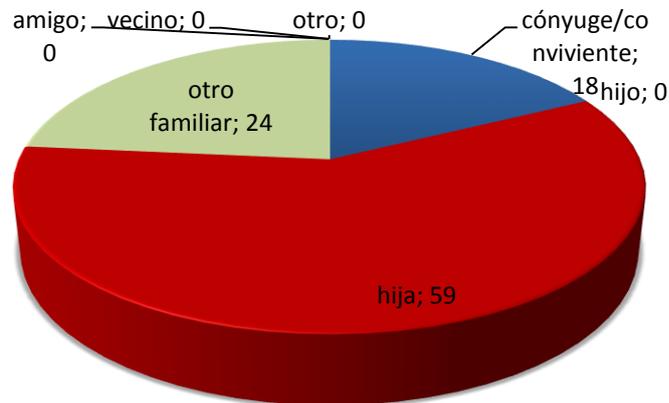


Cuando se les consultó a los cuidadores si vivían en el mismo domicilio que el paciente adulto mayor postrado del que estaban a cargo, el 94,1% indicó que sí, mientras el 5,8% no vive en el mismo domicilio que el paciente que tiene a cargo.

- Tabla N° 8 Relación del cuidador con el paciente adulto mayor postrado

¿Cuál es la relación con el adulto mayor?	Frecuencia	Porcentaje
cónyuge/conviviente	3	17,6470588
hijo	0	0
hija	10	58,8235294
otro familiar	4	23,5294118
amigo	0	0
vecino	0	0
otro	0	0
total	17	100

- Gráfico N° 8 Relación del cuidador con el paciente adulto mayor postrado



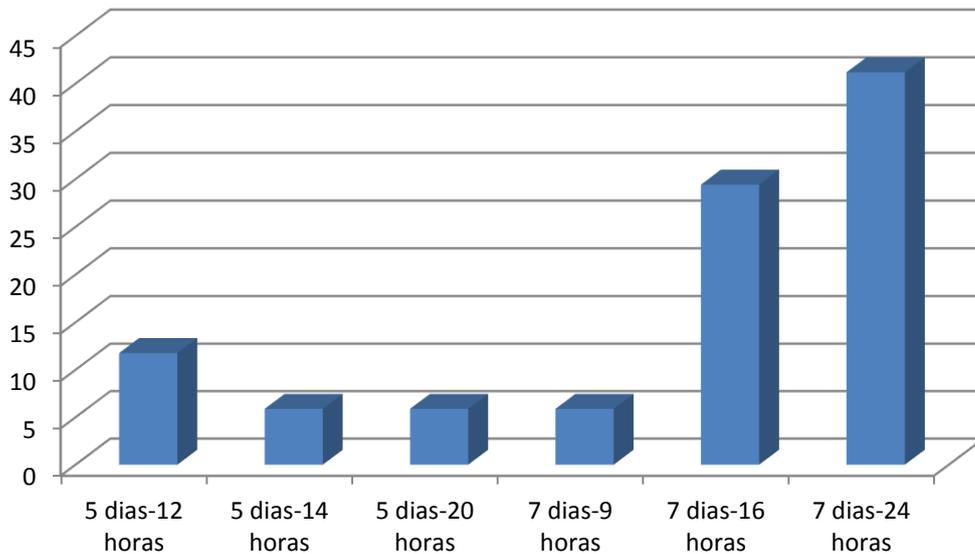
El 58,8% de las cuidadoras son hijas del paciente adulto mayor postrado, el 17,6% es cónyuge o conviviente, mientras el 23,5% indica tener otro tipo de relación familiar.

- Tabla N° 9: Tiempo semanal que el cuidador dedica al cuidado del paciente adulto mayor postrado

Tiempo semanal dedicado al cuidado	Frecuencia	Porcentaje (%)
5 días-12 horas	2	12
5 días-14 horas	1	6
5 días-20 horas	1	6
7 días-9 horas	1	6
7 días-16 horas	5	29
7 días-24 horas	7	41
total	17	100

- Gráfico N° 9: Tiempo semanal que el cuidador dedica al cuidado del paciente adulto mayor postrado

■ Porcentaje (%)

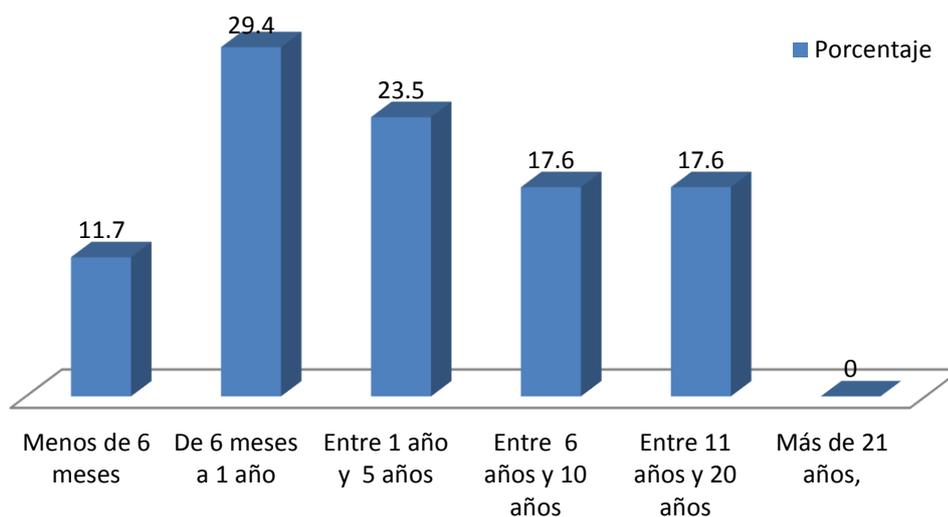


El 41,1% indicó que dedica al cuidado 24 horas diarias, los 7 días a la semana, un 29,4% indica que dedica 16 horas diarias, los 7 días de la semana al cuidado, 5,8% dice que dedica de los 7 días de la semana, 9 horas al cuidado, el mismo porcentaje dice que dedica 20 horas dividido en 5 días, al igual que las que indicaron que dedican 14 horas en 5 días, el 11,7% dedica 12 horas en 5 días al cuidado.

- Tabla N° 10: Tiempo como cuidador

¿Hace cuánto tiempo cuida al pensionado?	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 meses	2	11.7
De 6 meses a 1 año	5	29.5
Más de 1 año menos de 5 años	4	23.6
Más de 6 años menos de 10 años	3	17.6
Más de 11 años, menos de 20 años	3	17.6
Más de 21 años, menos de 40 años	0	0
total	17	100

Gráfico N° 10: Tiempo como cuidador



El 11,7% lleva menos de 6 meses cuidando al paciente adulto mayor postrado, mientras el 29,4% lleva más de 6 meses, pero menos de 1 año cuidando. El 23,5% de los encuestados llevan entre 1 y 5 años cuidando, el 17,6% entre más

Escuela de Enfermería

de 6 y 10 años; el mismo porcentaje entre más de 11 años y menos 20 años. No se observó cuidadores en la categoría mayor a 21 años. Los Cuidadores llevaban en promedio 4,2 años desempeñando esta labor.

