



**“MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN CUIDADORES INFORMALES
DE USUARIOS PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES POSTRADOS Y/O
CON PÉRDIDA DE AUTONOMÍA”.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

Autores:

Ada Carrillo R.
Pamela Daza L.
Carolina Leiva D.
Sergio Reyes V.
Paulina Rojas M.
Valeska Sarmiento H.
Paulina Yel A.

Docente:

Isabel Siefer N.

Valparaíso, Noviembre 2009

“Medidas de Autocuidado en Cuidadores Informales de usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de Autonomía”.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos	6
Resumen/Abstract.....	7

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

I. Introducción.....	10
II. Fundamentación.....	11
III. Delimitación del problema.....	13
IV. Definición de términos.....	14
V. Limitaciones del estudio.....	15

CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL

I. Marco conceptual

1. Envejecimiento de la población.....	17
1.1 Aspectos demográficos y epidemiológicos.....	17
1.2 Políticas y Programas de Salud.....	18
2. Cuidador informal.....	19
2.1 Implicancias del rol de cuidador informal.....	22
3. Dinámica familiar.....	24
3.1 Teoría de Roles.....	24
3.1.1 Análisis de roles afectados del cuidador informal.....	25
3.2 Teoría de Crisis Vital.....	27
3.2.1 Clasificación de teorías de crisis vital.....	27
4. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.....	29
4.1 Teoría del Autocuidado.....	29
4.1.1 Requisitos Universales de Autocuidado.....	30
4.1.2 Requisitos del Autocuidado Relativo al Desarrollo.....	39
4.1.3 Requisitos del Autocuidado de las Desviaciones de Salud.....	40
4.2 Teoría del Déficit del Autocuidado.....	40
5. Marco Contextual.....	41

II. Objetivos del estudio	42
III. Operacionalización de variables	43
CAPITULO 3: METODOLOGÍA	
3.1 Diseño de la Investigación.....	49
3.1.1 Constitución y organización del grupo de tesis.....	49
3.1.2 Tipo de estudio.....	49
3.2 Definición del Universo.....	49
3.3 Diseño Muestral.....	50
3.3.1 Unidad Muestral.....	50
3.4 Método de recolección de datos.....	50
3.4.1 Descripción del instrumento.....	51
CAPITULO 4: PRESENTACIÓN DE GRÁFICOS Y TABLAS	
4.1 Análisis descriptivo de los resultados.....	53
CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	79
5.2 Recomendaciones.....	82
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	
Referencias bibliográficas.....	84
Libros.....	85
Bibliografía en línea.....	86
ANEXOS	
Anexo 1: Instrumento de recolección de datos.....	90
Anexo 2: Instructivo de instrumento para recolección de datos	99
Anexo 3: Índice de Katz	103
Anexo 4: Pauta de Cotejo de Mecánica Corporal	105
Anexo 5: Consentimiento informado	106
Anexo 6: Gráficos	107

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLA

I. Aspectos sociodemográficos del cuidador informal.

Tabla N°1: Edad media de cuidadores informales	53
Gráfico N°1: Sexo de cuidadores informales	53
Gráfico N°2: Estado civil de cuidadores informales	54
Gráfico N°3: Escolaridad de cuidadores informales.....	55

II. Requisitos de autocuidado universales.

Gráfico N°4: Conservación del aire: Hábito tabáquico.....	56
Gráfico N°5: Conservación agua y alimentos: Apreciación nutricional.....	57
Gráfico N°6: Conservación de agua y alimentos: Calidad de la alimentación.....	58
Gráfico N°7: Actividad y descanso Realización de actividades recreativas.....	59
Gráfico N°8: Actividad y descanso Realización de actividad física.....	60
Gráfico N°9: Actividad y descanso Deseo por realizar actividad recreativa.....	61
Gráfico N°10: Actividad y descanso Horas de sueño al día.....	62
Gráfico N°11: Actividad y descanso Calidad de sueño / medicamentos para dormir.....	63
Gráfico N°12: Actividad y descanso Calidad del sueño / métodos naturales para dormir.....	64
Gráfico N°13: Prevención de riesgos Mecánica corporal.....	65
Gráfico N°14: Prevención de riesgos Educación recibida sobre movilización / aplicación de Mecánica corporal.....	66
Gráfico N°15: Prevención de riesgos Educación recibida sobre movilización / molestias como dolor osteomuscular.....	67
Gráfico N°16: Realización personal Cuidadores informales con trabajo fuera del hogar.....	68

Gráfico N°17: Realización personal	
Cuidadores que dejaron de trabajar por cuidar a su familiar postrado.....	69
Gráfico N°18: Interacción social y soledad.	
Cuidadores que participan en alguna red o grupo social.....	70
Gráfico N°19: Interacción social y soledad	
Cuidador informal con pareja estable.....	71
Gráfico N°20: Interacción social y soledad	
Relación de pareja afectada por el rol de cuidador.....	72
 III. Requisitos de autocuidado relativos al desarrollo.	
Gráfico N° 21: Cuidadores inscritos en Centro de salud.....	73
Gráfico N°22: Realización de exámenes preventivos durante el último año.....	74
 IV. Requisitos de autocuidado de la desviación de la salud.	
Gráfico N° 23: Portadores de HTA y DM.....	75
Gráfico N°24: Cuidadores informales con patología crónica pertenecientes al Programa Cardiovascular.....	76
Gráfico N°25: Regularidad de asistencia a controles de salud.....	77

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras familias, quienes nos han brindado apoyo incondicional frente a los aciertos y adversidades que se han presentado, tanto en el ámbito colectivo como individual de los integrantes de este grupo.

A todas aquellas personas que desinteresadamente colaboraron y aportaron en el desarrollo de nuestro trabajo, lo que valoramos inmensamente. Así también, agradecer de forma especial a nuestra Docente guía Sra. Isabel Siefer por orientarnos en este camino.

Por último, destacamos el esfuerzo de cada uno de los integrantes de este grupo, sin los sacrificios, disposición y responsabilidad, no hubiese sido posible lograr el resultado que se ve reflejado en cada una de las páginas.

RESUMEN

El envejecimiento de la población Chilena representa un logro como país, pero al mismo tiempo, plantea grandes desafíos como el aumento y control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, lo que genera mayor demanda de atención en salud. A su vez, existe un incremento de población adulta dependiente en situación de postración, que requieren de apoyo personalizado, de los cuales un 68.7% lo recibe por parte de su familia.

Este estudio de carácter descriptivo, se realizó mediante la aplicación de un Instrumento de recolección de datos elaborado por el grupo de investigación; más la utilización del Índice de Katz y Pauta de Cotejo de Mecánica Corporal a un universo de 42 personas, extrayendo una muestra de 25 personas adultos medios. Los objetivos fueron conocer las Características Sociodemográficas y Medidas de Autocuidado de Cuidadores Informales de usuarios pertenecientes al “Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de Autonomía” del Centro de Salud Marcelo Mena de la ciudad de Valparaíso. Para la Tabulación y Análisis de los datos obtenidos, se utilizó el software Microsoft Office Excel 2007.

A través de los resultados, se puede concluir que los cuidadores entrevistados presentan las características distintivas de las personas que pertenecen a la etapa de adultez media, destacando el hábito tabáquico, un mediano cumplimiento de la alimentación saludable, el deseo de realizar diferentes actividades recreativas, pero sin contar con el tiempo para ello, y por último, el gran porcentaje que expresa que su relación de pareja se ha visto afectada por su rol de cuidador. Esto indica que ellos no cumplen satisfactoriamente la expansión y afianzamiento de su adultez, ni potencian el desarrollo de un nuevo estilo de vida.

Palabras claves: Cuidador Informal, Medidas de Autocuidado, Postración, Envejecimiento.

ABSTRACT

The aging of the Chilean population can be taken as an achievement for the country, but at the same time, major challenges such as the increased control of Chronic Non-Communicable diseases has generated an increased demand for health care. In turn, there has been an increase of adult dependent bedridden individuals who require personalized support; only 68,7 % of this segment receives support from their families.

This is a descriptive study which was undertaken by collecting data through an instrument elaborated by the research team; in addition, the Katz index and the Body Mechanics Guideline-Check were used to test, from a total universe of 42 persons, a sample of 25 middle-age adult individuals who were selected. The aims of the study were to determine the socio-demographic characteristics and self-care measures used by Informal Caregivers of users participating in the "Home Care for Bedridden and/or with Loss of Autonomy Patients" of the "Marcelo Mena" Health Care Center of the city of Valparaiso. For the tabulation and analysis of the data obtained, Microsoft Office Excel 2007 was used.

Through the results, we have concluded that the caregivers who were interviewed have the distinctive characteristics of persons belonging to average middle-age adult individuals, with the same smoking habit, medium acceptable compliance with healthy eating, and the desire for active leisure, but without the time for it. Finally, a high percentage of caregivers reported that their relationship with a partner has been affected by their caregiver role. This indicates that they do not meet satisfactorily the expansion and strengthening of their adulthood, nor that they can enhance the development of a new lifestyle.

Key Words: Informal caregiver, Self-care Measures, Bedridden Patients, Aging.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

El actual avance demográfico y el aumento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles que se presenta a nivel nacional, constituyen un problema prioritario, que ha influido en la situación de salud de la población. Se ha determinado que en el país la población con discapacidad que requiere apoyo representan el 44%, y de éstos, el 68.7% recibe apoyo de su familia, la cual constituye la red básica de soporte para sus miembros.

La existencia de una crisis de tipo paranormativa, como la postración de un familiar, en la que se debe cuidar a la persona enferma y redistribuir las funciones que ésta no puede seguir realizando, puede llevar al surgimiento de un déficit de autocuidado por parte del cuidador, destacando que éste considera tanto la esfera biológica, psicológica como social de la persona, las que si no son cumplidas a cabalidad, afectan la integralidad biopsicosocial, tanto del sujeto como de la familia.

El hecho de cuidar no está exento de repercusiones para la salud de la persona que cuida, llegando incluso a manifestarse el denominado “síndrome del cuidador”. Los cuidadores familiares experimentan situaciones ignoradas, tanto por el actual sistema de salud como por la familia, pues no cuentan con un servicio oportuno y eficiente para el fortalecimiento de la habilidad de cuidado en casa y el reconocimiento de su labor, provocando que se vea afectada su calidad de vida y núcleo familiar.

Destacando esto, se hace necesario conocer las características de los cuidadores informales y describir de qué forma llevan a cabo su autocuidado, el que se ve alterado a causa de su rol de cuidador informal y la tensión de éste con otros roles propios de la etapa del ciclo vital que experimenta. Esto se realizó mediante un estudio descriptivo a través de una entrevista a cuidadores informales de usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de Autonomía del Centro de Salud Marcelo Mena, ubicado en el Cerro Florida en la ciudad de Valparaíso.

II. FUNDAMENTACIÓN

- ❖ El estudio de “Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales”, obtuvo como principales resultados que el cuidado informal lo realizan mujeres entre 41 y 64 años, con educación básica incompleta, que sostienen en un 43% enfermedades crónicas¹.
- ❖ El estudio de “Sobrecarga en cuidadores de pacientes postrados pertenecientes a CESFAM Bellavista Tomé Agosto 2008”, indicó que el promedio de tiempo al cuidado es de 7.3 años. Además la sintomatología más frecuente en estos cuidadores fue la ansiosa con un 45% y depresiva con un 50%².
- ❖ La investigación de “Sentimiento de carga del cuidador de pacientes postrados. Centro de Salud Familiar Las Animas Valdivia 2003”, dio como resultados que del total de cuidadores (25) 21 son mujeres, en su mayoría hijas (8) y esposas (6), económicamente inactivas, desempeñándose sólo como dueñas de casa. Las edades están casi uniformemente distribuidas destacándose la presencia de adultos mayores como cuidadores. El nivel de escolaridad muestra a 10 cuidadores con enseñanza básica incompleta y 7 con enseñanza media completa. En relación al grado de sobrecarga, la mayoría de los cuidadores no lo presentan (13), pero sí manifiestan sentimientos tales como el miedo, aislamiento social, rabia con una frecuencia constante, que influirán en su equilibrio emocional y por consiguiente en el paciente postrado. En relación a la edad de los cuidadores, se puede observar que el grupo etáreo predominante se encuentra entre los 41 y 50 años de edad (7). La mayoría de los cuidadores son casados, por lo que además de atender al paciente postrado debe dedicar tiempo para atender las necesidades de su familia, así como sus propias necesidades, teniendo que distribuir su tiempo y energía. A mayor número de años de cuidado, éstos van a influir en el estado de salud de los cuidadores, la que se va desgastando por estar sometidos a un esfuerzo físico y psicológico permanente.³
- ❖ El artículo de “Cuidados y cuidadores informales”, informa que en España, un 17% de la población ayuda habitualmente a personas de edad necesitadas de cuidados o atenciones especiales (1997), y la proporción de cuidadores de menos de 65 años es mayor. Se trata ante todo de mujeres (82,9%), en edad adulta (45-64 años), en doble proporción que en el resto de edades. Los cuidadores suelen ser personas de bajo nivel de estudios, normalmente autoclasificados como “amas de casa” (50%), y de un origen social modesto. A veces, esa situación y la escasez de otras oportunidades laborales o de estudios conducen a estas personas a ser cuidadoras principales, con el

agravante de que su falta de formación puede incidir negativamente en la prestación de ayuda ⁴.

- ❖ El informe de “El cuidador informal de personas mayores de 65 años en España” presenta como antecedente que el perfil del cuidador informal está bien definido al igual que el tipo de actividades que realizan. El perfil responde a una mujer (83.95%) de edad media de 56 años y ama de casa (60%). Los cuidadores hombres (17%) tienen una media de edad de 65 años y retirados en un 45%. Organizan sus actividades cuidadores de la siguiente forma: se centran en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (cocinar, limpiar la casa, usar el teléfono, lavar ropa y planchar) en un 80% y en las actividades de la vida diaria (AVD) (comer, bañar, ayudar con la movilidad, la eliminación, dar medicación y tratar úlceras y heridas) un 60%. En relación con el género del cuidador, las mujeres prefieren dedicarse a las AVD y a las AIVD, mientras que los hombres prefieren las AVD u otras actividades (hacer la compra, manejar las cuentas bancarias, pasear).

Los recursos públicos de soporte de los que disponen difieren según la comunidad en la que residen, a nivel global los recursos son los siguientes: pensiones y ayudas económicas, equipos de profesionales de atención primaria, centros hospitalarios, residencias de personas mayores, soporte domiciliario u otro tipo de intervenciones.

En cuanto a las repercusiones del hecho de cuidar, se clasifican en positivas y negativas. Las primeras incluyen el desarrollo o crecimiento personal del cuidador, su sentido de la vida, su autonomía, su control del entorno, las relaciones positivas con los otros, su auto-aceptación y los sentimientos positivos. Las segundas se centran mayoritariamente, en sintomatología depresiva, ansiosa, la percepción de carga y estrés.

En España, el cuidado informal es el soporte más importante que reciben las personas mayores dependientes. La literatura española sobre el tema, refleja una creciente preocupación por la situación del cuidador informal en el proceso de envejecimiento de la población. Sin embargo, la literatura internacional refleja mayor profundización en las necesidades de los cuidadores así como en el desarrollo de intervenciones que cubran de forma adecuada las necesidades percibidas por los mismos⁵.

III. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

“Medidas de autocuidado en cuidadores informales de usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de la Autonomía del Centro de Salud Marcelo Mena en la ciudad de Valparaíso durante el mes de Septiembre del 2009”.

IV. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- ❖ **Medidas de autocuidado:** Se entenderán como la práctica de actividades que las personas inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia decisión y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, contribuyendo a su bienestar y desarrollo personal.
- ❖ **Cuidador informal:** Se considerará a toda persona, hombre o mujer, entre 35 y 60 años que tenga a cargo un familiar postrado y/o con pérdida de autonomía, sin recibir remuneración de sueldo por ello.
- ❖ **Programa Nacional de Atención Domiciliaria a Personas Postradas y/o con Pérdida de Autonomía:** Se considera a este programa como la capacitación de cuidadores, el apoyo y asistencia técnica de un equipo de salud a personas con postración permanente y/o con pérdida de autonomía, esto a través de visita domiciliaria y la entrega de un estipendio para el cuidador, en situación de indigencia o pobreza. El objetivo es mejorar el cuidado y la calidad de vida de las personas con postración severa y/o con pérdida de autonomía, y de su entorno familiar.

V. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Etapa de diseño

- ❖ Escaso material bibliográfico en bibliotecas y formato impreso sobre el tema de investigación.
- ❖ Falta de experiencia en los referentes de aplicación de la metodología de investigación por parte de los tesisistas.
- ❖ Carga académica paralela al Seminario de Tesis, lo que dificultó el trabajo en conjunto, por encontrarse los tesisistas en prácticos en diferentes campos clínicos.
- ❖ Grupos de trabajo muy numerosos, lo que dificultó la organización interna, distribución del trabajo y planificación de reuniones con asistencia completa.

Etapa de ejecución

a) Aplicación del instrumento:

- ❖ Reiteradas correcciones al instrumento, lo que retrasó su aplicación.
- ❖ Falta de comunicación directa entre estudiantes tesisistas y Directora del Consultorio Jean et Marie Thierry para gestionar la prueba del instrumento de una forma más expedita.
- ❖ Demora en entrevista con enfermera encargada de Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de Autonomía del Centro de Salud Marcelo Mena, debido a problemas de salud de ésta.
- ❖ Problemas en aplicación de instrumento debido a que datos del Centro de Salud (defunciones, direcciones y severidad de postrados) no se encontraban actualizados.
- ❖ Demora en aplicación de entrevista a cuidador debido al desconocimiento geográfico (calles) del sector a trabajar.
- ❖ Poca optimización del tiempo de aplicación del instrumento, debido a no ser autoaplicable, requiriéndose para esto la realización de varias visitas domiciliarias.

b) Análisis de datos:

- ❖ Escasos conocimientos estadísticos por parte de los tesisistas.
- ❖ Diferencias de tiempos disponibles para las reuniones programadas, por motivos laborales y académicos.

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

1. Envejecimiento de la población

1.1 Aspectos demográficos y epidemiológicos.

El envejecimiento es un fenómeno mundial que conlleva cambios en el área política, económica y social de un país. Las estimaciones para el año 2025 indican que más de la mitad de los países de Latinoamérica habrán experimentado un envejecimiento en su estructura poblacional. *“La Región está envejeciendo a un ritmo que no se ha observado en el mundo desarrollado, y la evaluación de problemas de salud y discapacidad indica que los adultos mayores están envejeciendo con más limitaciones funcionales y peor salud que sus semejantes en países desarrollados. Además, las redes familiares están cambiando rápidamente y tienen menos capacidad de suplir la falta de protección social institucional”*⁶.