- Tabla N° 11 Experiencia previa como cuidador

¿Había cuidado de otra persona dependiente antes?	Frecuencia	Porcentaje
si	0	0
no	17	100
total	17	100

El 100% de los entrevistados indicó no tener experiencia previa como cuidador con algún otro paciente dependiente

- Tabla N° 12 Cuidador tiene a su cuidado más de una persona

¿Tiene actualmente otra persona a su cuidado?	Frecuencia	Porcentaje
si otro(a) adulto mayor	0	0
si, otra persona con enfermedad o discapacidad	0	0
No	17	100
Total	17	100

El 100% indica no tener otra persona a su cuidado

- Tabla N° 13: Capacitación del cuidador

¿Ha recibido algún tipo de capacitación para cuidar?	Frecuencia	porcentaje
Si	17	100
No	0	0
Total	17	100

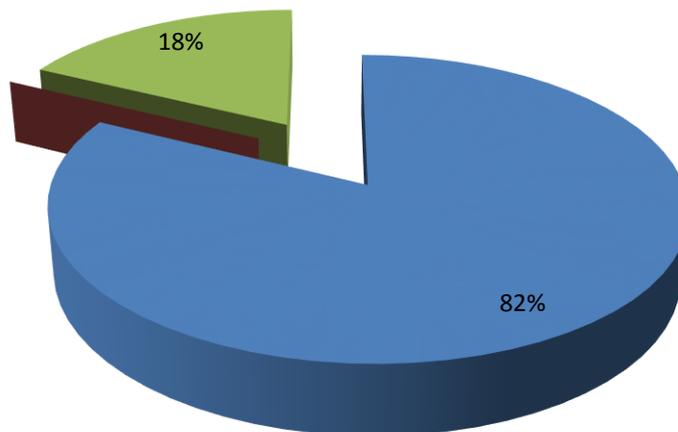
El 100% de los cuidadores indicó haber recibido capacitación del consultorio Dr. Alejandro del Río para el cuidado de pacientes postrados.

- Tabla N° 14: Situación Laboral del Cuidador Principal/Familiar

¿Tiene otro trabajo remunerado?	Frecuencia	Porcentaje
no	14	82
si, jornada parcial	0	0
si, esporádico	3	18
si, jornada completa	0	0
total	17	100

- Gráfico N° 14: Situación Laboral del Cuidador Principal/Familiar

■ no ■ si, jornada parcial ■ si, esporádico ■ si, jornada completa

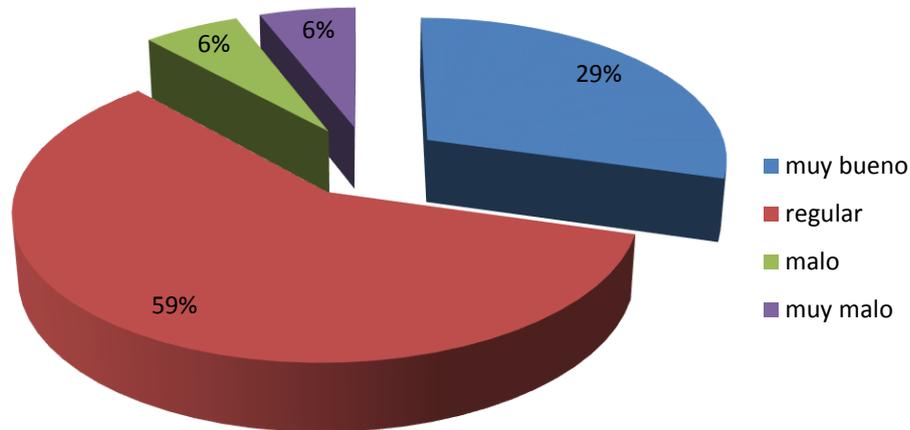


La mayoría de los Cuidadores eran dueñas de casa, sin un trabajo remunerado (82,3%), un 17,6% refirió tener trabajos esporádicos.

- Tabla N° 15 Estado se salud del cuidador

¿Cómo considera su estado de salud?	Frecuencia	Porcentaje
muy bueno	5	29
regular	10	59
malo	1	6
muy malo	1	6
total	17	100

- Gráfico N° 15 Estado se salud del cuidador



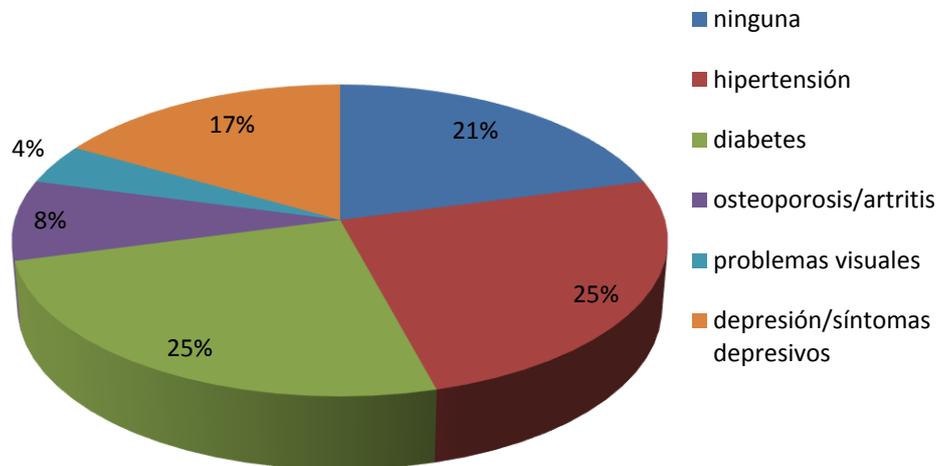
Un 29,4% refirió tener un estado de salud muy bueno, mientras un 58,8% considera tener un estado de salud regular, mientras el resto dijo tener un mal estado de salud (5,8%) o un muy mal estado de salud (5,8%)

- Tabla N° 16: Enfermedades del Cuidador Principal/Familiar

¿Qué tipo de patologías importante tiene?	Frecuencia	Porcentaje
ninguna	5	21
hipertensión	6	25
diabetes	6	25
osteoporosis/artritis	2	8
problemas visuales	1	4
depresión/síntomas depresivos	4	17
total	17	100

Escuela de Enfermería

- Gráfico N° 16: Enfermedades del Cuidador Principal/Familiar



Del total de Cuidadores, un 29,1% refirió no tener patologías, el resto que presentaban patologías, considerando que algunos presentaban más de una enfermedad, el 35,2% padecía de Hipertensión Arterial, el 11,7% Enfermedades Osteomusculares, el 35,2% Diabetes Mellitus, el 23,5% presenta depresión o síntomas depresivos y el 5,8% indicó tener otra patología

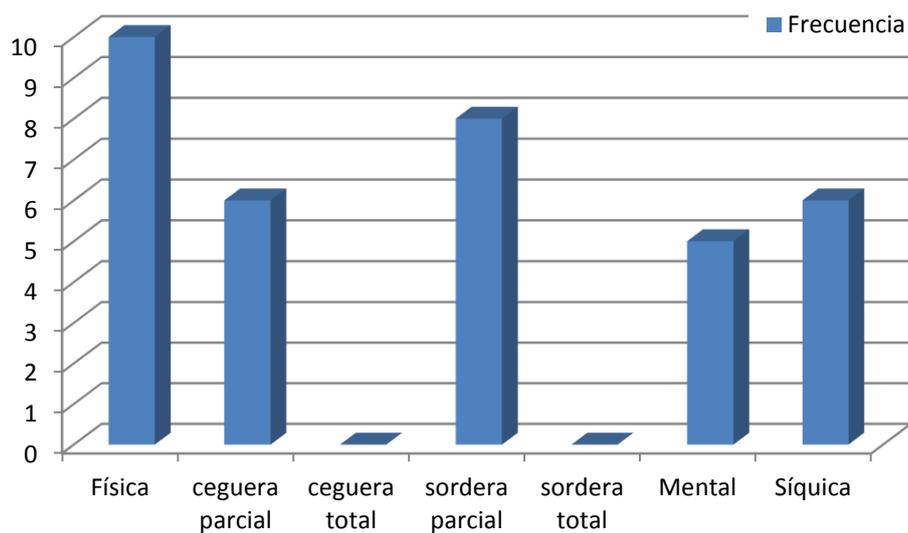
- Tabla N° 17 Tipo de discapacidad del adulto mayor a cargo de los cuidadores

El adulto mayor a su cargo, ¿tiene algún tipo de discapacidad?	Frecuencia	Porcentaje
Física	10	58,8235294
ceguera parcial	6	35,2941176
ceguera total	0	0
sordera parcial	8	47,0588235

Escuela de Enfermería

sordera total	0	0
Mental	5	29,4117647
Síquica	6	35,2941176
Total	17	100

- Gráfico N° 18 Tipo de discapacidad del adulto mayor a cargo de los cuidadores



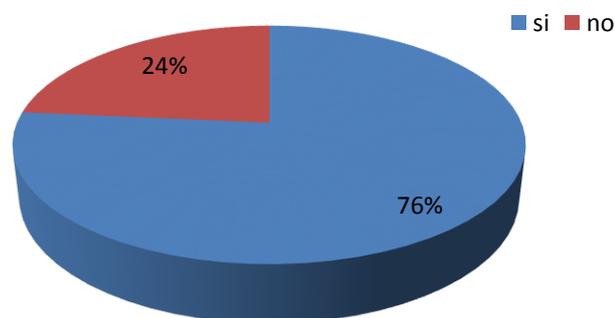
El 35,2% de los cuidadores consultados, indicó que el adulto mayor que se encuentra a su cargo presenta una discapacidad física, un 47% tiene ceguera total, un 29,4% discapacidad mental y un 35,2% síquica. Debemos considerar que algunos tenían más de un tipo de discapacidad.

- Tabla N° 19 Apoderado en cobro de pensiones

¿Es apoderado adicionalmente del adulto mayor en cobro de pensiones?	Frecuencia	Porcentaje
si	13	76
no	4	24
total	17	100

El 76,4% de los cuidadores es adicionalmente apoderado del adulto mayor al cobrar las pensiones, mientras un 23,5% no lo es.

- Gráfico N° 19 Apoderado en cobro de pensiones



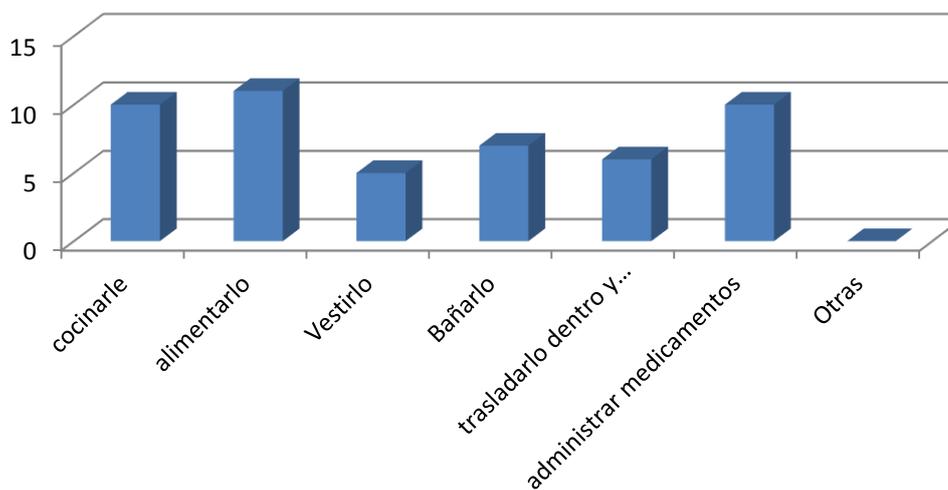
- Tabla N° 20: Actividades que el cuidador considera más importantes

¿Cuáles son las 3 actividades del cuidado más importante en una semana normal?	Frecuencia
cocinarle	10
alimentarlo	11
Vestirlo	5
Bañarlo	7
trasladarlo dentro y fuera del hogar	6
administrar medicamentos	10
Otras	0

Escuela de Enfermería

Total	17
--------------	-----------

- Gráfico N° 20: Actividades que el cuidador considera más importantes



Entre las necesidades que el Cuidador satisfacía al Adulto Mayor, se observó que la mayoría estaban relacionadas a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el 64,7% indicó la alimentación como actividad más importante, junto con cocinarle al adulto mayor postrado (58,8%), mientras que la administración de medicamentos fue mencionada por el 58,8% de los cuidadores como una de las actividades más importantes del cuidado. El traslado del paciente tiene un 35,2%, bañar al paciente tiene un 41,1% y vestirlo un 29,4%.

- Tabla N° 21 Obtención de Medicamentos

¿Cómo obtiene los medicamentos para cuidado del adulto mayor?	Frecuencia
en forma particular (comprados)	1

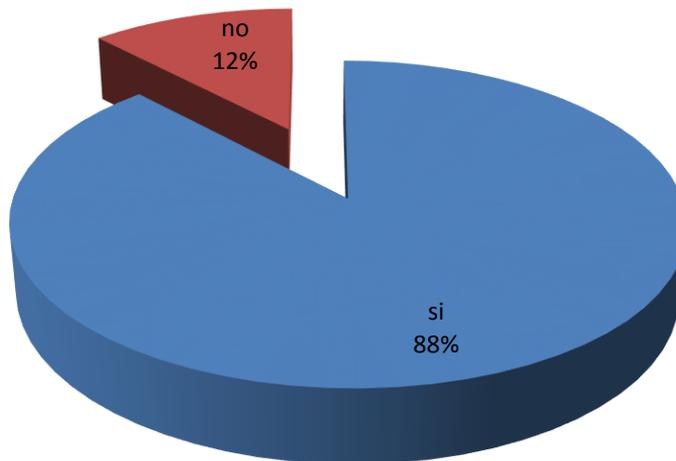
en el consultorio o centro de salud	17
en alguna institución de beneficencia	1
otros	0

El 100 % de los cuidadores obtiene medicamentos en el consultorio Dr, Alejandro del rio, además un 5,8% menciona obtener algún otro medicamento de forma particular o en alguna institución de beneficencia, aparte de los medicamentos entregados por el consultorio los cuales son destinados para sus enfermedades de base, y los que se obtienen por otros lados son netamente vitaminas, ENSURE. Que según el cuidador necesita el paciente.