Por su parte, Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, es decir, existe un claro envejecimiento de su población producto del descenso de la natalidad, fecundidad y estabilidad de la mortalidad. Actualmente, presenta una esperanza de vida para los años 2005- 2010, en ambos sexos, de 78,45 años, para hombres de 75,49 años y mujeres 81,53 años. Una de cada diez personas pertenece al grupo Adulto Mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco. Este perfil epidemiológico actual, es consecuencia de la interacción entre las condiciones ambientales, los cambios en las conductas de los individuos y las intervenciones sanitarias aplicadas en las décadas precedentes, lo cual ha contribuido a mejorar en forma progresiva la condición de salud de los chilenos en los últimos 50 años, logrando ubicar al país como uno de los que presenta mejores indicadores de salud en Latinoamérica.

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en su informe de “Adulto Mayor en Chile 2007”, arrojó como antecedente que 2.005.684 personas en tienen más de 60 años, de ellos, el 56% son mujeres y el 44% hombres, y se espera que para el 2015 los mayores de 75 años sean el 4% de la población⁷.

En cuanto a la funcionalidad del adulto mayor, según el censo realizado en junio de 2006, la población de adultos mayores bajo control en la atención primaria era 541.026 personas en todo el país, de los cuales, un 42,8% eran autovalentes; 29,4% con riesgo de disfuncionalidad; 24,3% dependientes y 3,3% postrados, siendo éstos últimos un 88,4% mayores de 70 años.

1.2 Políticas y Programas de Salud.

El envejecimiento de la población ha traído múltiples desafíos, la mayoría de los adultos mayores se mantienen sanos, sin embargo, existe un grupo significativo que se clasifica como dependiente y otro minoritario como postrados.

El Estado de Chile respondiendo a estos grupos que requieren una atención especializada, implementó el Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de la Autonomía, el cual también beneficia a personas de toda edad. Tiene como objetivo mejorar el cuidado y la calidad de vida de personas pertenecientes al programa, entregando apoyo a las familias, particularmente al cuidador familiar.

La necesidad de incluir al cuidador responde a numerosas investigaciones que señalan que éste muchas veces se ve sobrepasado por el cuidado que debe otorgar. Por lo tanto, los beneficiarios del programa son: la persona postrada y el cuidador. Este último recibe apoyo en dos aspectos fundamentales:

1. Capacitación o refuerzo para el cuidado de su familiar postrado y/o con pérdida de autonomía.
2. Entrega de un estipendio correspondiente a veinte mil pesos mensuales.

En relación al segundo punto mencionado, el programa señala mecanismos para la permanencia del cuidador como receptor del estipendio, dentro de los que se encuentran verificar por medio de una visita domiciliaria mensual la sobrevivencia de la persona postrada y/o con pérdida de la autonomía, aprobar los estándares de la higiene personal y ambiental del paciente, y certificar que se mantenga el cuidado del paciente postrado por parte del familiar cuidador identificado y comprometido.

Este cuidador familiar, también llamado cuidador informal, otorga cuidados no remunerados a personas dependientes, lo que a su vez incluye una relación afectiva entre el proveedor de los cuidados y la persona que lo necesita. Además, este cuidador es considerado un agente de salud pero no reconocido socialmente, a pesar de la existencia de cifras como las aportadas por el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad, el cual arrojó como uno de sus resultados que las personas con discapacidad reciben en un 68,7% apoyo por parte de un familiar. Existen otros antecedentes de estudios realizados en España, que han determinado que un 12% del tiempo empleado en atender la enfermedad de un miembro del hogar es suministrado por los servicios sanitarios, mientras que el 88% restante lo prestan las redes sociales, principalmente la familia.

2. Cuidador Informal

La literatura ha definido como cuidador informal a *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*⁸. Este cuidado posee algunas características que lo definen, su carácter "no remunerado" no se intercambia por bienes o servicios, lo que lo hace aparecer con demasiada frecuencia, como un tipo de cuidado desvalorizado. Además, se desarrolla en el ámbito de las relaciones privadas, un terreno en el que siempre resulta arriesgado intervenir, sobre todo desde el papel del profesional sanitario, ya que el lugar principal donde se presta el cuidado informal es el hogar. Por último, el cuidado de las personas de la familia que lo necesitan, se asume en las sociedades como parte de las llamadas "tareas domésticas", y como tal, se asocia al rol de género femenino.

Según diversos estudios chilenos se estableció que entre el 75% y 84% de los cuidadores de ancianos son mujeres, del 83% al 94% son familiares que viven con ancianos, el 90% mayor de 40 años, destacándose un 6% mayores de 80 años⁹.

El cuidador informal no pertenece al equipo de salud (de ahí el origen de su adjetivo), y con objeto del estudio, será considerado como aquella persona que se dedique a cuidar de otros que están limitados por algún tipo de patología, transformándose en sustitutos en la satisfacción de necesidades. Se clasificarán los cuidadores informales como toda persona entre 35 y 60 años, que cuide a un familiar en calidad de postrado y/o con pérdida de autonomía y no reciba remuneración de sueldo por ello.

La clasificación con respecto a la edad, se ha realizado en base a la responsabilidad social que poseen los adultos de estas edades, considerando que son años altamente productivos, en donde por lo general, las personas presentan trabajos estables con gran demanda de tiempo, a lo que se añade el rol que tengan dentro de una composición familiar, en donde a parte de proveedores de recursos, son padres que deben cumplir con una presencia en el hogar, participando activamente en la educación de sus hijos y desempeñando un rol activo de pareja.

Comprendiendo que el cuidador informal tiene como principal función el cuidar, nace la necesidad de desarrollar el significado de ello. La acción del cuidar durante siglos ha recaído en el sexo femenino, por el simple hecho de que la responsabilidad de la mujer era limitada a las labores del hogar y el cuidado de la familia. Estas prácticas han

sido transmitidas predominantemente de madres a hijas y así a lo largo de la historia, adquiriendo el protagonismo en esta función.

A pesar de que hoy existe mayor división de los cuidados de la familia, hay estudios que siguen respaldando la predominancia femenina en esta misión. Así lo muestra el estudio realizado el año 2007 por la Universidad de Chile sobre la “Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial”, el cual arrojó los siguientes resultados:

Características Sociodemográficas del cuidador **CARACTERÍSTICAS**

Sexo	Total = 221	%
<i>Mujeres</i>	198	89,6
<i>Hombres</i>	23	10,4

Fuente: informe “situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial” SENAMA.

Las mujeres cuidadoras conforman la parte más importante de las redes de apoyo y soporte social de quienes están enfermos o incapacitados, y desarrollan su potencial de cuidado de múltiples formas. Se puede afirmar que la situación de los cuidadoras atañe a la salud del medio y que debe abordarse de manera prioritaria.

Según el estudio de “La toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales”, realizado en la comuna de Hualqui, Chile”, con una muestra de 55 mujeres (62% del universo), se obtuvo que el cuidado informal lo realizan mujeres entre 41 y 64 años, con educación básica incompleta, que sostienen en un 43% enfermedades crónicas. Sus principales conflictos respecto a salud se refieren a seguir o no conductas curativas y preventivas por la necesidad de estar bien para cuidar a otros. La situación de salud de la mujer cuidadora informal demostró lo siguiente:

- ❖ *Enfermedades crónicas:* El 56% no presenta enfermedades crónicas diagnosticadas y el 44% restante presentan enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, asma, várices, depresión y otras, destacándose que siete mujeres presentaron asociación de dos de estas entidades patológicas.
- ❖ *Síntomas percibidos:* Todas perciben entre dos y tres síntomas que involucran su salud física y/o mental, entre los que destacan cefaleas, cansancio, dorsalgias, sensación de depresión, insomnio, dolores articulares y fatigas.

- ❖ *Problemas psicoafectivos:* El mayor porcentaje de estos problemas se deriva del rol cuidador (34%) y el 12% se origina del sentimiento de culpabilidad por delegar funciones del cuidado. Todas las mujeres describieron pérdida de amistades, cambios de hábitos de vida, sentimientos negativos por la persona que cuidan, conflictos de rol hacia la familia, abandono de las actividades laborales, deterioro en las comunicaciones conyugales y descuido en la imagen corporal. Estado de salud percibido: El 57% perciben su estado de salud física como regular. El 65% describe su salud emocional como regular. El 39% percibe su estado de salud cognitivo como regular. El 63% percibe su estado de salud social como buena.
- ❖ *Automedicación:* El 43% se automedica.
- ❖ *Previsión en salud:* El 50% declara no tener previsión en salud o ser indigentes.

A pesar de antecedentes como éstos, no se han considerado los cambios presentes en la sociedad y familia chilena, entre los que destaca la creciente incorporación de la mujer al mundo laboral, lo cual reduce su permanencia en el interior del hogar, a lo que se suma que un 83,68% de la población en situación de discapacidad reside en el medio urbano, lo que afecta aun más la convivencia al interior de las familias.

Considerando el porcentaje de personas con discapacidad en el medio urbano, la existencia de un cuidador y el surgimiento del Programa de Atención Domiciliaria, es que surge la necesidad de mencionar un concepto clave dentro del estudio, “el cuidar”. Esto adquiere respaldo al considerar su relevancia dentro del perfil profesional de Enfermería, en donde gran parte de las intervenciones realizadas están destinadas a ejercer este cuidado en distintos grados, según las necesidades de los usuarios.

Son diversos los autores que han hecho énfasis en la definición de este término, una de ellas es la Teorista Virginia Henderson quien lo ha definido como “*ayudar a las personas en aquellas actividades dirigidas a potenciar la salud o a restituirla lo más pronto posible, y que la persona realizaría por ella misma, si supiera, tuviera la fuerza y/o la voluntad necesaria. También es ayudar a encontrar una muerte digna y pacífica*”¹⁰. Al mismo tiempo, existe otra definición muy similar y que es fácilmente adaptable al contexto en que se realizará el estudio, por lo cual se considerará el cuidar como “*acciones dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a otro individuo (o grupo) con necesidades reales o potenciales, a aliviar o mejorar la situación humana o modo de vida*”¹¹.

Si el cuidador cumple a cabalidad el sentido del cuidar y las responsabilidades propias del ciclo vital en que se encuentra, se puede concluir entonces que, quienes ejercen este cuidado realizan un arte como perfectamente lo hace un enfermero(a), pero sin toda la base científica y humanista que el profesional posee.

Por su parte, el arte, es una cualidad que ha acompañado al cuidar durante años, y que es definido por la Real Academia Española como “Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo”. Sin embargo hay otras características que hacen el “arte del cuidar” un solo concepto. Así lo señala Isabel M. Stewart, enfermera de Winnipeg General Hospital (WGH) Training School for Nurses. Ella supone este arte como *“una calidad emocional guía de la transformación del material en arte, pero refuerza el papel de la inteligencia o del pensamiento, es una forma ingeniosa, creativa y estética de cuidar”*¹². Ella solía explicar que arte y técnica no son términos iguales, por lo cual un trabajo podía ser técnicamente perfecto y, sin embargo, carecer de arte. La técnica, el alma, la mente y la imaginación eran esenciales para la formación del verdadero artista.

En base a la responsabilidad que estos dos conceptos implican en el cuidador informal, es necesario conocer en profundidad el impacto que significa hacerse cargo de la satisfacción de necesidades de personas con diversos grados de postración. Existen dos modelos teóricos que se han propuesto en la literatura para analizar al cuidador/a informal: el cuidador como recurso y el cuidador usuario-cliente. En el modelo de cuidador como recurso, el sistema formal considera el bienestar del cuidador de forma marginal o bien lo ignora totalmente. En el modelo de cuidador como cliente, el cuidador es un foco de atención (junto con la persona dependiente) para los profesionales. En este modelo se tiene en cuenta el bienestar del cuidador por sí mismo, y se reconoce que puede existir conflicto de intereses, de tal manera que lo mejor para el bienestar de la persona dependiente no siempre coincide con lo mejor para el bienestar del cuidador, considerando que pueden existir implicancias para él, lo cual será profundizado a continuación.

2.1 Implicancias del rol de cuidador informal.

El binomio cuidador-enfermo forma una estructura con reglas propias, ligadas generalmente a rutinas, hábitos, estilos de relación previos al cambio de situación y un sistema de creencias que sustenta qué se hace y por qué se hace. El cuidador debe conocer aspectos clínicos de la enfermedad de su familiar; cuanto más sepa menor será su ansiedad frente a los cambios, y debe tener la idea de entregar más y mejor calidad de vida para él y de la persona dependiente de cuidados.

El cuidar es una situación que viene acompañada de intensos sentimientos de culpa, sobretodo si el cuidador se ve sobrepasado por la fragilidad de su familiar. También pueden aparecer otros sentimientos como la tristeza, que si no es aceptada culmina en un brote de rabia y hostilidad hacia la persona cuidada. Luego, inicia un período de

remordimiento y culpa que llevan a la pretensión de ocuparse del enfermo; sin dedicar tiempo a si mismo.

Se debe enfatizar, que no es lo mismo cuidar a un progenitor que envejece con mayor dependencia, que a un esposo/a afectado por alguna enfermedad crónica o que ha sufrido algún problema agudo que ha cambiado su vida, o si se trata de un padre o madre que cuida de su hijo con alguna discapacidad, pero en general la dinámica es la misma.

El conjunto de consecuencias desfavorables que el cuidado de una persona dependiente tienen para el cuidador, ha sido conceptualizado como carga o “burden”, término anglosajón. La bibliografía sobre el tema aporta diferentes categorías diagnósticas que expresan este problema de salud. Algunas de estas categorías son las conocidas como Síndrome del Cuidador, Sobrecarga o Carga del Cuidador, definidos como el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores.

También se aplica el término de Burnout, entendido como un complejo síndrome afectivo y motivacional que aparece en aquellos que desempeñan tareas de ayuda a los demás, caracterizado por la presencia de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza. Es un trastorno común que presenta variados síntomas, se da en aquellas personas encargadas de cuidar y cubrir las necesidades básicas del enfermo. El síndrome del cuidador suele estar provocado por la dificultad que trae el cambio radical de su modo de vida, y el desgaste que provoca ver como un familiar va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y mentales, conforme avanza el curso de la enfermedad.

Existen múltiples estudios que han valorado el impacto que esta exigencia de realizar los cuidados requeridos supone sobre el cuidador informal, y se han detectado claros efectos negativos sobre la salud biopsicosocial del cuidador. Entre éstos se encuentran:

- ❖ Físicos: trastornos osteomusculares, cardiovasculares, inmunológicos, hipertensivos, de agotamiento y malestar general.
- ❖ Social: sentimientos de soledad, disminución o pérdida del tiempo libre, aislamiento, ausentismo y desinterés por el trabajo.
- ❖ Emocional: estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, insomnio, nerviosismo, disminución de la autoestima, impotencia y resignación.

Todas estas alteraciones influyen a largo plazo en la salud de los cuidadores, es decir, en el propio envejecimiento. Ante esto, es importante que el profesional

enfermero/a y el mismo cuidador detecten algunas señales que indican disfuncionalidad, para evitar la vulnerabilidad que la situación provoca, y así se orienten intervenciones y acciones respectivas hacia el autocuidado del cuidador informal.

Algunas señales de alerta de alteración del estado de salud del cuidador informal

- ❖ Problemas de sueño (despertar de madrugada, dificultad para conciliar el sueño, dormir demasiado, entre otras).
- ❖ Consumo excesivo de pastillas para dormir u otros medicamentos.
- ❖ Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas.
- ❖ Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol y/o tabaco.
- ❖ Aumento o disminución del apetito.
- ❖ Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.
- ❖ Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo.
- ❖ Aislamiento.
- ❖ Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.
- ❖ Actos rutinarios.
- ❖ Enfadarse fácilmente y dar demasiada importancia a pequeños detalles.
- ❖ Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- ❖ Propensión a sufrir accidentes.
- ❖ Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.
- ❖ No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado.

Como se ha señalado, la carga que recibe el cuidador afecta prácticamente todas las dimensiones biopsicosociales, por lo que el impacto que recibe el cuidador informal, es transmisible a la red social a la cual pertenece, es decir, a la familia y su dinámica.

3. Dinámica familiar

3.1 Teoría de roles.

La familia es la principal red o institución social, definida como un “*sistema social compuesto de dos o más individuos con un fuerte compromiso emocional y que viven dentro de un hogar común*”¹³.

Este grupo de personas puede estar unido por vínculos consanguíneos o no, a su vez, es la unidad básica de la sociedad, puesto que en ella se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga

amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad. La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana.

Cuando se estudia a la familia como un sistema, es necesario examinar las relaciones e interacciones de sus miembros, a partir de éstas, se describen subsistemas que incluyen díadas, coaliciones y tríadas. A su vez, la familia forma parte de un suprasistema con el que interactúa, como lo es la comunidad. Como sistema social humano, la familia es un sistema abierto y por ello está constantemente expuesto al cambio, lo que varía es el grado de apertura que se tenga a los factores externos y la concordancia de los valores familiares con los del entorno, lo cual puede disminuir los conflictos.

Uno de los principales efectos del cambio en los miembros de la familia es la alteración en las relaciones de rol. Este concepto se define como *“las prescripciones y expectativas de los demás y uno mismo respecto de que conductas se requieren en una posición particular”*¹⁴. Estos roles van desarrollándose en el tiempo, pueden volverse acumulativos y verse interferidos en situaciones que se superponen a las actividades que deben realizar. Esto se ve reflejado en el caso de los cuidadores informales, quienes tienen múltiples roles que suelen verse afectados por la acción de cuidar. Dentro de los más implicados se encuentran: rol de cuidador, rol laboral, rol social y rol de pareja.

3.1.1 Análisis de roles afectados del cuidador informal.

❖ **Rol de cuidador:** Si bien es un rol que se obtiene al momento de presentarse un problema de salud de algún familiar o conocido, éste se determina y adquiere debido a que la familia propone quien cuidará al postrado, basándose en el rol familiar que cumple esta persona y sus características personales. Sin embargo, esta responsabilidad por lo general no es valorada, más aun considerando que es una actividad no remunerada, además, se suma que la mayoría de los cuidadores informales son mujeres que aceptan el rol de cuidador, por la estigmatización de los quehaceres del hogar como una actividad sin relevancia y eminentemente femenina.

El cuidador informal, no necesariamente se encuentra capacitado física y mentalmente para realizar esta actividad, por lo que el rol se desarrolla basado en el compromiso emocional con el individuo dependiente y la familia, quienes esperan la mejor disposición de este cuidador y además exigen buenos resultados. Esta situación, genera una presión extra, lo cual repercute tanto en el receptor de cuidados como en el resto de la familia, generando tensiones emocionales y problemas de convivencia.