- Tabla N° 22: Administración de medicamentos

¿Es usted quien administra los medicamentos?	Resultado	Porcentaje
si	15	88
no	2	12
total	17	100

- Gráfico N° 22: Administración de medicamentos



Un 88,2% de los cuidadores es responsable de la administración de medicamentos al adulto mayor postrado, mientras un 11,7% indica no ser quien los administra.

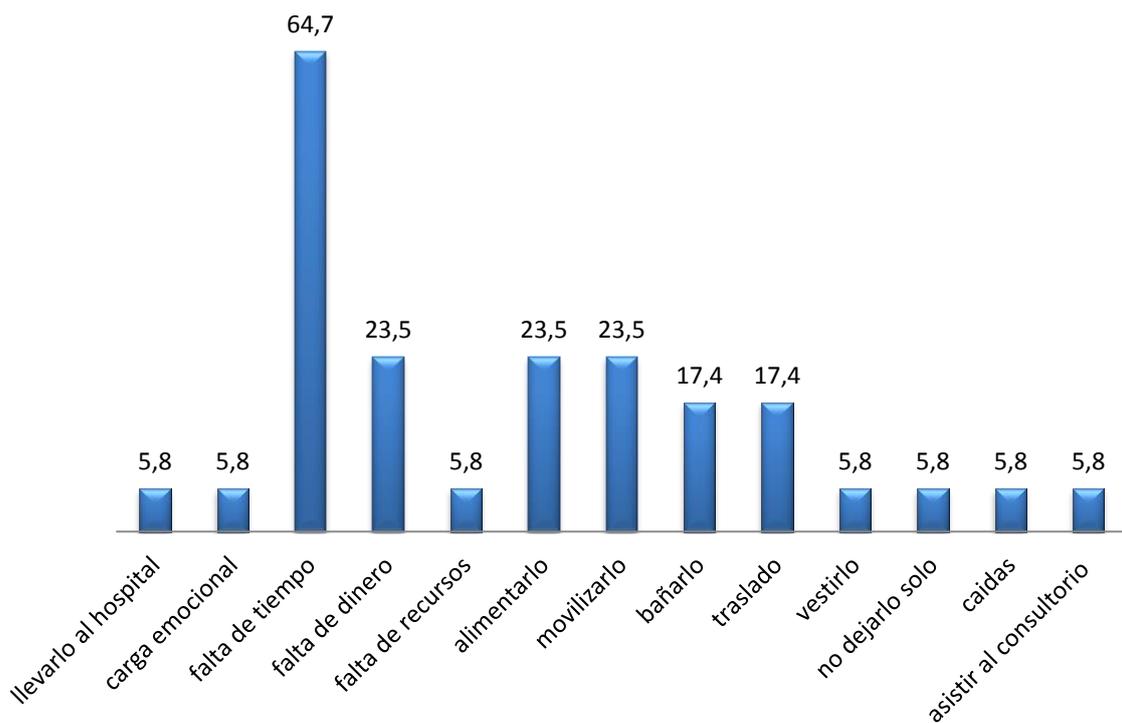
- Tabla N° 23: Principales dificultades que tiene el cuidador al momento de realizar el cuidado.

¿Cuáles son las principales dificultades para enfrentar esta situación?	Frecuencia
llevarlo al hospital	5,8
carga emocional	5,8
falta de tiempo	64,7
falta de dinero	23,5
falta de recursos	5,8
alimentarlo	23,5
movilizarlo	23,5
bañarlo	17,4

Escuela de Enfermería

traslado	17,4
vestirlo	5,8
no dejarlo solo	5,8
caídas	5,8
asistir al consultorio	5,8

- Gráfico N° 23: Principales dificultades que tiene el cuidador al momento de realizar el cuidado.

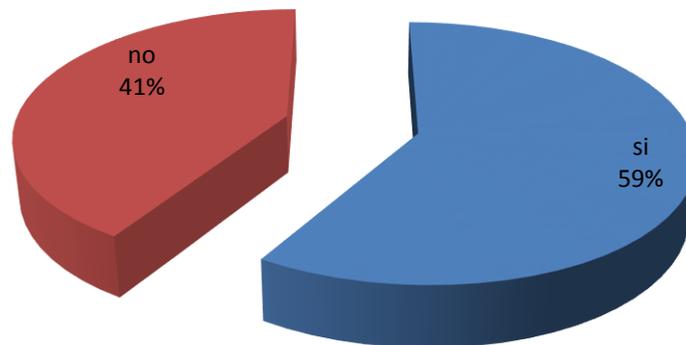


De las dificultades mencionadas por los cuidadores, el 64,7% corresponde a la falta de tiempo, fue la más mencionada, junto con la falta de dinero (23,5%), alimentar al paciente postrado (23,5%), movilizar al paciente (23,5%), bañarlo (17,4%) y trasladarlo (17,4%). El resto, que corresponde a cosas como llevarlo al hospital, la carga emocional que trae el cuidar, la falta de recursos, vestir al paciente, caídas y asistir al consultorio corresponde a 5,8% cada uno.

- Tabla N° 24: Solicitar ayuda para cuidar a paciente adulto mayor postrado

¿Ha tenido que solicitar ayuda para resolver dificultades?	Frecuencia	porcentaje
si	10	59
no	7	41
total	17	100

- Gráfico N° 24: Solicitar ayuda para cuidar a paciente adulto mayor postrado



El 58,8% refiere pedir ayuda en el cuidado del paciente adulto mayor postrado, mientras un 41,1% no solicita ayuda.

- Tabla N° 25: Tipo de ayuda que ha solicitado

¿Cuál ha sido la ayuda?	Porcentaje
familia	29,4
traslado	5,8

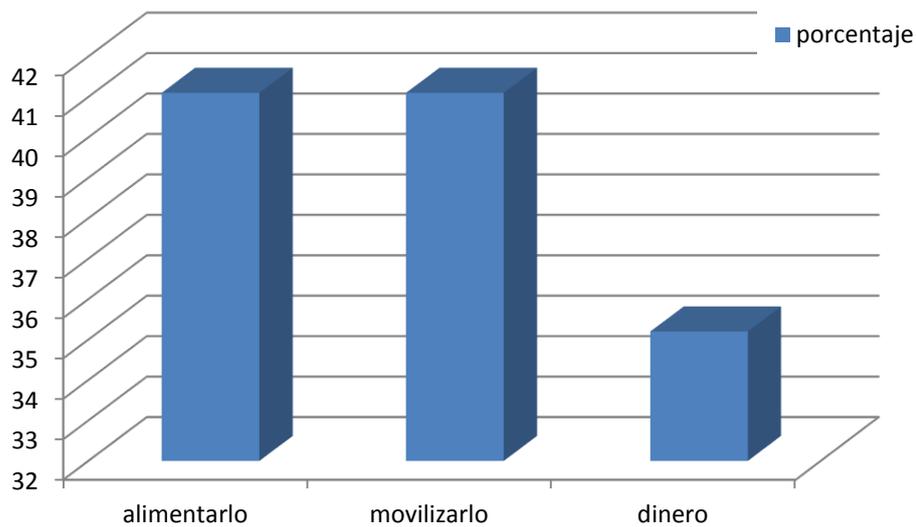
Escuela de Enfermería

evitar caídas	5,8
ambulancia	5,8
vecino	17,6

- Tabla N° 26: Necesidad prioritaria del adulto mayor postrado

A su juicio ¿Cuál es la necesidad más urgente en el adulto mayor actualmente?	porcentaje
alimentarlo	41,1
movilizarlo	41,1
dinero	35,2