- ❖ **Rol Laboral:** La actividad laboral también se ve afectada, sobre todo en la mujer cuidadora, con un aumento desmesurado de la carga doméstica. Las personas cuidadoras en comparación a las no cuidadoras, presentan fácilmente interferencias con su actividad laboral y responsabilidades familiares. Las cuidadoras/es que tienen una actividad remunerada tienen que limitar o incluso dejar su trabajo cuando la evolución del estado de salud de la persona dependiente necesita más atención.
- ❖ **Rol social y de tiempo libre:** El cuidado de una persona dependiente exige mucho tiempo y dedicación, por ende el cuidador reduce frecuentemente sus actividades de ocio y tiempo libre. En ocasiones, ocurre incluso por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si dedica tiempo a sí mismo, está abandonando su responsabilidad. Lo cierto es que esta disminución de actividades sociales gratificantes, está muy relacionada con sentimientos de tristeza y aislamiento.
- ❖ **Rol de pareja:** Si bien no todos los cuidadores tienen una vida conyugal o en pareja, la persona como tal puede desarrollar este rol en cualquier momento de su vida. Esto implica que si tiene pareja en el momento en que se hace cargo de su familiar, tendrá problemas por la superposición de roles, los cuales generan un desgaste físico y emocional, y por ende afectan a los que le rodean, sobretodo a su pareja que es quien acompaña y da fuerza. Esto significa una fuente de conflictos, ya que el cuidador se centra en el bienestar de su familiar, descuidando los lazos afectivos en el plano sentimental. A su vez, la vida sexual se ve afectada por la falta de tiempo y distanciamiento con la pareja, esto genera sentimientos de tristeza y frustración por la incapacidad de organización y mantener equilibrada la relación.

Considerando los roles mencionados, es posible tener claridad de las características de cada uno de ellos. A su vez, se ve reflejada la superposición de roles, los cuales están determinados por la edad y etapa del ciclo vital, presentándose aspectos específicos para cada uno. Es posible identificar como cada rol se ve afectado ante la presencia de la acción del cuidado, y como a su vez, altera las dinámicas familiares.

Teniendo en cuenta los cambios que han de surgir en la familia y sus integrantes, a continuación, se profundizará en los momentos críticos que surgen en la vida de las personas, considerando las edades implicadas en el estudio. Éstas serán mencionadas desde una perspectiva general y finalmente será analizada para la situación específica de cuidadores informales.

3.2 Teoría de crisis vital.

Las crisis de ciclo vital son un estado temporal de trastorno y desorganización de los esquemas de vida de las personas, caracterizado por una incapacidad de manejar situaciones particulares y/o estresantes mediante mecanismos de defensas usualmente utilizados. Las crisis vitales en su gran mayoría, se manifiestan por un suceso precipitante, pueden presentarse en cualquier momento y ante cualquier cambio en que las demandas sobre un sistema son mayores que los recursos.

Las crisis presentan etapas y reacciones, las cuales según Caplan son las siguientes:

1. Ascenso inicial de la tensión por el impacto del suceso, al tiempo que se intentan aplicar técnicas habituales para solución de problemas.
2. Fracaso al afrontar la situación causando desequilibrio.
3. Aumento de la tensión que lleva a emplear recursos internos y externos para poder atacar el problema.
4. Si el problema no se resuelve, hay más aumento en la tensión y mayor desorganización.

3.2.1 Clasificación de teorías de crisis vital: Cada familia se verá enfrentada a períodos de transición durante los cuales ocurren cambios que alterarán la estructura familiar. Hay dos tipos de acontecimientos que inician la transformación intrafamiliar: acontecimientos normativos y paranormativos.

Crisis Normativas: se presentan regularmente en casi todas las familias, son predecibles y generalmente se presentan cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la vejez. Estos tipos de crisis, son característicos para cada tipo de edad y con fines del estudio se mencionarán las siguientes:

❖ **Crisis de la edad media:** Según Erickson, se considera que desde los 25 y hasta los 60 años transcurre este período, caracterizado por presentar un máximo rendimiento y productividad. En esta etapa, se adquieren mayores experiencias en todos los ámbitos, con lo que se logra un aumento, integración y autoconfianza en los conocimientos y habilidades propias. Dentro de los aspectos más característicos en este ciclo se encuentran: Reestructuración de la identidad y Relaciones emocionales.

En el primero, el aspecto físico presenta una redefinición de la imagen corporal, sobretodo en edades más avanzadas (arrugas, acumulación de tejido adiposo, disminución de la fuerza muscular, canas, calvicie, etc.), cambios en las relaciones con los padres, los hijos y la pareja. Evaluación de los planes que se proyectaron desde la adolescencia, lo que genera cuestionamientos de lo que se ha hecho y lo que

queda por hacer. Esto se hace evidente en el ámbito laboral, donde se perciben limitaciones de los proyectos personales, se teme a la competencia de las generaciones nuevas e incluso se duda de las propias capacidades.

En el segundo, se redefinen sobre todo la relación con los padres, específicamente por el envejecimiento de ellos. Se produce un cambio de rol (los hijos toman el rol que antes correspondía a los padres), lo cual significa aceptar que son débiles, vulnerables y que se pueden morir en cualquier minuto.

La relación con los hijos se vuelve más horizontal y simétrica, donde el principal objetivo es promover la autonomía y la independencia de ellos. Por otra parte, la relación de pareja requiere un reordenamiento por el fenómeno del nido vacío y tienden a abordar temas que antes se habían postergado por la crianza de los hijos. Esto provoca que surjan conflictos que estaban latentes e incluso, pasar más tiempos juntos genera dificultades en la relación diaria. En el ámbito sexual, la seducción es diferente por lo cual el acto sexual también se ve afectado. Se generan procesos de adaptación y ajuste a cambios biológicos normales como la menopausia y andropausia. En este aspecto, es fundamental que las parejas reconozcan un pasado en común, lo cual les permitirá una proyección de la vejez en conjunto, armoniosa y tranquila.

Crisis paranormativas: Este tipo de crisis son inesperadas, accidentales y dependen sobretodo de factores entre los que destacan los ambientales. Dentro del amplio espectro de factores que desencadenan esta crisis, son de interés para el estudio, las relacionadas con la aparición de enfermedades corporales en algún integrante de la familia, específicamente aquellas que desencadenan dependencia.

Existen cinco características que pueden ser identificadas en el enfrentamiento de los cuidadores informales hacia la enfermedad del familiar a su cargo. Estas son:

- ❖ Repentina: aparece de golpe.
- ❖ Inesperada: no puede ser anticipada.
- ❖ Urgente: pues amenazan el bienestar físico y/o psicológico.
- ❖ Masiva: muchas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo, en este caso incluso, alterando la estructura y funcionamiento familiar.
- ❖ Peligro y oportunidad: la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona.

El acontecimiento estresante, puede conducir al desequilibrio interno y externo del cuidador informal. Se han identificado tres factores que pueden influir, ya sea que el suceso desemboque o no en una situación de crisis. Éstos son: la percepción del

acontecimiento, la asistencia situacional y los mecanismos de defensa. Si el cuidador tiene una percepción realista del acontecimiento, asistencia y mecanismo de defensas adecuados, el problema se resolverá y el equilibrio se recuperará.

Sin embargo, para que lo anterior pueda desarrollarse, es fundamental que cada cuidador sea capaz de desenvolver un autocuidado enfocado en su salud, ya que aquí radica la base fundamental para evitar o salir de una posible crisis.

Ante esta problemática, es trascendente educar, desarrollar y promover la mantención de medidas de autocuidado destinadas a mejorar la calidad de vida de estos cuidadores, sustentado en el enfoque del modelo de salud actual, que postula la importancia de aunar todos los esfuerzos necesarios hacia políticas de prevención y protección en salud del usuario del sistema. Para esto, se trabajará en el concepto de autocuidado basado en una teórica de Enfermería; Dorothea Orem y su Teoría del Autocuidado.

4. Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem

Orem postula su Teoría de Déficit de Autocuidado, como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Considerando los aspectos tratados, y sobre todo, la implicancia del rol de cuidador informal y las crisis vitales que éste provoca, es que se profundizará en la Teoría del Autocuidado y Teoría del Déficit del Autocuidado, en base a la importancia de este concepto en el enfrentamiento del cuidador informal a las situaciones que ha de experimentar.

4.1 Teoría del autocuidado.

El autocuidado se define como *“la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y bienestar”*¹⁵. Es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo, aparece en situaciones concretas de la vida y son dirigidas hacia sí mismo o el entorno. Se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continua, acorde a los requisitos reguladores de cada persona.

El autocuidado se instala a través de un proceso constituido por tres etapas:

1. Toma de conciencia (necesitar algún tipo de acción).
2. Decisión de seguir un curso particular de acción.
3. Realizar la acción.

Dentro de su teoría, Orem hace referencia a los requisitos del autocuidado, que son *“la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desean obtener del compromiso deliberado con el autocuidado. Son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado”*¹⁶. Los requisitos del autocuidado, se pueden desglosar en tres categorías: Requisitos Universales del Autocuidado, Requisitos del Autocuidado Relativos al Desarrollo y Requisitos del Autocuidado de las Desviaciones de Salud.

4.1.1 Requisitos Universales del Autocuidado: Son comunes para todos los seres humanos, se presentan en ocho esferas: Conservación de aire, Conservación de agua, Conservación de alimentos, Eliminación, Actividad y descanso, Soledad e interacción social, Prevención de riesgos y Promoción de la actividad humana. Con fines prácticos del estudio serán agrupados en seis esferas:

- ❖ Conservación del aire
- ❖ Conservación de agua y alimentos
- ❖ Actividad y descanso
- ❖ Prevención de riesgos
- ❖ Realización personal y/ o Promoción de la actividad
- ❖ Interacción social y soledad.

Estos requisitos representan las personas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez, apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado organizado en torno a los requisitos universales, fomentan positivamente la salud y el bienestar.

Autocuidado en adulto medio basado en requisitos universales.

Como ya se mencionó, esta tesis centró su estudio en los cuidadores informales de edades medias de la vida según Erickson. Clasificación que abarca las edades de los cuidadores informales del estudio.

La tarea principal en esta etapa es la autocomprensión, la autonomía personal, la búsqueda del equilibrio en el desarrollo de las emociones y pensamientos, coherencia entre lo que se siente, piensa y hace, y la confrontación con los aspectos importantes de su vida. Las personas establecen sus carreras, relaciones de pareja, arman sus propias familias y desarrollan el sentido de pertenencia, aportan a la sociedad al criar a sus hijos, ser productivos y participar en las actividades de la comunidad.

Conservación del aire:

El aire es un componente vital para la producción del metabolismo y la energía, así como lo son los alimentos y el agua. Es necesario ajustar los factores internos y externos que puedan afectar su requerimiento, lo que implica preservar la integridad de las estructuras anatómicas y los procesos fisiológicos asociados.

Uno de los principales factores externos que afectan la conservación del aire es el tabaquismo, el cual es considerado como un fenómeno social de gran magnitud que se ha convertido en una de las primeras causas de muerte y discapacidad. En Chile, un 42,4% de las personas son fumadores del cual un 48,3% son hombres y un 43,5% se da en el medio urbano.

Se considera fumador a una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier número de cigarrillos, incluso uno. No existe unanimidad acerca de a quienes se considera fumadores leves, moderados o severos, sin embargo una de las clasificaciones aceptadas es la realizada por el CONACE y detalla lo siguiente:

- ❖ *Fumador leve*: Es el que consume menos de 5 cigarrillos en promedio por día. Tiene hasta 15 veces mayor probabilidad de padecer cáncer de pulmón que la población no fumadora.
- ❖ *Fumador moderado*: Es el que fuma entre 6 y 15 cigarrillos promedio por día. Aumenta hasta 40 veces las probabilidades de cáncer de pulmón.
- ❖ *Fumador severo*: Fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio. Incrementa hasta 60 veces la probabilidad de cáncer de pulmón.

Acciones que previenen enfermedades respiratorias:

- ❖ No fumar.
- ❖ Si es fumador buscar alternativas para dejar el cigarrillo.
- ❖ Evitar asistir a lugares concurridos sobre todo si existe presencia de fumadores.
- ❖ No usar calefactores a leña durante los días de invierno, en que prevalece una alta humedad ambiental o un alto índice de contaminación.

- ❖ No quemar basura ni hojas.
- ❖ Mantener el automóvil en buenas condiciones, controlando regularmente la emisión de gases por los escapes.
- ❖ Barrer sin levantar polvo; para ello, rociar con agua las superficies antes de limpiarlas.
- ❖ Denunciar a los contaminadores. La mayoría de las municipalidades cuenta con un Departamento de Higiene Ambiental donde se reciben las denuncias de la ciudadanía.
- ❖ Apoyar campañas de arborización en los sectores desprovistos de cubierta de vegetales.

Conservación de agua y alimentos:

Respecto a la alimentación en el adulto medio, existen hábitos arraigados que son muy difíciles de modificar, sin embargo para la mantención de un buen estado de salud es importante revisar y hacer algunos ajustes en la dieta acostumbrada, si es necesario. Es preciso recordar los riesgos a los que se expone con una dieta con alto contenido en grasas saturadas, las que son causa de las enfermedades degenerativas prematuras de los vasos sanguíneos (ateroesclerosis).

Muchas veces los desbalances, los abusos o transgresiones en las comidas provocan problemas gastrointestinales serios, los que pueden llevar a complicaciones mayores, sobretodo cuando la vesícula, hígado, páncreas, no funcionan en forma óptima. Las patologías a las que se podría enfrentar un adulto medio son el sobrepeso, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. La obesidad es un problema ya generalizado en nuestro medio, que generalmente se ve agravado con situaciones como tabaquismo o consumo de alcohol, provocando otros problemas a los distintos sistemas del organismo.

En esta etapa del ciclo vital los requerimientos energéticos disminuyen y la actividad puede tornarse un poco más sedentaria.

Acciones para tener una alimentación saludable:

- ❖ Se debe velar por el número de calorías que se ingieren.
- ❖ La alimentación debe ser balanceada. La persona que trabaja, necesita brindarse los elementos necesarios para que el aporte energético le permita desarrollar cada una de las funciones orgánicas exigidas.
- ❖ Es recomendable mantener una alimentación moderada, en horarios regulares y con un contenido debidamente equilibrado de proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas y agua.
- ❖ Revisar aquellos alimentos que son menos tolerados y evitar su consumo.

- ❖ Un control médico periódico que permita evaluar el estado del hígado, páncreas, el nivel de colesterol, será importante para la mantención del estado de salud.

Plan de alimentación saludable

Alimentos	Frecuencia	Hombre	Mujeres
Lácteos bajos en grasa	Diaria	3 tazas	3 tazas
Verduras	Diaria	2 platos crudos o cocidos	2 platos crudos o cocidos
Frutas	Diaria	3 unidades	3 unidades
Pescado	2 veces/semana	1 presa mediana	1 presa mediana
Pollo, pavo o carnes sin grasa	2 veces/semana	1 bistec o presa mediana	1 bistec o presa mediana
Legumbres	2 veces/semana	1 taza	1 taza
Huevos	2-3 veces/semana	1 unidad	1 unidad
Cereales, pastas, papas o cocidos	4-5 veces/semana	2 tazas	1 taza en reemplazo de medio pan.
Panes	Diario	2-3 unidades	1 ½ unidades
Aceite y otras grasas	Diario	Poca cantidad	Poca cantidad
Azúcar	Diario	Poca cantidad (máximo 4 cucharaditas)	Poca cantidad (máximo 6 cucharaditas)
Agua	Diario	6 a 8 vasos	6 a 8 veces

Fuente: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA)

Actividad y descanso:

Las personas en esta etapa, dedican generalmente gran cantidad de energía al mundo externo. Tienden a involucrarse en actividades comunitarias y responsabilidades ciudadanas. Se preocupan por la expansión y afianzamiento de la propia adultez y potencialmente con el desarrollo de un nuevo estilo de vida.

A los 50 años, a menudo se enfrenta con dudas acerca de las capacidades ocupacionales, sociales y físicas, y tiende a luchar para mantener lo que logró en la

última década. La respuesta a esta situación puede llevarlo a cometer excesos en la actividad o asumir un rol pasivo, centrado en las actividades domésticas en el caso de las mujeres, y en el hombre en el trabajo. Esto podría estar muy relacionado actualmente, con el énfasis que el adulto medio tiene para lucir más joven y sentirse bien, aumentando de manera considerable las actividades en gimnasios. La práctica de ejercicios es una de las actividades que se realiza con frecuencia, las personas cada vez están haciendo ejercicios con más ganas y en distintas formas, ya que se reconocen los beneficios físicos como psicológicos.

Acciones para una actividad física y social:

- ❖ Acentuar la búsqueda de un equilibrio entre las actividades físicas, laborales y recreativas a fin de mantener su autoestima.
- ❖ Ampliar su círculo social mediante la incorporación a un programa sistemático de actividad física, yoga, baile, natación y otros adecuados a sus características.
- ❖ Fomentar la participación en actividades culturales.
- ❖ Estimular la posibilidad de reiniciar estudios que lo conduzcan a la satisfacción personal del saber por el saber.
- ❖ Evitar hacer ejercicios en horas previas al dormir (2- 3 horas antes).
- ❖ Caminar como mínimo 30 minutos por día.
- ❖ Realizar ejercicios de elongación.
- ❖ Realizar ejercicios de 30 minutos, 3 veces por semana.
- ❖ Descubrir nuevos espacios y motivaciones de encuentros familiares con los hijos, padres, nietos, etc.
- ❖ Fortalecer las antiguas amistades de colegio, universidad, trabajo, que permitan ampliar la red social de los adultos medios.
- ❖ Mantener las caminatas como una buena y adecuada alternativa de ejercicios y recreación.

En relación al descanso y sueño, los problemas comienzan generalmente a la edad de 35 años, aun cuando actualmente se observan personas más jóvenes con estos problemas. Dentro de los más frecuentes en el adulto se describe el insomnio, dificultad para conciliar, y/o mantener el sueño durante la noche. No deja de ser importante la apnea del sueño, que produce interrupción de la respiración durante segundos y provoca despertares, haciendo que las personas se queden dormidas durante el día en situaciones en que no corresponde hacerlo. También pueden presentarse en esta etapa otros trastornos del sueño como el desajuste ciclo sueño - vigilia, síndrome de fase adelantada o retardada de sueño.

La calidad del sueño puede verse influida por varios factores entre los que destacan: los hábitos o rutina previa y durante el dormir, condiciones ambientales del dormitorio, decoración, luz, temperatura, las altas exigencias laborales, familiares o académicas. Dado que los trastornos del sueño se hacen más frecuentes con la edad, el uso de somníferos se acrecienta.

Aunque los beneficios del sueño siguen en estudio, se ha comprobado que no dormir suficiente puede perjudicar principalmente los sistemas inmunológico y nervioso.

Acciones para un buen descanso y sueño:

- ❖ Tomar conciencia del número de horas que cada persona debe dormir, desmitificando la idea de que el adulto siempre debe dormir 8 horas.
- ❖ Si ve que la alteración del sueño no puede manejarla, se debe consultar a un especialista.
- ❖ Se requiere que la pareja tome acuerdos respecto a algunos hábitos de manera que ambos, no se interfieran en la calidad del sueño.
- ❖ Organizar los horarios de sueños de hijos pequeños, turnando los despertares nocturnos de la pareja para satisfacer las necesidades de ellos.
- ❖ Evitar la automedicación de somníferos, tranquilizantes o hipnóticos que pueden provocar efectos indeseados y contrarios a los esperados.
- ❖ Acudir a métodos naturales para conciliar el sueño como: consumir leche tibia antes de dormir, leer, escuchar música relajante, etc.
- ❖ Si se está con muchas preocupaciones al momento de ir a dormir, es recomendable comunicarlas a fin de encontrar posibles soluciones.
- ❖ Si no se puede dormir en treinta minutos es preferible levantarse, y esperar tranquilo, sin desarrollar actividad (leer o ver TV) hasta presentar sueño y volver a la cama.
- ❖ La comida de la noche debe ser liviana, pero no debe irse a la cama sin haber ingerido una colación si han pasado más de dos horas de la última ingesta.
- ❖ Mantener una actividad durante el día y evitar estar en el dormitorio.
- ❖ Si es necesaria una siesta, ésta no debe ser superior a una y media hora, de lo contrario restará tiempo de sueño nocturno.
- ❖ Revisar en conjunto aspectos del ambiente que influyen en la conciliación del sueño por ejemplo: mantener la habitación sin estímulos de luz, ventilada, tener en lo posible una almohada cómoda, no comer en la habitación, puesto que los olores de alimentos pueden interferir en la conciliación del sueño.

Prevención de riesgos:

En los primeros años de la adultez media, es posible identificar mayores conductas de riesgo en todas las dimensiones de la vida. Esto se debe a que muchas veces, a pesar de conocer todas las consecuencias de un autocuidado deficiente, se tiende a pensar que las enfermedades, accidentes u otros, ocurren a otras personas y no a uno mismo. En el caso del cuidador informal, la prevención de riesgo tiende a dejarse a un margen, ya que los esfuerzos están destinados a proteger a la persona cuidada.

La sobrecarga de los cuidadores abarca la dimensión física y psíquica, donde se presentan períodos de estrés y/o depresión y cansancio físico. En España, durante el IX Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP 2007) se informó que más de la mitad de los cuidadores informales (55%) sufre aislamiento social, y un 38% asegura que no tiene tiempo para otras actividades, lo que conlleva el riesgo de sufrir patologías psiquiátricas. En esta misma instancia los especialistas informaron que entre un 50% y un 60% de los cuidadores padece algún trastorno psíquico, sobre todo de ansiedad.

Por otra parte, en lo referente al desgaste físico, los cuidadores tienden a presentar problemas osteomusculares, que muchas veces no reciben tratamiento. El año 2007 el informe de “Cuidadoras y cuidadores de personas dependientes y enfoque de género en Chile”, dio como antecedente que un 74% de los encuestados declaró no haber recibido capacitación para cumplir con las tareas de cuidado de un familiar enfermo, contra un 26% que declaró haber recibido capacitación. Esta cifra es alarmante, ya que representa una de las principales causas de enfermedades osteomusculares en los cuidadores.

Considerando lo anterior, es que los cuidadores informales deben prestar atención a los siguientes aspectos:

- ❖ Estar alerta ante los posibles peligros que ocurran.
- ❖ Empezar acciones para prevenir acontecimientos que dañen su salud: solicitar capacitación sobre técnicas de mecánica corporal.
- ❖ Buscar ayuda cuando se sientan sobrepasados con su rol de cuidador en las distintas redes de apoyo existentes, especialmente los consultorios o centros de salud.
- ❖ No dudar en solicitar atención médica cuando presente alteraciones en su salud física y psicológica.

Realización personal y/o Promoción de la actividad:

El nivel de productividad en esta etapa aumenta, lo cual influye directamente en el trabajo, cuyo fin es generar ingresos, reconocimiento y realización. El rol laboral trae ciertos problemas, sobre todo a la mujer, la cual en ocasiones entra en conflictos con la maternidad versus el éxito profesional.

La personalidad tanto de hombres como mujeres se ve afectada. La mujer se vuelve más introvertida, con menos inclinación a correr riesgos lo que la lleva a enfrentar la vida de una manera distinta a como lo hacía en la adultez joven. Los hombres se ubican en función de su trabajo y a la vez se sienten presionados por éste. Si ambos miembros de la pareja trabajan desarrollan confianza en sí mismos, autosuficiencia y poderes igualitarios en la toma de decisiones.

Los riesgos de esta etapa pueden estar centrados en el ámbito de la salud mental y física, donde su vida se caracteriza por una entrega en el cuidado de sus hijos y padres, disminuyendo las posibilidades de continuar con su desarrollo biopsicosocial, llegando a postergar sus controles médicos, las relaciones sociales y la recreación.

Interacción social y soledad:

En la actualidad gran parte de los adultos posterga el matrimonio hasta entrados los 30 años, lo cual puede generar que se vuelvan cada vez más activos sexualmente. Aparecen patrones de comportamiento sexual como el experimentar, que se basa en medir la frecuencia, variedad y eficacia del sexo. El buscador/a, que consiste en buscar la pareja y relación perfecta para casarse, y por último el tradicional, quien participa aménamente del sexo, pero lo reserva para relaciones serias.

El adulto debe considerar que el vivir la sexualidad en forma libre implica responsabilidades hacia sí mismo y la persona con la que se relaciona, sobre todo, en lo que respecta al fortalecimiento de conductas protectoras para la salud, con énfasis en la prevención de infecciones de transmisión sexual.

En edades más avanzadas, la vida matrimonial puede verse afectada por el período de menopausia, ya que se cree que la ausencia de menstruación disminuye la femineidad, sin embargo, la mujer no pierde su habilidad y deseo sexual, y sienten el placer con mayor libertad porque disminuye el riesgo de embarazo.

Tanto en el hombre como en la mujer, la sexualidad se ve afectada por la edad y cambios físicos, en algunos casos se deteriora la autoimagen. Puede existir un

sentimiento de pérdida de la masculinidad y de la femineidad respectivamente. En este sentido se producen cambios hormonales que culminan con la cesación de la menstruación y el surgimiento de los signos y síntomas típicos como:

- ❖ Inestabilidad vasomotora: Bochornos manifestado por sensación de calor y enrojecimiento de la cara.
- ❖ Cambios atópicos: Cambios en el aspecto de la piel.
- ❖ El útero se encoge: No produce moco cervical y la vagina se adelgaza, el recubrimiento mucoso se reseca y pierde elasticidad.

La mujer post menopáusica típica a menudo se siente mejor, más confiada, calmada y en general su vida sexual mejora, siendo más satisfactoria. En el hombre decae gradualmente el nivel de la hormona testosterona, sin haber cesado su capacidad reproductiva. La salud masculina está más propensa a ser afectada por factores psicológicos que fisiológicos. La incidencia de la inadecuación sexual de hombres aumenta críticamente después de los 50 años debido generalmente a factores como: preocupación de la profesión, logros económicos, fatiga física o mental, excesos en comidas o bebidas, o miedo al fracaso.

Acciones para una sexualidad segura:

- ❖ Uso de preservativos en caso de relacionarse sexualmente con más de una persona.
- ❖ Uso de métodos de planificación familiar que implican la toma de decisiones sobre cuándo y cuántos niños desea tener una pareja.
- ❖ Considerar la abstinencia como único método que asegura la prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual.
- ❖ Mantenerse informado sobre signos y síntomas de infecciones de transmisión sexual.
- ❖ Al presentarse dudas con respecto a cualquier esfera de la sexualidad, no dudar en consultar a algún profesional de la salud.
- ❖ Comunicarse con la pareja para conocer sus intenciones de ideales de pareja y familia.
- ❖ En el caso de la mujer menopáusica, es necesario que consulten con tiempo al profesional de la salud que las ayudará y orientará en el enfrentamiento de estos cambios.
- ❖ Evitar la automedicación de hormonas, las que pueden influir negativamente en su sistema.
- ❖ En el caso del varón también es recomendable acudir al médico para que lo oriente frente a los cambios hormonales.

4.1.2 Requisitos del Autocuidado Relativos al Desarrollo: Son expresiones especializadas de los requisitos de autocuidado universal que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo o son derivados de una condición (embarazo), o asociados a un acontecimiento (la pérdida de un pariente). La idea es crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, es decir, el progreso humano a niveles más altos de organización de las estructuras humanas.

Un reflejo de esto, son las nuevas políticas del Ministerio de Salud de Chile con el cambio de enfoque biomédico a uno integral (biopsicosocial), en donde los pilares fundamentales son la prevención y promoción de salud, con el objetivo de mejorar la salud de la población prolongando los años de vida libres de enfermedades, que los usuarios conozcan el valor del autocuidado, es decir, que se haga responsable de su propio estado de salud.

Para esto, las personas tienen acceso a controles preventivos, dentro del que destaca el Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA), el cual está constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital que tiene por objeto reducir o postergar la morbilidad, discapacidad o sufrimiento, debido a aquellos problemas de salud, es decir, enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias, mediante la detección precoz en los beneficiarios.

Este examen preventivo incluye acciones en determinadas edades que coinciden con las de los cuidadores informales incluidos en el estudio. Éstas son:

- ❖ Mujeres de 25 a 64 años: Detección de cáncer cérvico uterino.
- ❖ Personas de 40 años y más: Detección de los niveles de colesterol.
- ❖ Mujeres de 50 años y más: Detección del cáncer de mamas.
- ❖ 15 años y más: Detección de bebedores problemáticos, tabaquismo, obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, tuberculosis y sífilis.
- ❖ Realización de Test de Elisa para detectar virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en sangre, en un 100% de mujeres embarazadas que aceptan realizarse el examen.

4.1.3 Requisitos del Autocuidado de las Desviaciones de Salud: La enfermedad o la lesión no sólo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino al funcionamiento humano integral. Cuando éste está seriamente afectado, la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo del individuo resulta seriamente dañada, en forma permanente o temporal.

Dentro de las alteraciones que afectan la salud de las personas se encuentran: deprivación educacional, problemas de adaptación social, pérdidas de familiares y amigos, pérdida de posesiones o trabajo, cambios súbitos en las condiciones de vida, cambios de posición social o económica, y especialmente mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal o muerte esperada y peligros ambientales.

Entre las principales desviaciones de la salud del adulto medio se presenta la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, sobrepeso y sedentarismo. Según la Encuesta de Salud 2003, un 33,7% de la población total presenta Hipertensión Arterial, un 4,2% de diabéticos y un 37,8% se encuentra con un estado nutricional en sobrepeso y un 89,4% presenta sedentarismo.

Para que las personas, y específicamente, los cuidadores informales con alteraciones de salud, sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado en estas situaciones, tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios y oportunos para su propio cuidado. Sin embargo, si no ocurre y la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, se cae en el denominado déficit de autocuidado.

4.2 Teoría del déficit de autocuidado: Este concepto establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas al desarrollo o desviadas de su salud, y que esta sujeción los limita para ejercer el autocuidado continuo o los lleva a que su autocuidado sea ineficaz o incompleto. Es necesario considerar, que para ocuparse del autocuidado, se requiere de habilidad para autorregularse en un entorno estable o cambiante, sin embargo, esto puede verse imposibilitado por limitaciones en el conocimiento de las personas sobre que hacer en las condiciones y circunstancias que desvían su salud.

Los cuidadores informales con déficit de autocuidado, están en estado de dependencia social, por lo cual se espera que las redes sociales (incluidas principalmente las entidades de salud) y el individuo mismo, trabajen en conjunto para romper este déficit de autocuidado y vuelvan a un autocuidado. También, es importante que el profesional enfermero/a cumpla un rol fundamental dentro de las redes sociales del cuidador, pesquisando la presencia de conductas o factores de riesgo que denoten un déficit de autocuidado, y al mismo tiempo entregue las herramientas para un cumplimiento adecuado, tanto de su propio bienestar como el de su familiar a cargo.

5. Marco Contextual

Centro de Salud Marcelo Mena

El Centro de Salud Marcelo Mena es una institución de carácter público, sin fines de lucro. Su dependencia legal la configura la Corporación Municipal de Valparaíso para el desarrollo social, ubicada en Av. Colón # 2164, Valparaíso. Su ubicación geográfica es en la calle Ferrari s/n C° Florida. El radio de acción es de 22 unidades vecinales, distribuidas desde el Cerro Monja hasta el sector alto de Cerro Alegre. La atención de la población beneficiaria se encuentra sectorizada en:

- ❖ Sector 27 → comprende el espacio geográfico que va desde Cerro Monja hasta el Cerro Bellavista.
- ❖ Sector 18 → que incluye al sector 19 y abarca desde Cerro Yungay hasta el Cerro Alegre.

Según el registro del establecimiento, éste atiende en su mayoría a personas con previsión de salud FONASA validada de 23.001. Principalmente son atendidos usuarios con enfermedad crónica (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Artrosis, Epilepsia). Según grupo etáreo con interés del estudio se dividen de la siguiente manera y destacan:

Grupo etáreo	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
65 – 69 años	791	343	448
70 – 74 años	706	293	413
75 – 79 años	716	252	464

El Centro de Salud tiene implementado el Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de Autonomía que cuenta con 182 postrados, y está a cargo de la Enfermera Nancy Vidal.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General

- ❖ Conocer medidas de autocuidado en cuidadores informales de usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de la Autonomía.

Objetivos Específicos

- ❖ Identificar características sociodemográficas de cuidadores informales de usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de la Autonomía.
- ❖ Identificar conductas de autocuidado de cuidadores informales según Dorothea Orem: Requisitos Universales del Autocuidado.
- ❖ Identificar conductas de autocuidado de cuidadores informales según Dorothea Orem: Requisitos del Autocuidado Relativos al Desarrollo.
- ❖ Identificar conductas de autocuidado de cuidadores informales según Dorothea Orem: Requisitos del Autocuidado de las Desviaciones de la salud.

III. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable y definición.	Dimensiones	Sub-dimensiones	Indicadores	Sub-indicadores
Medidas de Autocuidado Se entenderá como la práctica de actividades que las personas inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia decisión y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano contribuyendo a su bienestar y desarrollo personal, las	Requisitos de Autocuidado Universales	Conservación del aire	- Hábito tabáquico - N° de cigarrillos	- Sí / No - Menos de 5 - 6 a 15 - Mayor a 16
		Conservación de agua y alimentos	- Estado nutricional	- Ectomorfo - Endomorfo - Mesomorfo
	Actividad y descanso	- Calidad de la alimentación	- Correcto - Medianamente correcto - Incorrecto	- Sí / No
			- Actividades recreativas	- Diaria - 1 a 2 veces por semana - 3 o más veces por semana
			- Frecuencia de actividades recreativas	

<p>cuales se dividirán en tres categorías.</p>			<ul style="list-style-type: none"> -Actividades físicas -Frecuencia de actividad física -Horas de sueño -Calidad del sueño: sueño reparador -Uso medicamentos para dormir 	<ul style="list-style-type: none"> -Sí / No -Diaria -3 a 6 veces por semana - Menos de 4 - 4 a 8 - Más de 8 - No - Muy poco - Generalmente - Siempre - Nunca - Casi nunca - A veces - Casi siempre - Siempre
--	--	--	--	---

		-Uso métodos naturales	- Nunca - Casi nunca - A veces - Casi siempre - Siempre
	Prevención de riesgos.	-Mecánica corporal	-Aplica correctamente -Aplica medianamente -Aplica incorrectamente
		-Capacitación	- Sí / No
		-Malestar muscular	- Sí / No
	Realización personal	-Trabajo actual fuera del hogar	-Sí / No
		- Trabajo fuera del hogar previo al cuidado	- Sí / No

		Interacción social y Soledad.	-Pertenencia a grupo social	-Sí / No	
			-Pareja	-Sí / No	
			-Calidad de relación de pareja	-Buena -Mala -Regular	
Requisitos de Autocuidado Relativos al Desarrollo			-Pertenencia al CES	-Sí / No	
			-Exámenes preventivos	-Sí / No	
Requisitos de Autocuidado de las Desviaciones de salud			-N° de cuadros de enfermedades respiratorias	-1 a 2 en 6 meses -3 a 4 en 6 meses -5 o más en 6 meses	
			-Enfermedad crónica	-Sí / No	

			-Pertenencia a Programa Cardiovascular	-Sí / No
			-Asistencia a control cardiovascular	-Sí / No

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Constitución y organización del grupo de tesis:

El grupo de seminario de tesis fue formado por afinidad y se conformó por siete estudiantes, de cuarto año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

El tema correspondiente al desarrollo de la tesis son las “Medidas de Autocuidado de los Cuidadores Informales de usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de Autonomía”, el cual surgió de la intensa búsqueda en numerosas fuentes bibliográficas durante las primeras reuniones de la cátedra y el análisis grupal del Programa de Atención Domiciliaria.

Contamos con la asesoría de la docente del Departamento de Enfermería del Adulto y Senescente de la Escuela de Enfermería, Sra. Isabel Siefer.

El trabajo de tesis se inició en Marzo del año 2009. Durante las primeras reuniones se dio a conocer la forma del desarrollo de seminario y se distribuyeron los cargos directivos de presidenta, secretaria y tesorera, los cuales quedaron determinados a las alumnas: Carolina Leiva, Ada Carrillo y Paulina Yel, respectivamente.

Las reuniones se desarrollaron los días viernes de 14:30 a 17:00 hrs. Con horas extraordinarias durante el resto de la semana, dependiendo de la carga académica y de la disponibilidad de cada integrante.

3.1.2. Tipo de estudio:

Estudio Descriptivo

3.2. DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Para el estudio se determinó un universo de 42 usuarios, de ambos sexos pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y /o con Pérdida de la Autonomía del Centro de Salud Marcelo Mena, correspondientes a los sectores 27 y 18.

3.3. DISEÑO MUESTRAL

La muestra fue definida en forma intencionada por la ubicación de los domicilios cercanos al Centro de Salud Marcelo Mena, el grado de incapacidad del paciente postrado, el cual debía ser incapacidad moderada o severa, y por el parentesco existente entre el paciente postrado y su cuidador. Esta muestra fue inicialmente de 42 personas, la cual finalmente se reduce a 25 personas, debido a los problemas que se presentaron como el reciente fallecimiento del familiar postrado y la dificultad para encontrar las direcciones correspondientes.