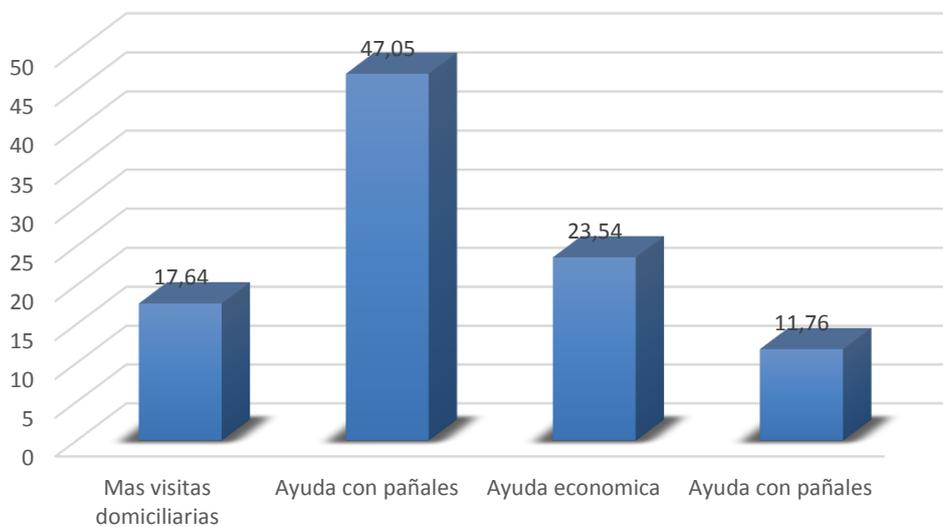
- Gráfico N° 26: Necesidad prioritaria del adulto mayor postrado



- Tabla N° 27: Requerimientos para mejorar el cuidado

¿Qué requiere concretamente para mejorar el cuidado?	porcentaje
Más visitas domiciliarias	17.64
Ayuda con pañales	47.05
Ayuda económica	23.54
Ayuda con pañales	11.76

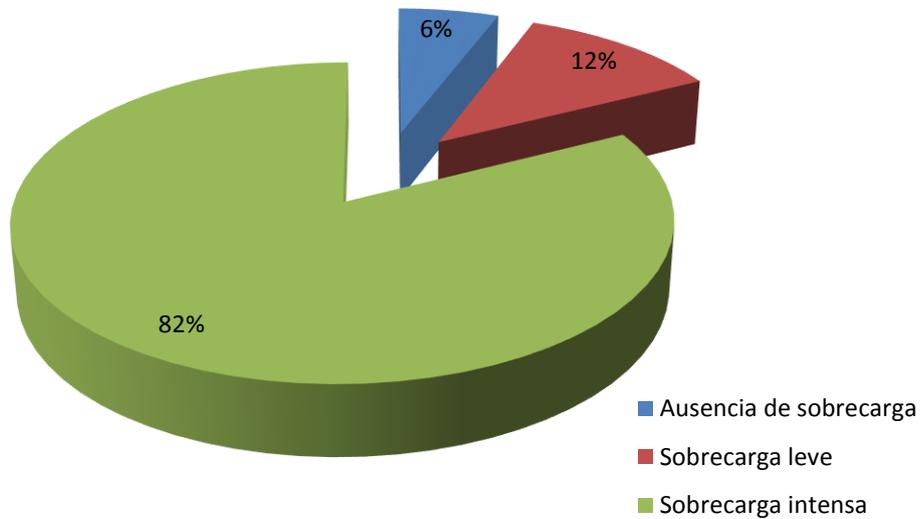
- Tabla N° 27: Requerimientos para mejorar el cuidado



- Tabla N° 28: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Índice de Zarit	Porcentaje
Ausencia de sobrecarga	5,8
Sobrecarga leve	11,7
Sobrecarga intensa	82,3
	100

- Tabla Gráfico ° 28: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit



Según la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit que fue aplicada a los cuidadores, arrojó que el 82,3% presentó una sobrecarga intensa, el 11,7% una sobrecarga leve y solo el 5,8% tenía ausencia de sobrecarga.

14. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente estudio se confirma de acuerdo a la hipótesis planteada que, el perfil de la población en estudio de acuerdo con las características es:

- Sexo femenino
- De parentesco hija o cónyuge
- Dedicada al cuidado del adulto mayor postrado inscrito en el programa de forma exclusiva
- Posee un bajo nivel de escolaridad
- Posee problemas de salud asociados a la sobrecarga del cuidado

El 100% los Cuidadores eran de género femenino, datos que concuerdan con (Zavala M, 2001) donde se le atribuye a la mujer el rol de Cuidador, ya que a nivel cultural y social es ella la responsable de perpetuar los cuidados en la familia durante la historia de la humanidad.

El 71% de los Cuidadores manifestó tener pareja, estas relaciones podrían o no verse afectado por ser cuidador principal de un paciente postrado. Se destaca que los cuidadores principales son los hijos, seguidos por los cónyuges, lo que implicaba un gran sentido del deber de cuidar y un mayor desgaste emocional.

El 100% de los cuidadores recibió capacitación por parte del Consultorio para realizar los cuidados correspondientes a los pacientes postrados.

Un 23,5% de los Cuidadores tienen educación básica incompleta y un 35,3% tiene media incompleta. Lo que concuerda con el estudio de Zavala el 2009

(Zavala M, 2001) esto indica que en su mayoría tendría un déficit de información o no conocería la enfermedad ni su evolución o la cercanía de la muerte de su familiar, no sabría a quién acudir en caso de emergencia y también podría ignorar la existencia de redes de apoyo comunitario, dado que el consultorio deja marginado al cuidador, ya que se evidenció con la educación que se le realiza y la falta de integración en cada visita que realiza el enfermero.

Es importante destacar que de los Cuidadores que señalaron tener estudios superiores incompletos, no pudieron terminar sus estudios debido a la falta de tiempo por haber asumido la responsabilidad de cuidar a su familiar.

Cabe mencionar sobre la sobrecarga del cuidador, de acuerdo a lo citado de (SENAMA 2016) en cuanto a la sobrecarga de trabajo, el 19% presenta sobrecarga ligera y un 25% intensa, los resultados obtenidos fueron: el 82.3% presentó una sobrecarga intensa, el 11,7% una sobrecarga leve y siendo la minoría, el 5,8% tenía ausencia de sobrecarga, datos que concuerdan a lo citado.