3.3.1. Unidad Muestral.

Para el estudio se determinó como unidad muestral a todo adulto entre los 35 y 60 años, cuidador de un familiar perteneciente al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de la Autonomía, durante el período comprendido entre el 9 y el 25 de Septiembre del año 2009, y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión.

- ❖ Cuidadores informales que estén entre los rangos de edad entre los 35 y 60 años.
- ❖ Cuidadores informales que den atención al enfermo durante un tiempo mayor a 3 meses.
- ❖ Cuidadores informales que sean familiares del paciente y que no reciban una remuneración por el cuidado otorgado.
- ❖ Cuidadores informales de usuarios que pertenezcan al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de la Autonomía de su consultorio.

3.4. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista de aplicación individual confeccionada por el grupo de tesis, la cual fue aplicada como prueba a cuidadores informales de usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de la Autonomía, del Centro de Salud Jean et Marie Thierry de la ciudad de Valparaíso.

Finalmente, la aplicación se realizó mediante visitas domiciliarias con una previa entrega y aprobación de consentimiento informado. La recolección se efectuó los días

comprendidos entre el 9 al 25 de Septiembre, desde las 11⁰⁰ hasta las 17⁰⁰ hrs. Para poder efectuar esta actividad, el grupo se dividió en dos subgrupos de tres y cuatro estudiantes, los cuales cubrieron los sectores 27 y 18 respectivamente.

3.4.1 Descripción del instrumento.

El instrumento consta de 58 preguntas, las cuales se encuentran clasificadas en tres ítems:

El ítem N°1 contiene 5 preguntas correspondientes a los antecedentes generales del paciente postrado.

El ítem N°2 contiene 12 preguntas correspondientes a los antecedentes generales del cuidador.

El ítem N°3 consta de 41 preguntas que corresponden a las medidas de autocuidado de los cuidadores informales, las que a su vez se subdividen en 6 esferas correspondientes a los Requisitos Universales del Autocuidado:

- ❖ Conservación del Aire (pregunta N° 1 a la N° 5)
- ❖ Conservación de Agua y Alimentos (pregunta N° 6° a la N° 11)
- ❖ Actividad y Descanso (pregunta N°12 a la N°19)
- ❖ Prevención de Riesgos (pregunta N° 20 a la N° 23)
- ❖ Realización Personal (pregunta N°24 a la N° 27)
- ❖ Interacción social y Soledad (pregunta N° 28 a la N° 41)

Junto con el instrumento se aplicó el Índice de Katz y una Pauta de Cotejo de Mecánica Corporal que consta de 9 preguntas.

CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN DE GRÁFICOS Y TABLA

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

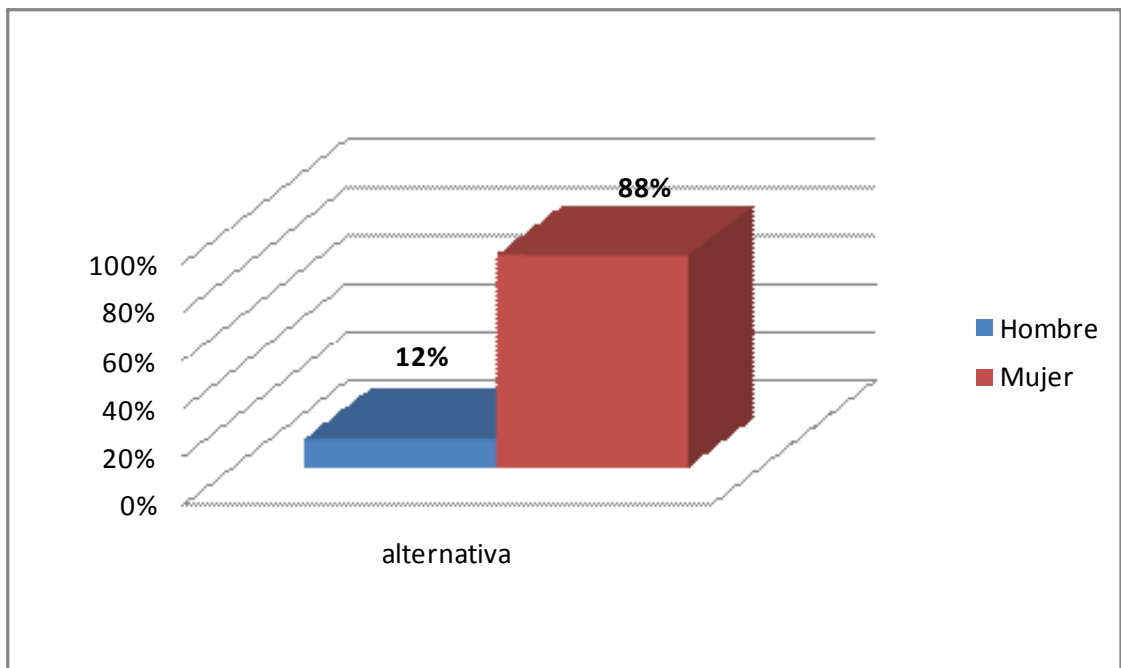
I. Aspectos sociodemográficos del cuidador informal.

Tabla N°1: Edad media de cuidadores informales.

	Edad Media
Pregunta 1	47

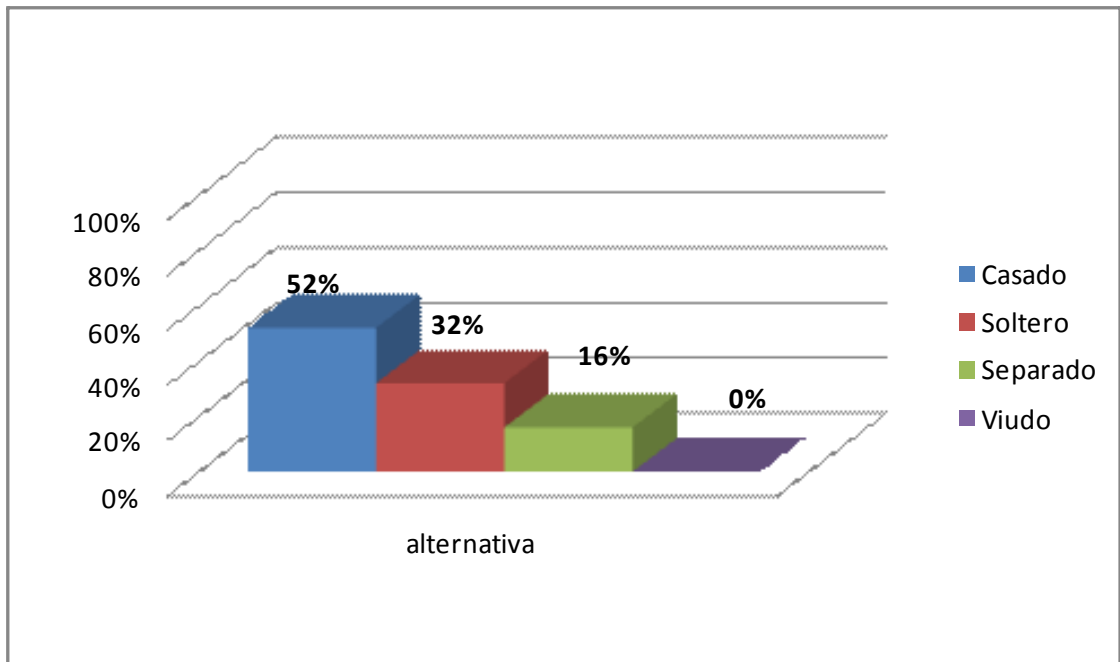
El promedio de las edades de los cuidadores informales de acuerdo al universo extraído es de 47 años.

Gráfico N°1: Sexo de cuidadores informales.



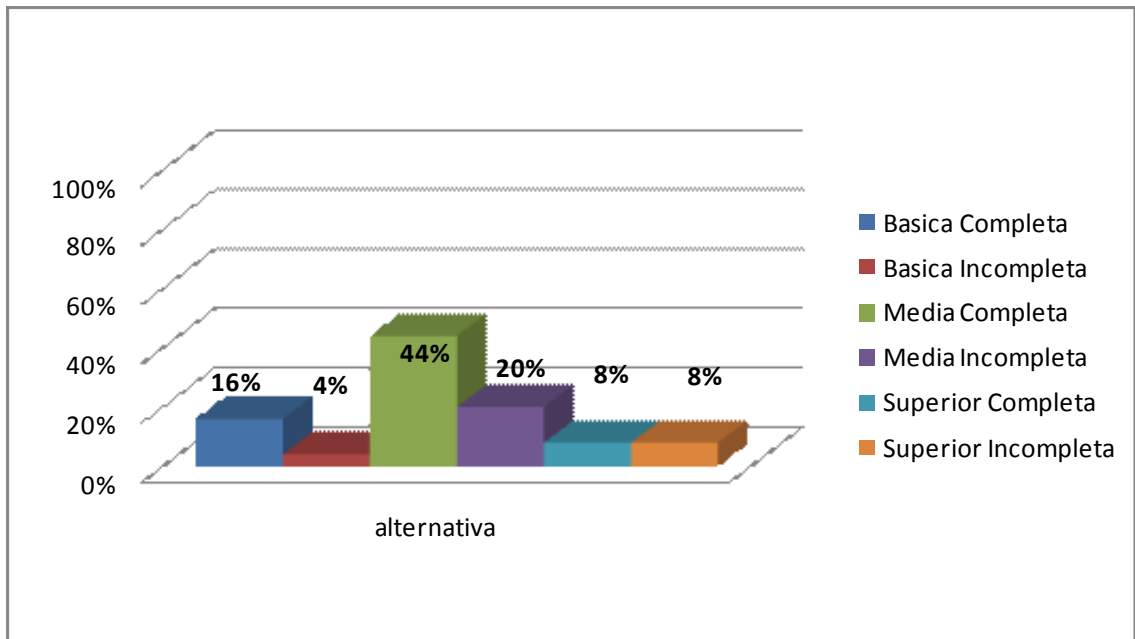
El 88% de los cuidadores informales pertenece al sexo femenino, mientras que el 12% corresponden al sexo masculino.

Gráfico N°2: Estado civil de cuidadores informales.



En lo que al estado civil se refiere, el 52% corresponde a cuidadores informales casados; el 32% corresponde al grupo de solteros; el 16% corresponde a personas separadas y no se presenta porcentaje de viudos.

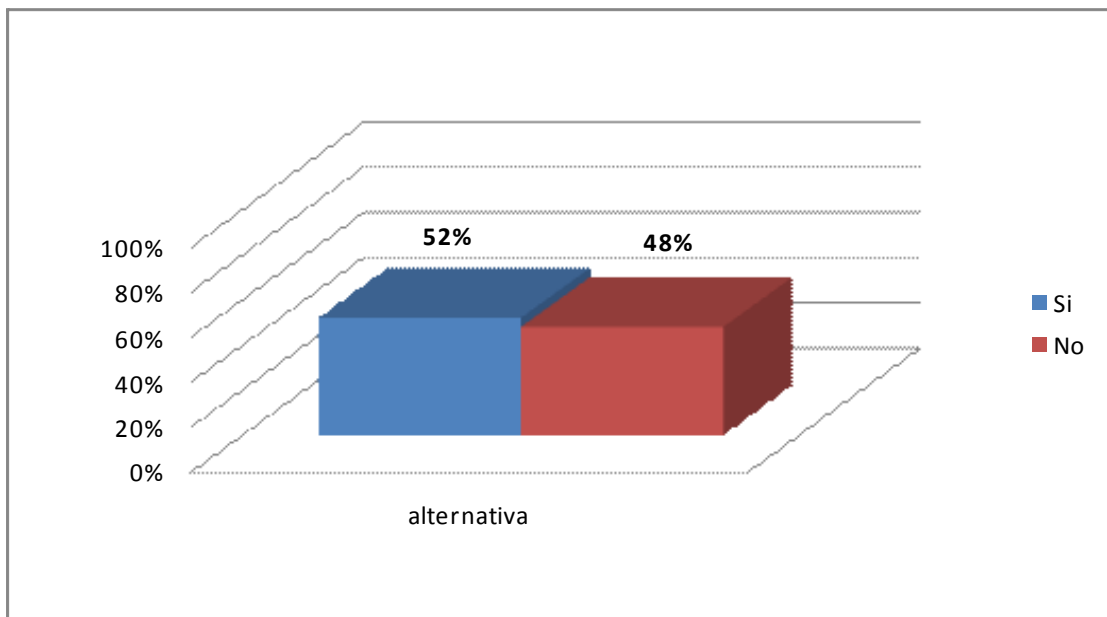
Gráfico N°3: Escolaridad de cuidadores informales.



La escolaridad revelada, indica que el 16% tiene educación básica completa; el 4% presenta educación básica incompleta; el 44 % presenta educación media completa; el 20% tiene una educación media incompleta; un 8% presenta educación superior completa; mientras que un 8% presenta educación superior incompleta.

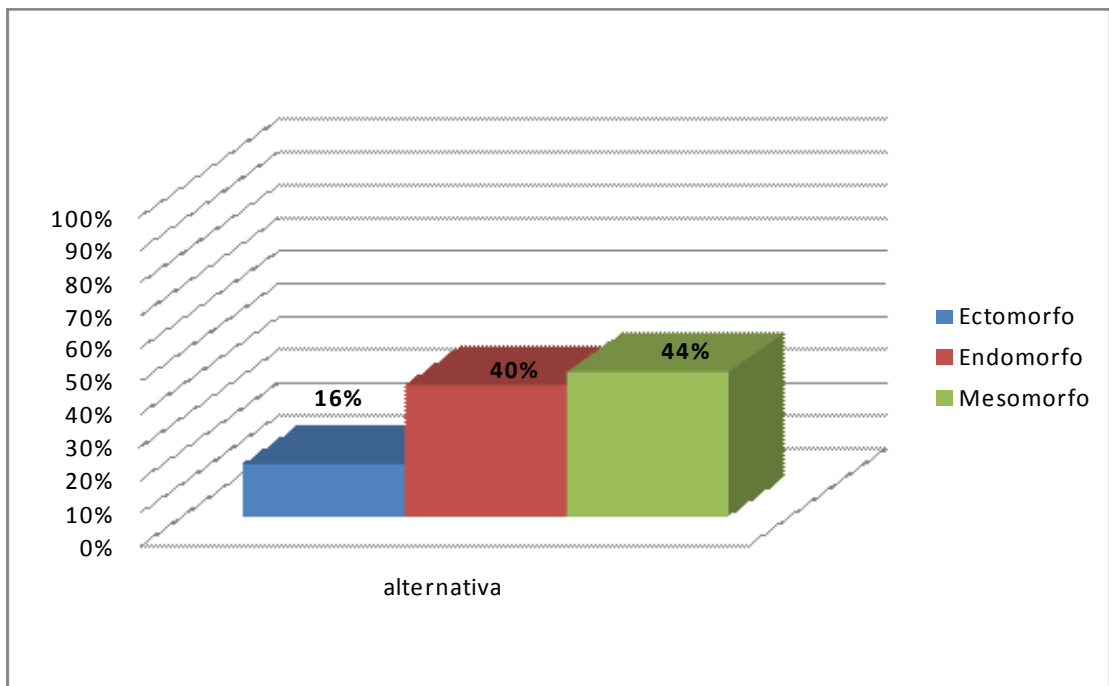
II. Requisitos de autocuidado universales.

Gráfico N° 4: Conservación del aire
Hábito tabáquico.



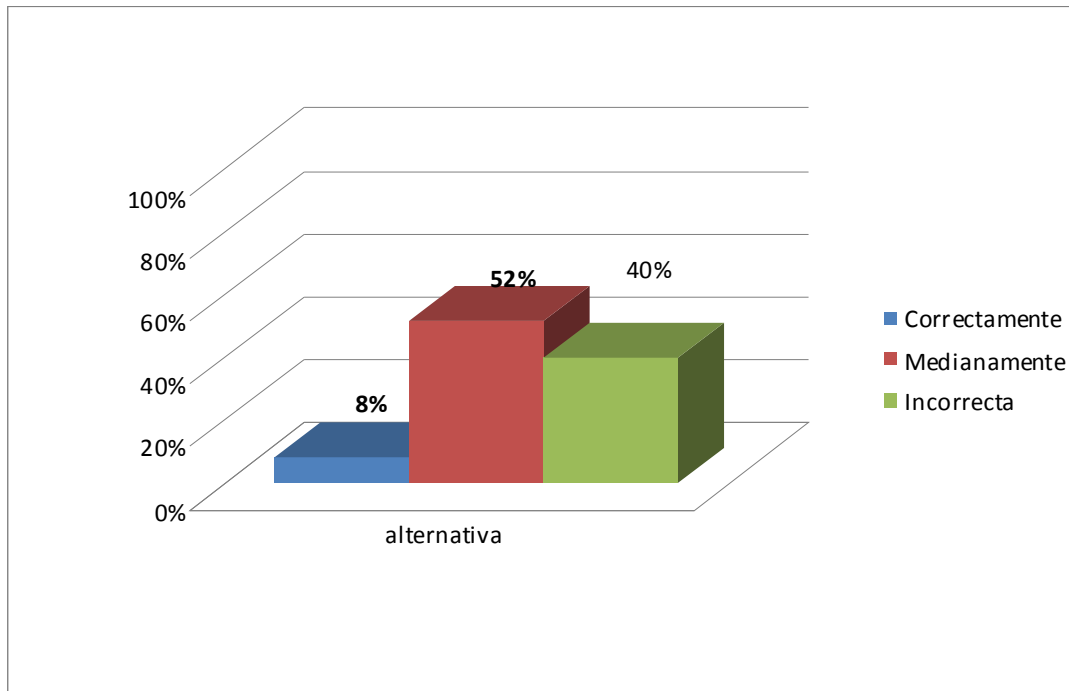
De los cuidadores informales entrevistados, un 52% presenta hábito tabáquico, mientras que un 48% no lo presenta.

Gráfico N° 5: Conservación agua y alimentos
Apreciación nutricional (según Sheldon).



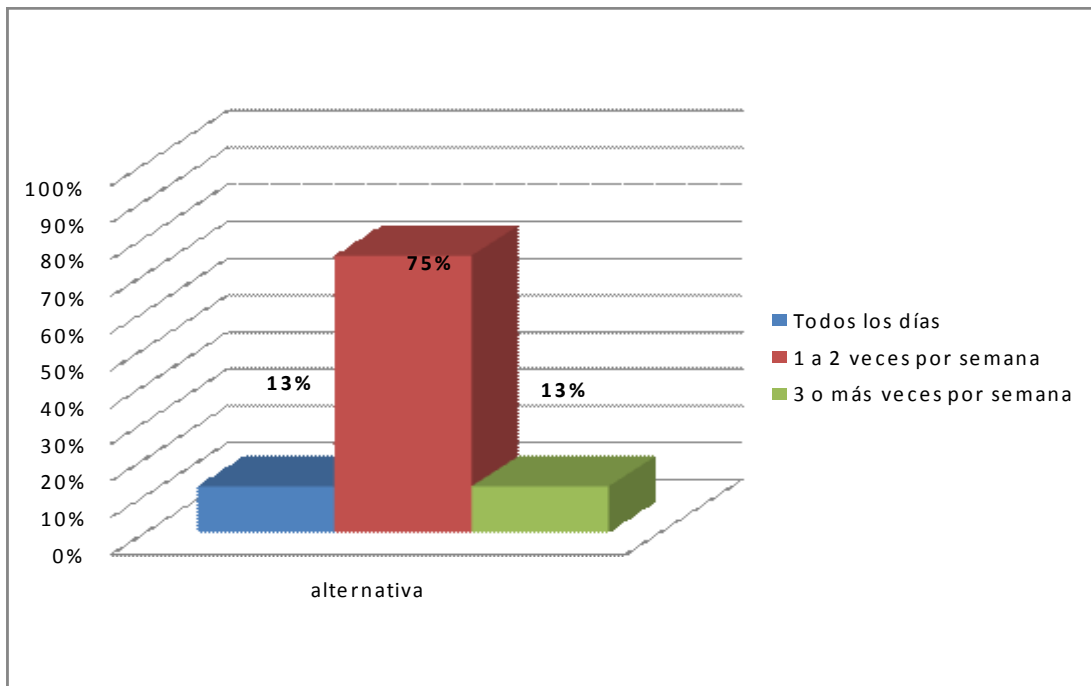
De las personas entrevistadas, se pudo apreciar que un 16% corresponde a la clasificación de ectomorfo, un 40% es endomorfo y un 44% es mesomorfo.

Gráfico N° 6: Conservación de agua y alimentos
Calidad de la alimentación.



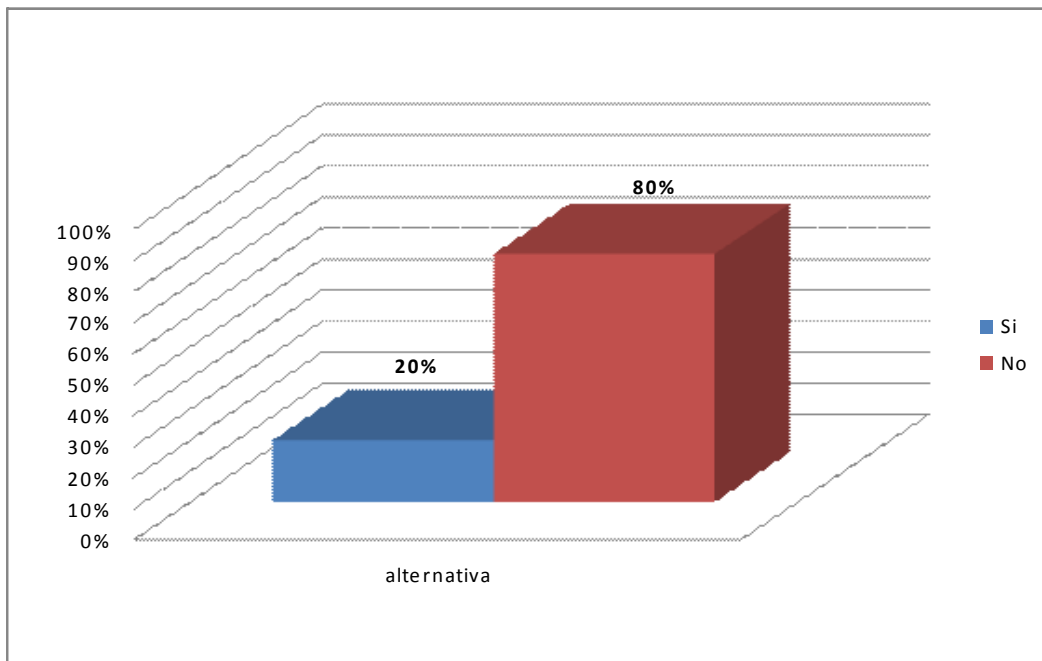
En cuanto a la calidad de la alimentación presentada por los cuidadores informales, un 52% presenta una medianamente correcta calidad de la alimentación, mientras que un 8% presenta una correcta calidad de la alimentación.

Gráfico N° 7: Actividad y descanso
Realización de actividades recreativas.



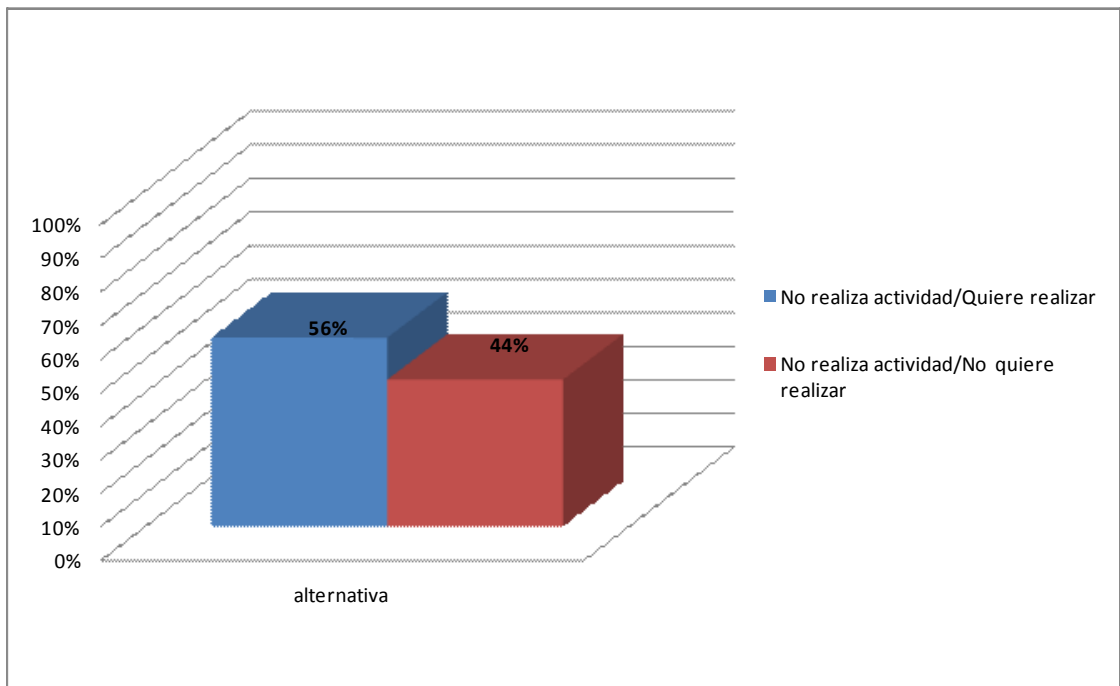
En cuanto a la realización de actividades recreativas, un 13% refiere realizarla todos los días, un 75% lo hace una a dos veces por semana, mientras que un 13% lo hace tres o más veces por semana.

Grafico N° 8: Actividad y descanso
Realización de actividad física.



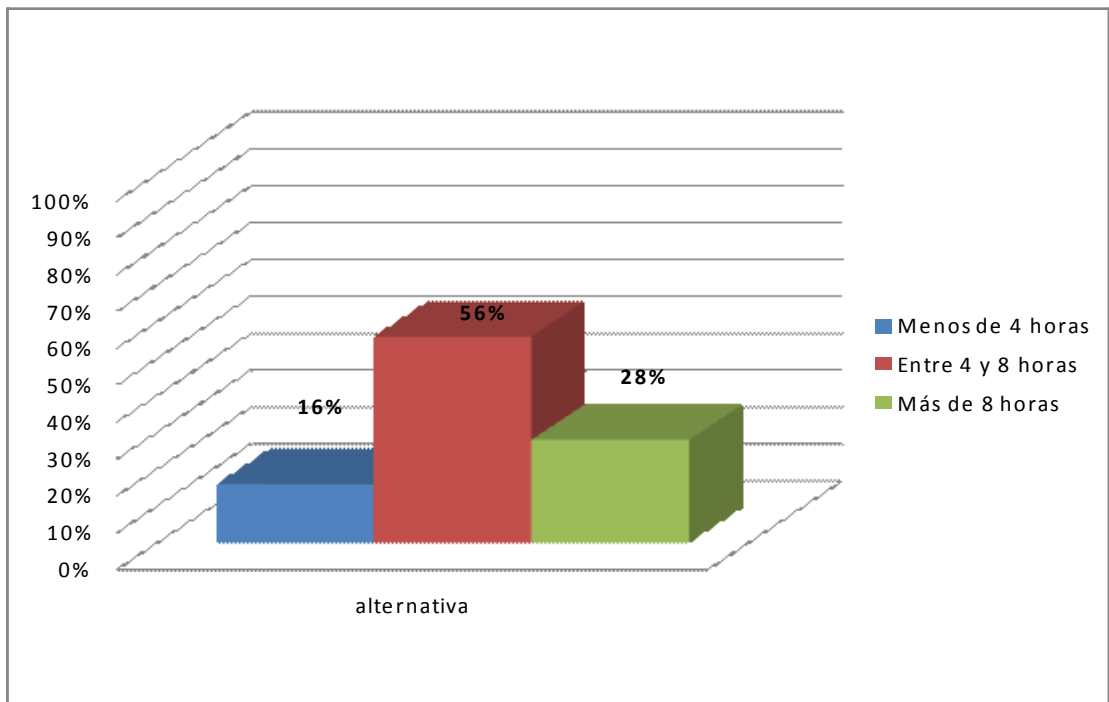
De los cuidadores informales entrevistados, un 20% refiere realizar actividad física, mientras que un considerable 80% no la realiza.

Gráfico N° 9: Actividad y descanso
Deseo por realizar actividad recreativa.



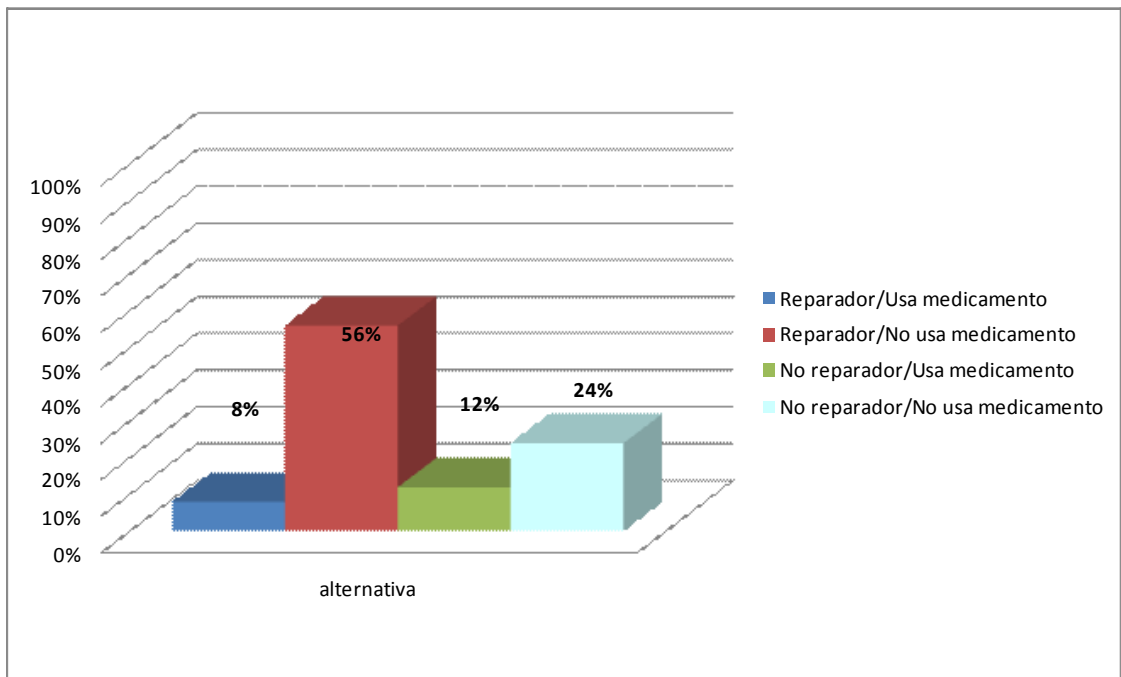
Un 56% indica que no realiza ningún tipo de actividad recreativa, pero manifiesta deseos de realizarla.

Gráfico N° 10: Actividad y descanso
Horas de sueño al día.



De los cuidadores informales entrevistados, se obtuvo que un 56 % tiene entre 4 y 8 horas de sueño al día, mientras que un 16% duerme menos de 4 horas al día.

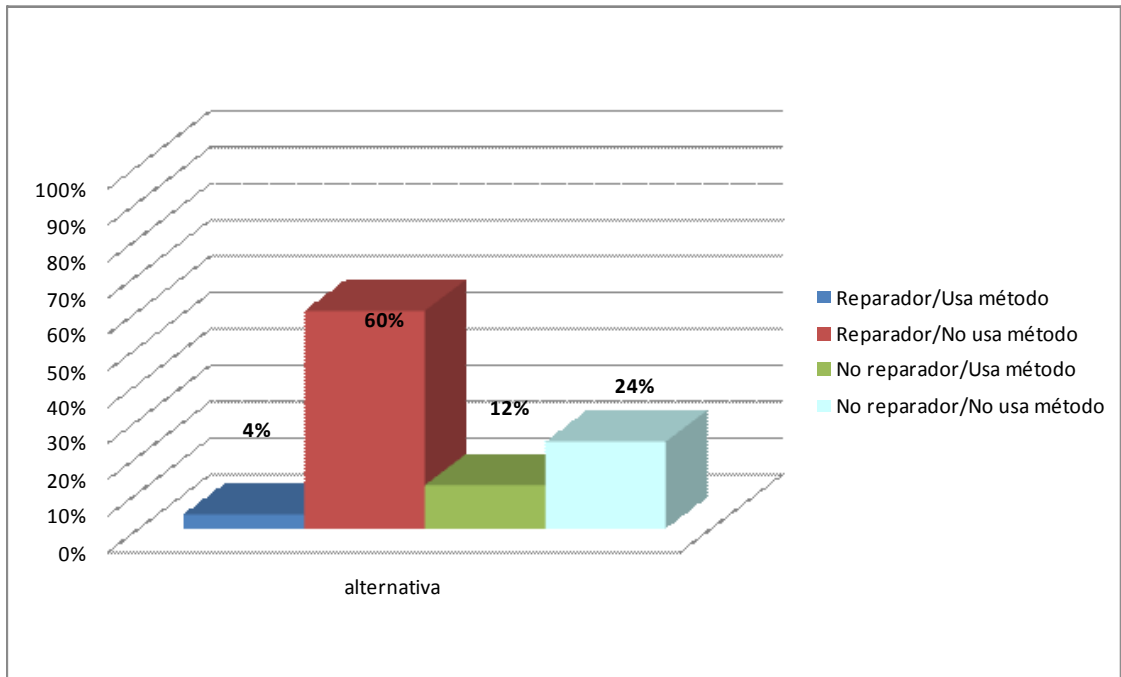
Gráfico N° 11: Actividad y descanso
Calidad de sueño / medicamentos para dormir.



Un 56% de las personas entrevistadas indica tener un sueño reparador sin uso de medicamentos para esto; mientras que un 12% indica tener un sueño no reparador a pesar de la utilización de medicamentos para dormir.

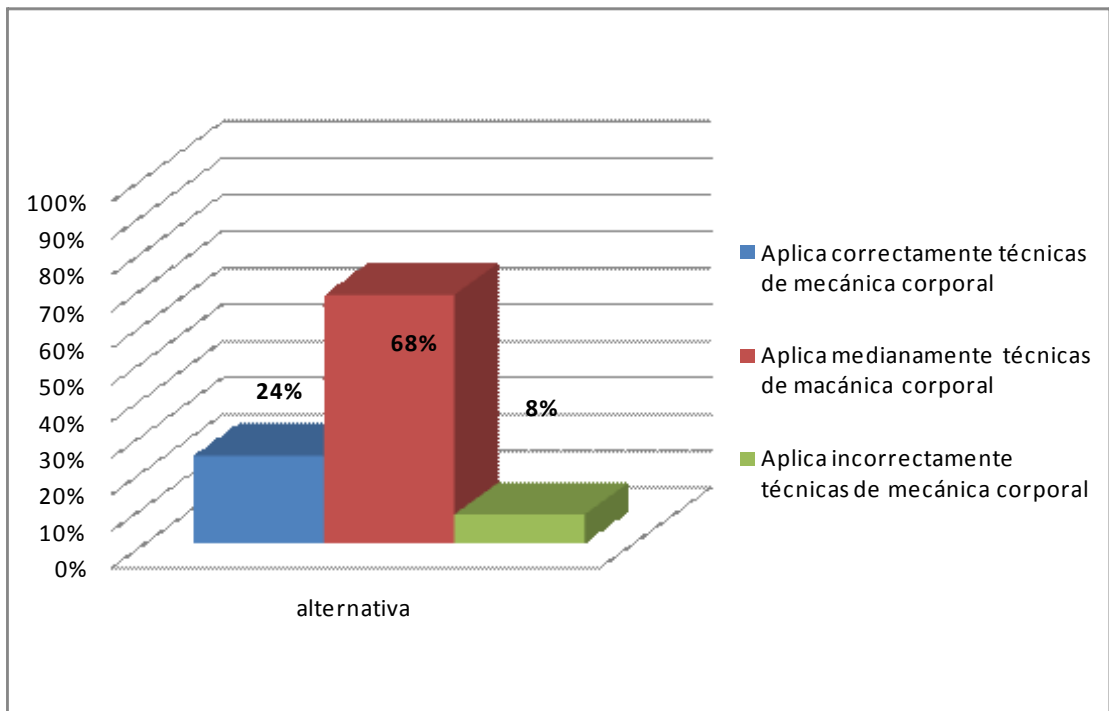
Gráfico N°12: Actividad y descanso

Calidad del sueño / métodos naturales para dormir.



Un 60% de las personas entrevistadas tiene un sueño reparador sin el uso de métodos naturales para conciliar el sueño; mientras que un 12% indica tener un sueño no reparador a pesar del uso de métodos naturales para conciliar el sueño.