El origen de las sobrecargas puede deberse a la presencia de: la falta de ayuda, tiempo y recursos económicos, y el largo tiempo en el que el cuidador lleva dedicado al adulto mayor postrado, etc. Y que tales consecuencias conllevan a malestares físicos, pero por sobre todo a problemas emocionales. De acuerdo con la cita anterior, (SENAMA 2016) este refiere que “el 44% de los cuidadores presentan algún tipo de grado de síntomas depresivos” información de acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio, el 17% de los cuidadores entrevistados presentan síntomas depresivos/depresión.

15. CONCLUSION

De acuerdo a los Objetivos planteados al principio de la investigación, se evidencia que se cumplieron en su totalidad.

En esta investigación se observó que un 41,1% del tiempo dedicado al cuidado a usuarios con dependencia severa era de 24 horas diarias 7 días a la semana, donde el 58,8% eran hijas de los mismos, los cuales un 76,4% eran quienes recolectaban de los centros de salud los medicamentos para las distintas patologías, ya sean físicas, psicológicas o crónicas no transmisibles, de los cuales un 88,2% les administraban ellas mismas sus terapias farmacológicas.

Así mismo ellas relataron que dentro de las principales dificultades que han presentado a lo largo del tiempo a cargo del cuidado fue de un 64,7% falta de tiempo, y por falta de apoyo económico y dificultad para movilizarlo y alimentarlo con un 23.5%.

Además de relatar que un 28,4% lleva a cargo del usuario de 6 meses a 1 año y el 17,6% lleva más de 11 años como tutor desde que llegó a tener una dependencia severa, por ende este estudio nos permite plantear un problema de salud que está poco abordado, así mismo podemos determinar objetivos en base a un buen autocuidado y una correcta educación al cuidador, para así de un punto de vista de atención primaria realizar prevenciones para que la calidad de vida no disminuya, si no, se mantenga y mejore en el tiempo, mediante la integración de redes de apoyo entregarle al cuidador todas las herramientas tanto físicas como psicológicas para brindar un buen cuidar. Cabe destacar que en este consultorio en particular por abarcar una gran cantidad de personas y

dado en la condición que se encuentra el “Programa postrados”, se refleja un déficit de ayudar al cuidador y falta de compromiso de todo el equipo de salud que está involucrado, ya que se cambió recientemente al enfermero encargado reflejando en la lista de pacientes al menos 20 muertos sin tener en conocimiento el consultorio.

16. SUGERENCIAS

- Se sugiere aumentar la educación al cuidador sobre la importancia de un buen autocuidado, para no disminuir su calidad de vida. Siendo la labor de enfermería velar por una salud integra tanto del cuidador como del usuario.
- Se sugiere aplicar por lo menos una vez al mes la escala de Zarit para así mantenerla actualizada, y ver en que se puede ayudar al cuidador con el fin de no dejarlo al margen de las visitas.
- Se sugiere realizar charlas o capacitaciones al cuidador sobre los conocimientos y competencias del cuidado a medida que van surgiendo actualizaciones y nuevas técnicas; según norma MINSAL

Escuela de Enfermería

17. ANEXOS

Escuela de Enfermería

ANEXO 1

Informe Final

CCI Ingeniería Económica

SECCION II: IDENTIFICACION Y PERFIL DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL

(completar sólo en caso de pensionado Semivalente o Postrado y con CUIDADOR NO REMUNERADO)

<p>1. RUT : _____</p> <p>2. Nombre (ap/am/nom) : _____</p> <p>3. Dirección Particular : _____</p> <p>4. Comuna : _____ 5. Ciudad _____</p> <p>6. Región _____</p> <p>7. Teléfono particular o de rec. : _____</p>	
<p><i>Encierre la respuesta seleccionada en un círculo según corresponda:</i></p>	
<p>1. Sexo:</p> <p>1. Hombre</p> <p>2. Mujer</p> <p>2. Cuál es su Fecha de Nacimiento? (d/m/a): _____</p> <p>3. Sabe usted leer y escribir?</p> <p>5. Lee y escribe</p> <p>6. Sólo lee</p> <p>7. Sólo escribe</p> <p>8. No lee ni escribe</p> <p>4. Cuál es su Nivel Escolaridad?</p> <p>1. Sin escolaridad</p> <p>2. Básica Incompleta</p> <p>3. Básica Completa</p> <p>4. Media incompleta</p> <p>5. Media Completa</p> <p>6. Técnica</p> <p>7. Superior</p> <p>8. No sabe/No responde</p> <p>5. Cuál es su Estado Civil?</p> <p>1. Casado/a</p> <p>2. Conviviente</p> <p>3. Viudo/a</p> <p>4. Separado/a</p> <p>5. Divorciado/a</p> <p>6. Soltero/a</p> <p>6. Qué Sistema de Salud tiene?</p> <p>1. FONASA</p> <p>2. ISAPRE</p> <p>3. Otro</p> <p>4. No tiene</p> <p>7. Qué tipo de Previsión tiene?</p> <p>1. INP</p>	<p>10. Cuál es su relación con el/la adulto mayor a su cargo?</p> <p>1. Cónyuge /Conviviente</p> <p>2. Hijo</p> <p>3. Hija</p> <p>3. Otro Familiar _____</p> <p>4. Amigo</p> <p>5. Vecino</p> <p>6. Otro, indique _____</p> <p>11. Qué Tiempo semanal dedica directamente al cuidado del Pensionado? (<i>llenar ambas</i>)</p> <p>a. Días a la semana: _____</p> <p>b. Horas x Día: _____</p> <p>12. Hace cuánto tiempo que usted cuida al Pensionado?</p> <p>1. Menos de 6 meses</p> <p>2. De 6 meses a un año.</p> <p>3. Más de 1 año menos de 5 años</p> <p>4. Más de 6 menos de 10 años</p> <p>5. Más de 11 años, menos de 20 años</p> <p>6. Más de 21 años, menos de 40 años</p> <p>7. Más de 40 años.</p> <p>13. Había cuidado anteriormente a otra persona dependiente?</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p> <p>14. Tiene actualmente alguna otra persona a su cuidado?</p> <p>1. Si, otro/a adulto mayor</p> <p>2. Si, otra persona con enfermedad o discapacidad</p> <p>3. No</p> <p>15. Ha recibido algún tipo de capacitación para cuidar a una persona dependiente:</p> <p>1. Si (<i>PASE A P 41</i>)</p> <p>2. No (<i>PASE A P 42</i>)</p>