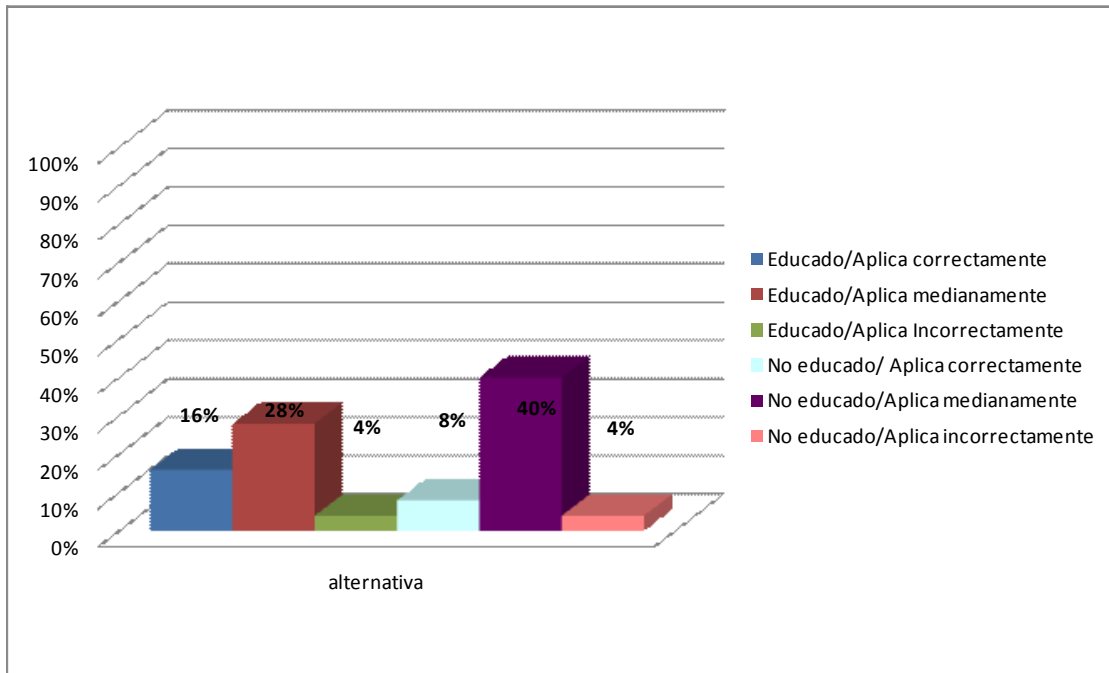
Gráfico N° 13: Prevención de riesgos
Mecánica corporal.



En base a la aplicación del test de mecánica corporal, un 68% aplica medianamente correcta la técnica y un 8% la aplica incorrectamente.

Gráfico N° 14: Prevención de riesgos

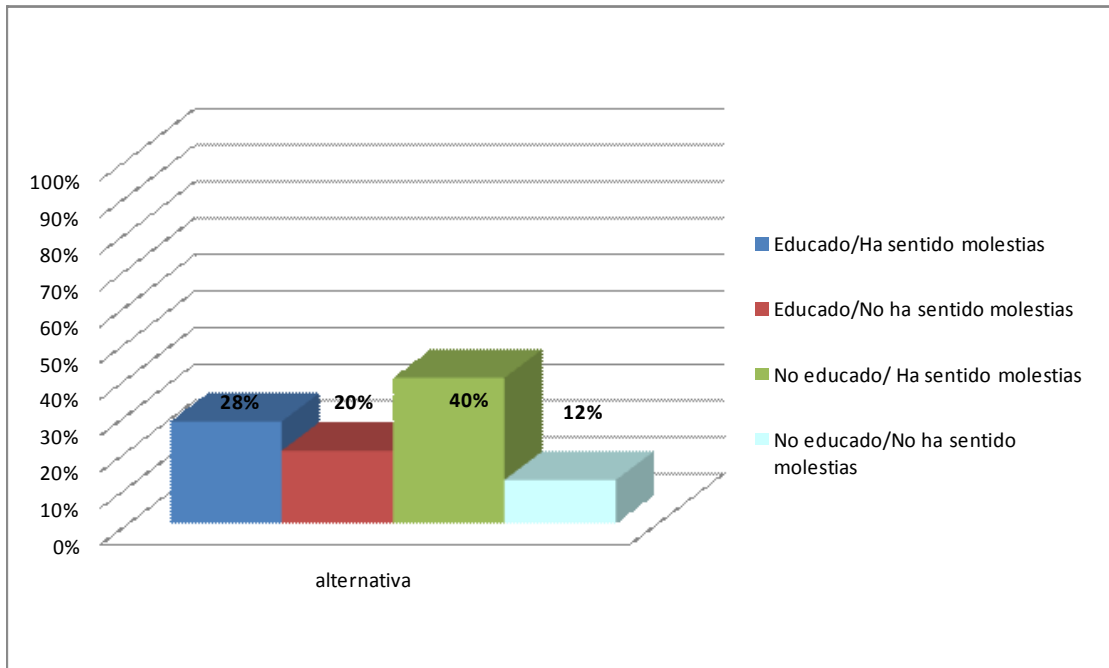
Educación recibida sobre movilización / aplicación de mecánica corporal.



El 4% de las personas entrevistadas que han recibido educación de cómo movilizar y/o trasladar a su familiar, aplican de forma incorrecta las técnicas de mecánica corporal. El 40% de las personas que no han recibido educación aplican de forma medianamente correcta las técnicas de mecánica corporal.

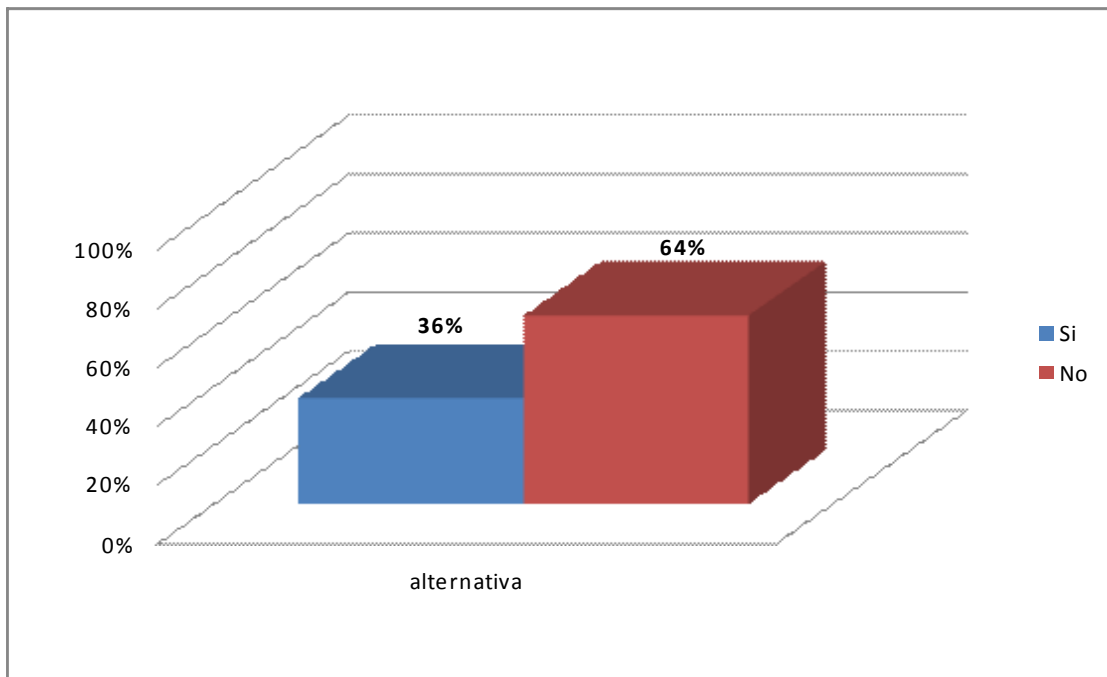
Gráfico N° 15: Prevención de riesgos

Educación recibida sobre movilización / molestias como dolor osteomuscular.



El 40% de las personas entrevistadas que no ha recibido educación de cómo movilizar y/o trasladar a su familiar, ha presentado molestias osteomusculares. Por otra parte, sólo un 12% de las personas que no han recibido educación, no ha presentado tales molestias.

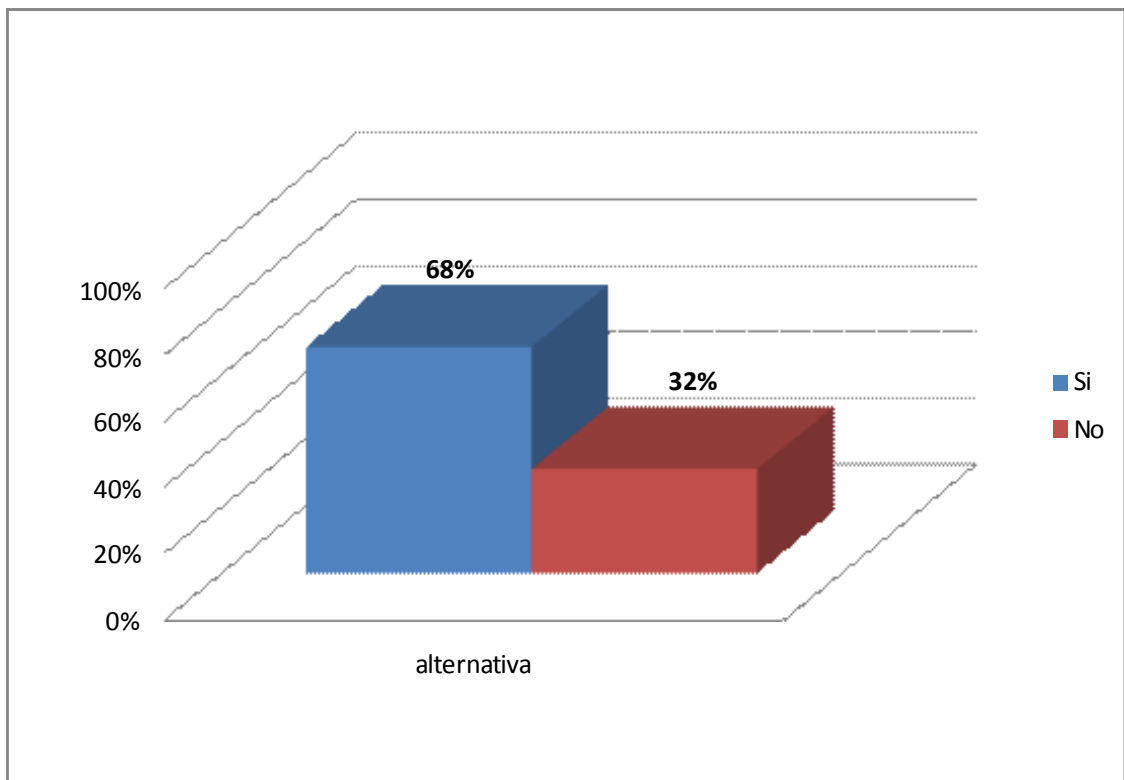
Gráfico N° 16: Realización personal
Cuidadores informales con trabajo fuera del hogar.



De los cuidadores informales entrevistados, un 64% no posee trabajo fuera del hogar, mientras que un 36% refiere tener trabajo.

Gráfico N° 17: Realización personal

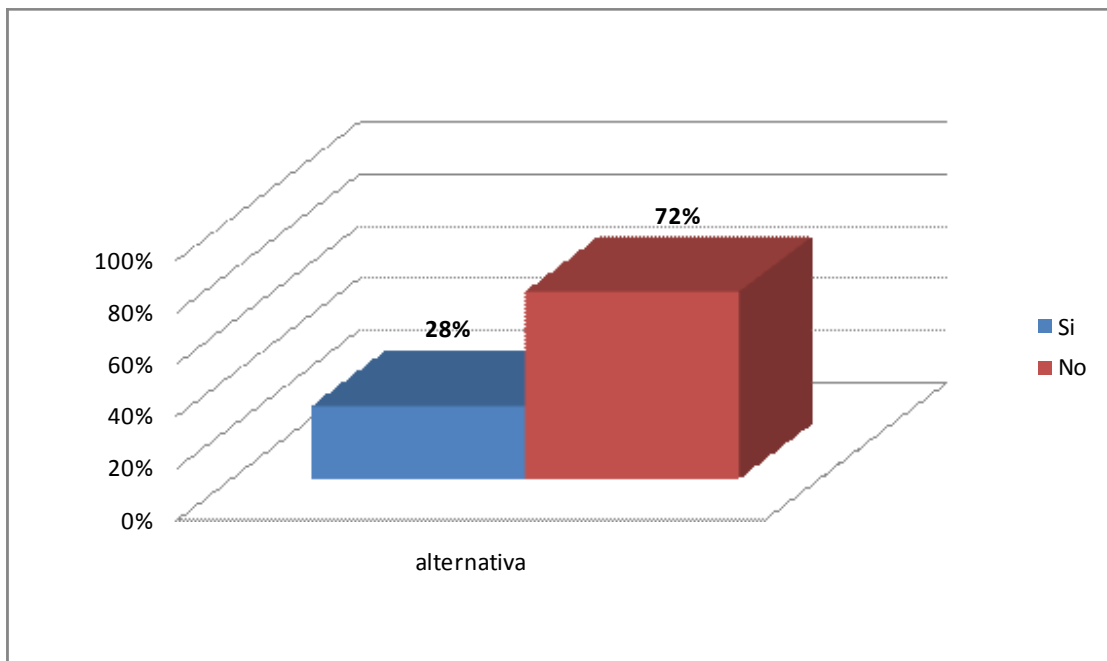
Cuidadores que dejaron de trabajar por cuidar a su familiar postrado.



De los cuidadores entrevistados, un 68% refiere haber de dejado de trabajar por cuidar a su familiar postrado y un 32% no dejó de trabajar por cuidar a su familiar postrado.

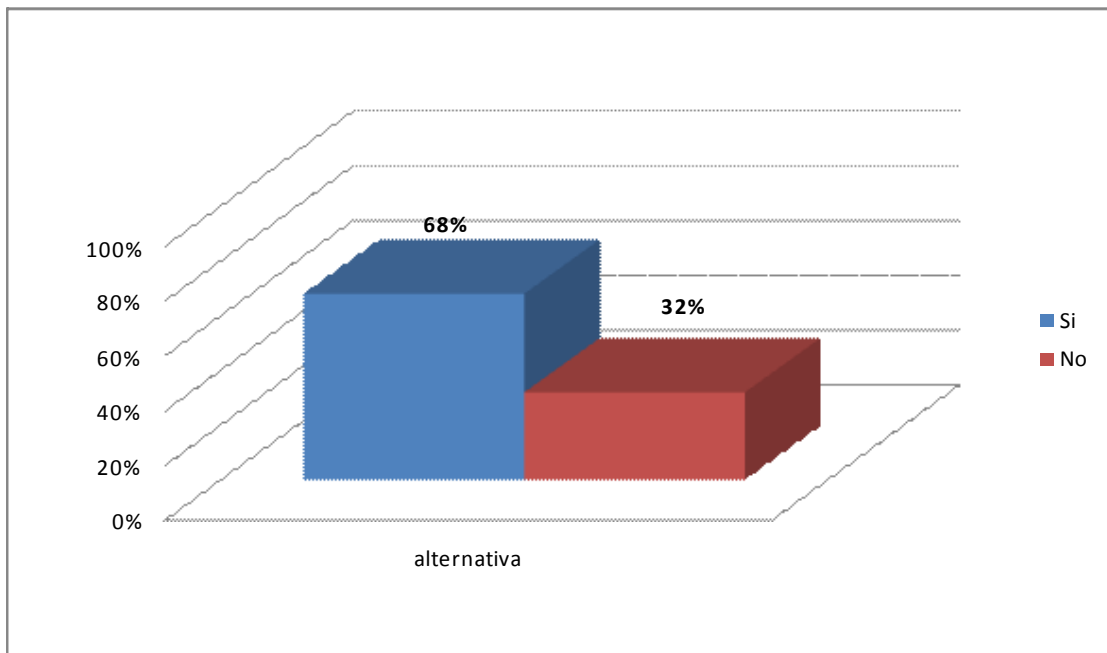
Gráfico N° 18: Interacción social y soledad.

Cuidadores que participan en alguna red o grupo social.



Un 72% de los cuidadores informales entrevistados no participa en alguna red o grupo social, mientras que 28% refiere hacerlo.

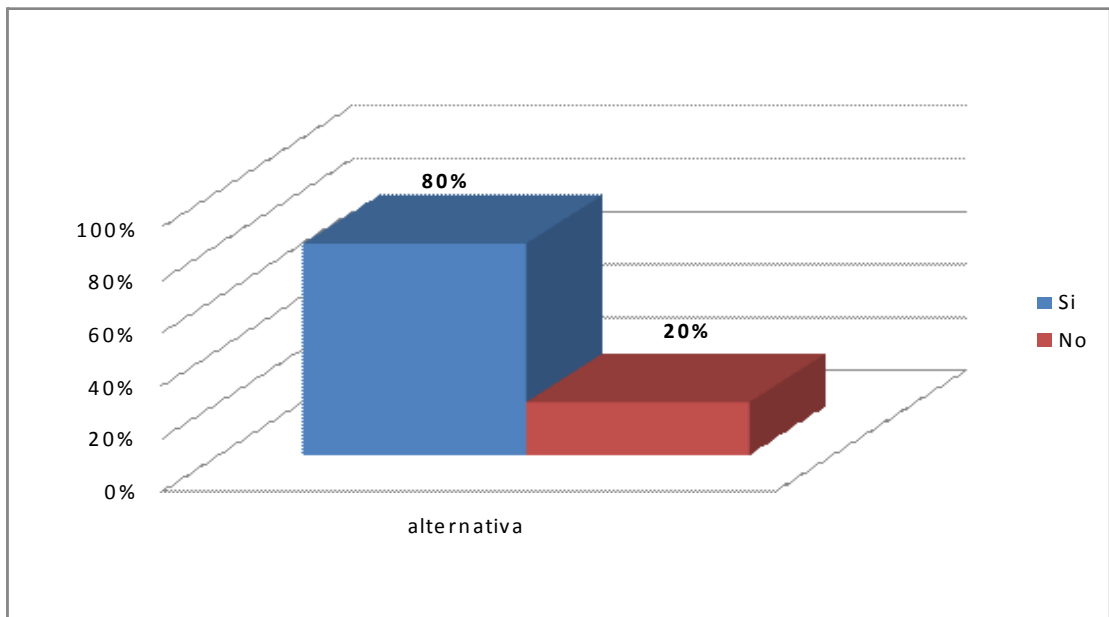
Gráfico N° 19: Interacción social y soledad
Cuidador informal con pareja estable.