<p>2. AFP 3. Otro 4. No tiene</p> <p>8. Vive en el mismo domicilio del Adulto Mayor a su cargo?</p> <p>1. Si 2. No (<i>PASE A LA P. 31</i>) 3. No sabe/No responde</p> <p>9. Si la respuesta es No, ¿Cómo se moviliza al domicilio del Adulto(a) mayor?</p> <p>1. Micro 2. Taxi o colectivo 3. Metro 4. Automóvil 5. Bicicleta 6. Caminando 7. Otro ¿Cuál? _____</p> <p>19. Qué tipo de problemas de salud importantes tiene (patologías)?</p> <p>1. Ninguna 2. Hipertensión 3. Diabetes 4. Osteoporosis/Artritis 5. Problemas visuales 6. Depresión o síntomas depresivos 7. Otro, _____</p> <p>20. El/la adulto mayor a su cargo:</p> <p>1. Realiza las actividades diarias solo/a y sin necesidad de ayuda? (Autovalente)</p> <p>2. Necesita ayuda para algunas de las actividades cotidianas? (Semivalente)</p> <p>3. No realiza casi ninguna actividad básica sólo/a, tiene problemas para moverse y/o se encuentra en cama la mayor parte del tiempo? (Postrado)</p> <p>21. El/la adulto mayor a su cargo ¿Tiene usted algún tipo de Discapacidad? (<i>respuesta múltiple, marcar todas las opciones nombradas</i>)</p> <p>1. No tiene 2. Física 3. Ceguera Parcial 4. Ceguera Total 5. Sordera Parcial 6. Sordera Total 7. Mudez 8. Mental 9. Síquica 10. Otra ¿Cuál? _____</p>	<p>16. De parte de que institución/organismo recibió esta capacitación? (<i>respuesta múltiple, marcar todas las opciones</i>)</p> <p>1. Municipio 2. Consultorio o centro de salud 3. Otro organismo estatal (INP, SENAMA, MINSAL) 4. Organismo privado o institución de beneficencia 5. Otro ¿Cuál? _____</p> <p>17. Tiene otro trabajo remunerado:</p> <p>1. No 2. Si jornada parcial 3. Si esporádico 4. Si jornada completa</p> <p>18. Cómo considera su estado de salud:</p> <p>1. Muy bueno 2. Regular 3. Malo 4. Muy malo</p> <p>25. ¿Es usted quien administra los medicamentos al adulto mayor?</p> <p>1. Si 2. No ¿Quién? _____</p> <p>26. Usted, como persona que tiene a su cuidado a un Adulto Mayor ¿Cuáles son las principales dificultades o problemas que usted tiene actualmente para enfrentar esta situación? (<i>Indagar max. 3 problemas</i>)</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <p>27. ¿Ha tenido que solicitar ayuda para resolver esas dificultades?</p> <p>1.Si 2.No</p> <p>28. Si la respuesta es Si, ¿Cuál ha sido esa ayuda?</p> <p>_____ _____ _____</p>
--	--

<p>22. Es apoderado adicionalmente del adulto(a) mayor para el cobro de la pensión:</p> <p>1.Si 2.No</p> <p>23. ¿Cuáles son las 3 actividades de cuidado del adulto(a) mayor más importantes que desempeña en una semana normal? (<i>marcar 3 primeras nombradas</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cocinarle 2. Alimentarlo/a 3. Vestirlo/a 4. Bañarlo/a, preocuparse su higiene y aspecto personal 5. Trasladarlo dentro y/o fuera del hogar 6. Administrar medicamentos 7. Otras ¿Cuáles? _____ <p>24. ¿Cómo obtiene los medicamentos y/o utensilios necesarios para el cuidado del adulto mayor?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En forma particular (comprados) 2. En el consultorio o centro de salud 3. En alguna institución de beneficencia 4. Otros ¿Cuáles? _____ 	<p>29. A su juicio ¿Cuál es la necesidad más URGENTE que tiene actualmente el/la Adulto Mayor a su cargo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>30. ¿Qué requiere concretamente usted para mejorar el cuidado del Adulto Mayor a su cargo? (<i>INDAGAR MAX. 3 NECESIDADES</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. _____ 3. _____ <p>OBSERVACIONES:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

Anexo 2. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Nombre del cuidador: _____ Edad _____ Nombre del paciente: _____ Fecha _____	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1) ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	<input type="checkbox"/>				
2) ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	<input type="checkbox"/>				
3) ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	<input type="checkbox"/>				
4) ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	<input type="checkbox"/>				
5) ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>				
6) ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	<input type="checkbox"/>				
7) ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	<input type="checkbox"/>				
8) ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	<input type="checkbox"/>				
9) ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>				
10) ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	<input type="checkbox"/>				
11) ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	<input type="checkbox"/>				
12) ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>				
13) ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	<input type="checkbox"/>				
14) ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	<input type="checkbox"/>				
15) ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	<input type="checkbox"/>				
16) ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	<input type="checkbox"/>				
17) ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	<input type="checkbox"/>				
18) ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	<input type="checkbox"/>				
19) ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	<input type="checkbox"/>				
20) ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	<input type="checkbox"/>				
21) ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	<input type="checkbox"/>				
22) Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	<input type="checkbox"/>				

ANEXO 3: Consentimiento informado



Consentimiento Informado

Tema del estudio: Perfil Psicosocial del cuidador y cómo este influye en los cuidados a usuarios Pertenecientes al Programa Postrados del Consultorio Dr. Alejandro del Río, Puente Alto 2017

El propósito al entregar este documento es entregar a los participantes una clara explicación en lo que va a participar.

El siguiente estudio de investigación, va dirigido a los cuidadores informales de adultos mayores en situación de dependencia severa inscritos en el Programa Postrados.

El objetivo de esta investigación: Conocer situación psicosocial de los cuidadores de los pacientes pertenecientes al Programa Postrados perteneciente al Consultorio Dr. Alejandro del Río, Puente Alto

La participación de esta investigación es voluntaria y la información entregada a través de la entrevista solo será utilizada para fines de este estudio. Los datos entregados serán anónimos, los cuales se codificarán para su representación.

Si presenta alguna duda del estudio, puede hacer todas las preguntas para aclarar sus cuestionamientos, al igual si presenta alguna duda en el desarrollo de la entrevista, en donde puede omitir cualquier pregunta que le incomode contestar y hacérselo saber al evaluador o no.

Fecha:

Yo _____, Rut _____ certifico que he sido informado con plena claridad de lo que se trata el estudio y que participo voluntariamente en él, en donde existe confidencialidad y que las respuestas entregadas en la encuesta solo serán para uso de este estudio de investigación.

Firma

Evaluadores

Fernando Ares 17.318.225-2

Valentina López 18.977.900-3

Darling López 17.233.002-9

Carolina Moyano 14.759.466-6

Escuela de Enfermería

18. BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado A, & S. (Junio de 2014). *Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos*. Recuperado el Mayo de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
- Arriagada, I. (2009). *Centro de Estudios de la Mujer*. Recuperado el septiembre de 2017, de http://www.cem.cl/proyectos/documentos/Arriagada_crisis.pdf
- Bazo, M. (2002). Intercambios Familiares entre las Generaciones y Ambivalencia: Una Perspectiva. *Revista Española de Sociología*, 117.
- Breinbauer H, V. H. (2009). *Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit*. Recuperado el Septiembre de 2017, de Revista Médica Chile: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n5/art09.pdf>
- CASEN. (2013). *Observatorio Ministerio Del Desarrollo*. Recuperado el Septiembre de 2017, de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf
- CASEN. (2015). *ADULTOS MAYORES, sintesis de resultados*. Recuperado el septiembre de 2017, de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf
- CASEN. (Agosto de 2017). *Panorama Social de América Latina 2016*. Recuperado el Septiembre de 2017, de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41598-panorama-social-america-latina-2016>
- CEPAL. (Abril de 2011). *Proyecciones de población a largo plazo. Observatorio Demográfico*. Recuperado el Septiembre de 2017, de <https://www.cepal.org/en/publications/71117-proyecciones-poblacion-largo-plazo-long-range-population-projections>
- CETRAM. (2015). *Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situación de alta dependencia*. Obtenido de http://cetram.org/wp/wp-content/uploads/2013/11/manual_cuidadores_web.pdf
- Donoso A. (2015). *ORIENTACIÓN PARA LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR POSTRADO. Gerontología U. De Chile*. Obtenido de http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/don_3.htm

-
- Espinoza Miranda K, J. A. (2012). *SOBRECARGA, APOYO SOCIAL Y AUTOCAUIDADO EN CUIDADORES INFORMALES*. Recuperado el Septiembre de 2017, de CIENCIA Y ENFERMERÍA XVIII:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000200003&script=sci_arttext
- Fernández, B. (2010). *Problemática del cuidador a nivel personal y familiar*. Santiago de Chile.: Universidad Católica de Chile. Obtenido de Fernández, B. (2010). *Problemática del cuidador a nivel personal y familiar*. . Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.:
- Flores, E. R. (abril de 2012). *Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa*. *Ciencia y enfermería*. Recuperado el 2017, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0
- Flores, E. Rivas, E & Seguel, F. (Abri de 2012). *Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa*. Recuperado el Septiembre de 2017, de Ciencia y enfermería. Chile:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0
- FONADIS. (2005). *Primer Estudio Nacional Primer Estudio Nacional*. Recuperado el Septiembre de 2017, de <http://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2011/08/Resumen-de-resultados-Primer-Estudio-nacional-sobre-Discapacidad-Endisc-2005-Chile.pdf>
- Fundacion Vicente Ferrer. (2015). Obtenido de <http://www.fundacionvicenteferrer.org/mandalaigualdad/MandalaigualdadFichaCapacidades.pdf>
- García M, M.-R. I. (2005). *La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social*. Recuperado el Septiembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0213-91112004000400021
- Guzmán, J. M. (2003). *Redes de apoyo social de las personas*. Recuperado el Septiembre de 2017, de https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvm.pdf
- IMSERSO. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Recuperado el Septiembre de 2017, de http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/jrogero/docs/Rogero_Garcia_10.pdf
- INE. (2007). *Chile: proyecciones y estimaciones de población. Total país 1950-2050*. Recuperado el Septiembre de 2017, de <http://palma.ine.cl/demografia/menu/EstadisticasDemograficas/DEMOGRAFIA.pdf>

-
- Jofré V, M. S. (2015). *Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales*. Recuperado el Septiembre de 2017, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-95532005000100005&script=sci_arttext
- Justiniano J, M. Y. (2015). *Cuidado de enfermería y teoría de dorothea orem*. Recuperado el Septiembre de 2017, de <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1032/824>
- Lagouyete, M. (24 de 3 de 2013). *Revisa Scielo*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013
- Linares J, P. M. (2015). *Investigación en Salud y Envejecimiento*. Obtenido de ASUNIVEP. Recuperado el Mayo de 2017, de <https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/investigacion-salud-vol2.pdf#page=42>
- López, E. (2016). *Puesta al día: cuidador informal*. Recuperado el Septiembre de 2017, de Revista Enfermería CYL: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/164/144>
- Losada, B. M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Recuperado el septiembre de 2017, de http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/msan/msan0082.pdf
- Luengo C, A. G. (2010). *Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado*. Recuperado el septiembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000100003&script=sci_arttext&tlng=en
- Martínez, F. (2012). Recovery of the health of the main care in the “Quisicuba” socio-cultural Project. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, pag 93.
- Merino C, A. M. (2013). *Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador*. Recuperado el Septiembre de 2017, de Revista Medica Chile: <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/2832>
- MINSAL. (2009). *MANUAL DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y CON PÉRDIDA DE AUTONOMÍA*. Recuperado el Septiembre de 2017, de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>

-
- MINSAL. (2014). *MINSAL*. Recuperado el Septiembre de 2017, de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Cuidados%20del%20cuidador.pdf>
- MINSAL. (2014). *Orientación técnica programa atención domiciliaria a personas con dependencia severa*. Recuperado el Septiembre de 2017, de <https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjy9ZTjm9fUAhVROZAKHQUfBpUQFgghMAA&url=http%3A%2F>
- National Center for Biotechnology Information. (2016). *Older Adults Who Need Caregiving and the Family Caregivers Who Help Them*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396397/>
- OMS. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado el Septiembre de 2017, de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado el Septiembre de 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- Prado L, González M, Gómez P, Romero K. (2014). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención*. Recuperado el Septiembre de 2017, de universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139/html>
- Schulz R, y Tompkins C. (2010). *NCBI*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK210048/#>
- SENAMA. (2010). *Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores*. Recuperado el Septiembre de 2017, de http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf
- SENAMA. (2011). *Cuidados y dependencia en Chile*. Recuperado el Septiembre de 2017, de <http://www.previsionsocial.gob.cl/cu/wp-content/plugins/download-monitor/download.php?id=149>
- Senama. (2013). *La Importancia de Abordar el Estrés del Cuidador Permanente*. Recuperado el 21 de 09 de 2017, de http://www.senama.cl/filesapp/Bernardino_Fernandez_EstresCuidadorPermanente.pdf
- SENAMA. (2016). Recuperado el 12 de Mayo de 2017, de http://www.senama.cl/n7325_05-05-2016.html

-
- Senama. (21 de 09 de 2017). *La Importancia de Abordar el Estrés del Cuidador permanente*.
Obtenido de
http://www.senama.cl/filesapp/Bernardino_Fernandez_EstresCuidadorPermanente.pdf
- Sequeira, D. (2014). *Cuidados del cuidador*. Recuperado el Septiembre de 2017, de MINSAL:
<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Cuidados%20del%20cuidador.pdf>
- UC, C. E. (Diciembre de 2015). *Estudio Sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado*. Recuperado el Septiembre de 2017, de
http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Final_Perfil_de_Cuidadoras.pdf
- Valenzuela, C. (marzo de 2013). *Comunicaciones Facultad de Medicina - UChile*. Recuperado el octubre de 2017, de <http://www.uchile.cl/noticias/89567/consecuencias-en-salud-mental-de-cuidar>
- Vaquiroy, S. S. (2010). *Cuidado informal, un reto asumido por la mujer*. Recuperado el Septiembre de 2017, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200002&script=sci_arttext
- Vega O, Gonzalez D. (2007). *Teoría del déficit del autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales*. Recuperado el Septiembre de 2017, de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>
- Zavala M. (2001). *Características sociodemográficas de los cuidadores ancianos*. Obtenido de
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oU0iDRSxFalJ:https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/68.pdf+&cd=8&hl=es&ct=clnk&gl=cl>