De los cuidadores informales entrevistados, un 68% tiene pareja estable y un 32% refiere no tener pareja estable.

Gráfico N° 20: Interacción social y soledad

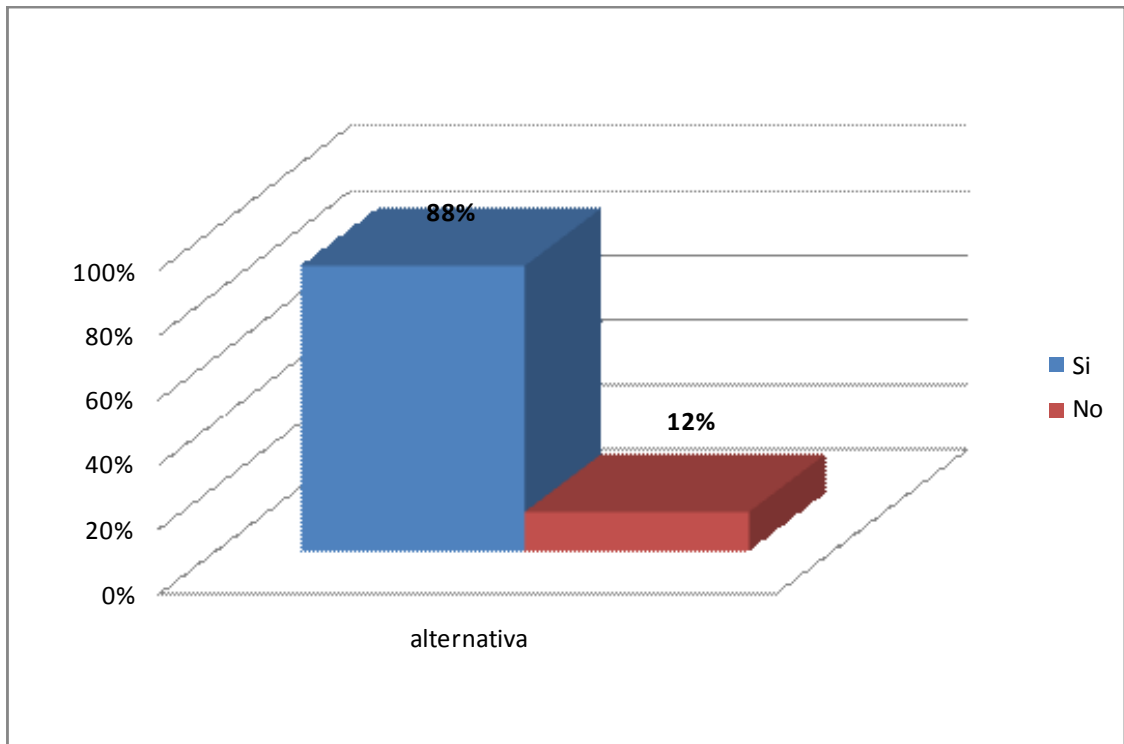
Relación de pareja afectada por el rol de cuidador.



Un 80% de los entrevistados ha visto afectada su relación de pareja por asumir el rol de cuidador, mientras que un 20% de éstos, no la ha visto afectada.

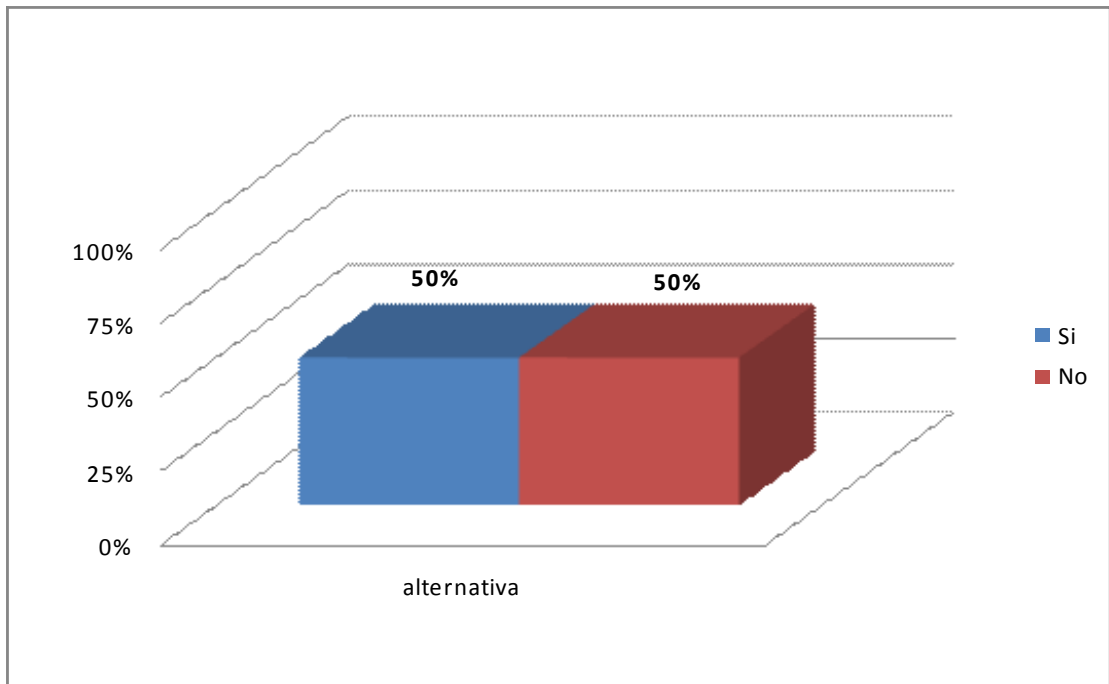
III. Requisitos de Autocuidado Relativos al Desarrollo.

Gráfico N° 21: Cuidadores inscritos en Centro de salud.



De los cuidadores informales entrevistados, un 88% se encuentra inscrito en el CES, mientras que un 12% no se encuentra inscrito.

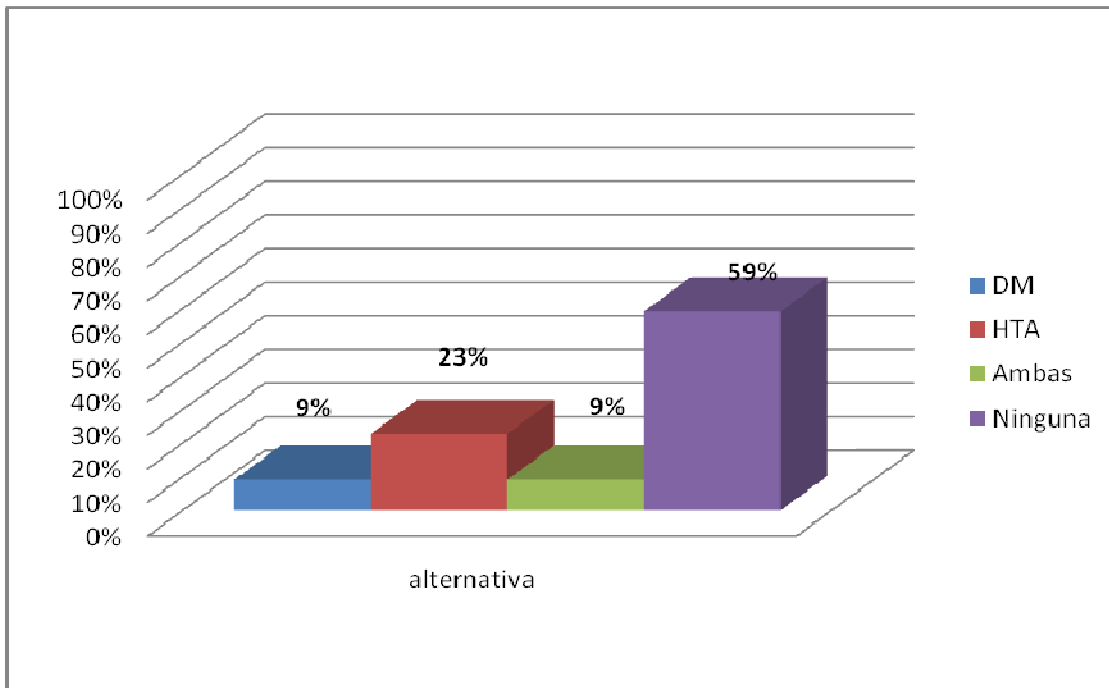
Gráfico N° 22: Realización de exámenes preventivos durante el último año.



En cuanto a la realización de exámenes preventivos, se obtuvo que un 50% de los cuidadores, se ha realizado exámenes preventivos durante el último año.

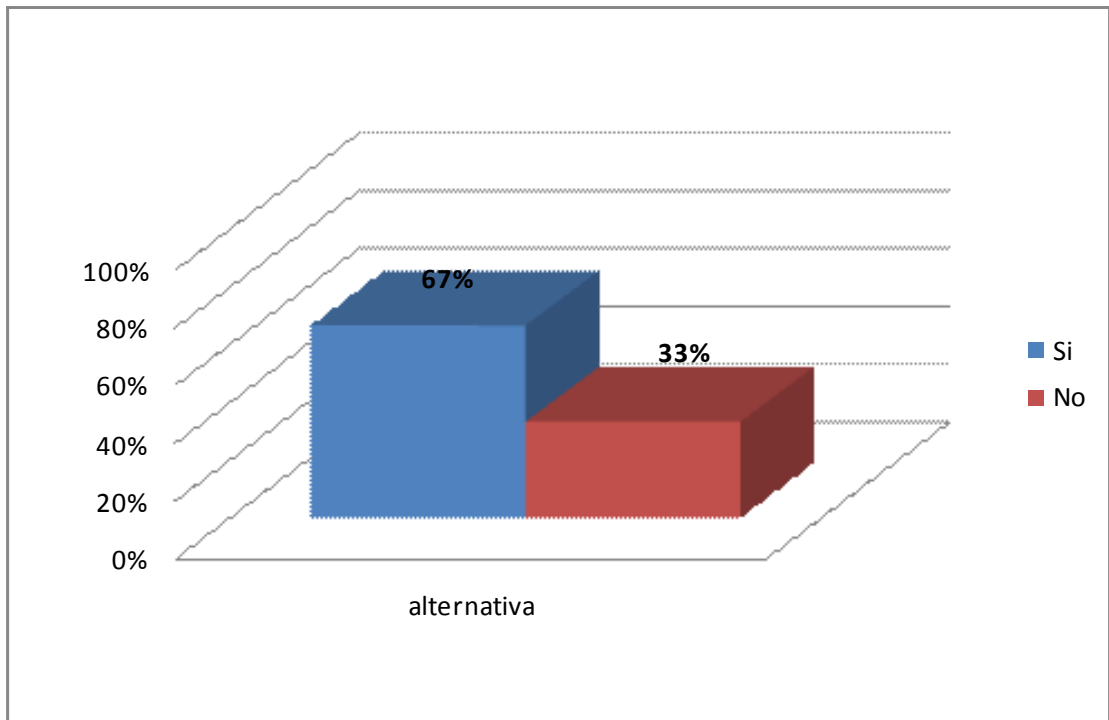
IV. Requisitos de Autocuidado de la Desviación de la Salud.

Gráfico N° 23: Portadores de HTA y DM.



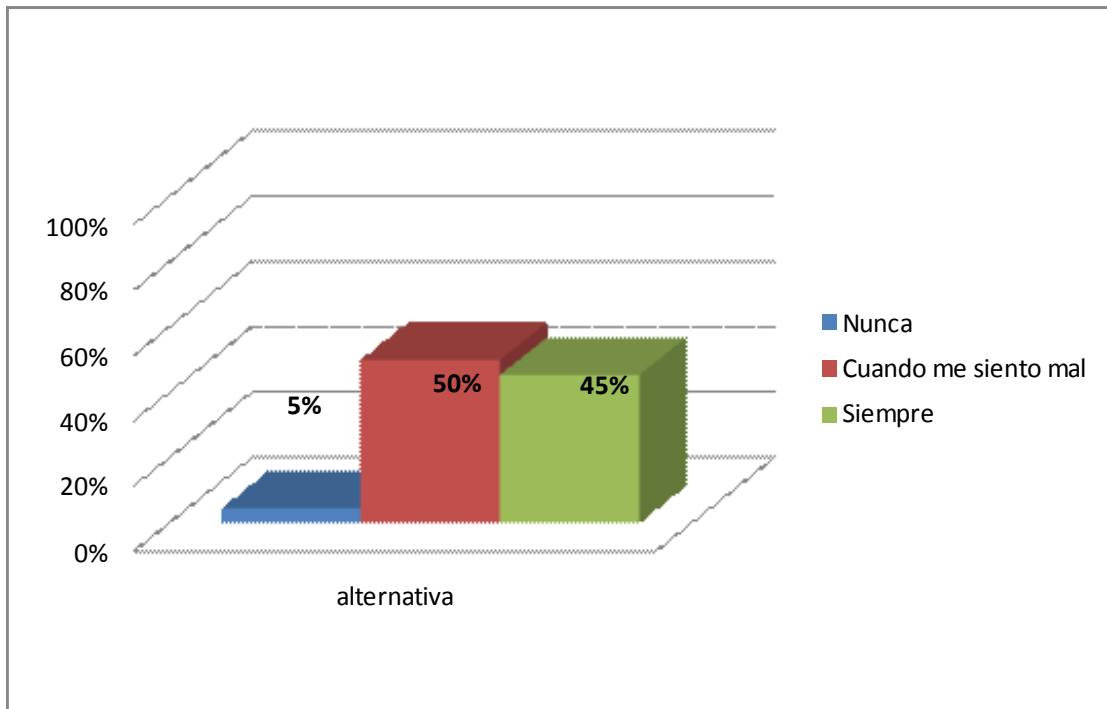
En cuanto a cuidadores portadores de HTA y DM, un 59% no presenta ninguna de estas patologías, mientras que un 9% presenta ambas patologías.

Gráfico N° 24: Cuidadores informales con patología crónica pertenecientes al Programa Cardiovascular.



Del 100% de los cuidadores con patología crónica, un 67% pertenece al Programa Cardiovascular, mientras que un 33% no pertenece.

Gráfico N° 25: Regularidad de asistencia a controles de salud.



De los cuidadores informales entrevistados, un 50% refiere asistir a controles de salud, sólo cuando se sienten mal, un 45% asiste siempre, y finalmente un 5% refiere no asistir nunca.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados y los resultados obtenidos, se concluye lo siguiente:

En relación a las características sociodemográficas de los cuidadores informales:

- ❖ El promedio de las edades es de 47 años. Esto es, prácticamente, la edad promedio del adulto medio según la clasificación de Erickson, infiriendo que la responsabilidad social que presentan se encuentra en su punto más álgido, ya que se está terminando de vivir una crisis normativa correspondiente a la década de los 40 años, lo cual influye en sus redes de apoyo más cercanas, lo que concuerda con la literatura.
- ❖ Considerando el sexo de los cuidadores entrevistados, se concluye que este resultado concuerda con otros estudios, como por ejemplo el de “Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial” (2007). En dicho estudio el 89,6% corresponden a mujeres cuidadoras, por lo cual persiste un enfoque de género femenino en los cuidadores informales familiares de los pacientes postrados.
- ❖ La escolaridad presente en los cuidadores entrevistados, que alcanza un 44% con educación media completa, representa un factor protector, ya que facilita las intervenciones educativas por parte de los profesionales de salud, para el cuidado del familiar dependiente o postrado y a su vez, al autocuidado del cuidador. Por su parte, el alto porcentaje inscrito en los Centros de Salud, contribuye al factor protector mencionado, por el acceso a la atención oportuna e individualizada.

Con respecto al cumplimiento de Requisitos Universales como medida de autocuidado entendidos como: conservación del aire, conservación de agua y alimentos, realizar actividades recreativas, equilibrio entre actividad y descanso, prevención de riesgos e interacción social y soledad se pudo concluir:

- ❖ En relación a la conservación del aire, el resultado del análisis concuerda con la situación actual en Chile, en donde un 42,4% de las personas son fumadoras. Es una situación de preocupación dado que el hábito tabáquico es uno de los principales factores externos que afectan esta subdimensión.
- ❖ En cuanto a la Conservación de agua y alimentos, solo un 8% de los cuidadores informales presenta una correcta calidad de la alimentación, lo que puede ser a causa

de que durante esta etapa del ciclo vital, los requerimientos energéticos disminuyen y la actividad puede tornarse un poco más sedentaria, sobre todo si sus actividades están centradas en el cuidado de su familiar postrado, lo que en muchas oportunidades contribuye a una mala alimentación por falta de tiempo para preparar comidas más sanas.

- ❖ La mayoría de los cuidadores informales no realiza actividades recreativas, pero manifiesta tener el deseo de realizarlas; esta inquietud corresponde con la etapa de vida que se encuentra cursando el individuo, donde existe una plenitud del desarrollo de las capacidades ocupacionales, sociales y físicas, lo que al no cumplirse, genera un quiebre en la esfera psíquica, debido al sentimiento de culpa que presenta el cuidador al pensar que desplaza el cuidado de su familiar por preocuparse de su autorrealización.
- ❖ Independiente de la apreciación nutricional, no hay una realización de actividad física por los cuidadores, adoptando un rol pasivo centrado en actividades domésticas, específicamente en el rol de cuidador, rompiéndose el equilibrio entre las actividades físicas que contribuye a un desarrollo social y recreativo, amenazando directamente su autoestima. Por otra parte, este déficit en el autocuidado, constituye un factor de riesgo cardiovascular.
- ❖ Respecto a la esfera de Actividad y Descanso, los resultados arrojaron un equilibrio, que mantiene un sueño reparador sin necesidad de utilizar medicamentos inductores de éste, como así tampoco la utilización de métodos naturales para conciliar el sueño. Denotando que esto contribuye a la satisfacción del autocuidado de la persona, al considerar que la mayoría de los cuidadores informales no presenta los problemas más frecuentes de esta esfera; como lo son insomnio, la dificultad para conciliar y/o mantener el sueño durante la noche.
- ❖ Respecto a la prevención de riesgos, el 52% de los cuidadores entrevistados no ha recibido educación sobre traslado y/o movilización sobre pacientes postrados, refiriendo presentar molestias osteomusculares. Por este motivo, esta educación adquiere un papel fundamental en el bienestar del cuidador, debido a que disminuye o retrasa la aparición de éste tipo de molestias; considerando que éstas no solamente transgreden la esfera física sino también la psíquica. Esto concuerda con lo descrito en el año 2007 en el informe de “Cuidadoras y cuidadores de personas dependientes y enfoque de género en Chile” quienes refieren que unas de las principales causas de enfermedades osteomusculares lo constituye la falta de educación.

Cabe mencionar que el tiempo de cuidador también es un factor a considerar; ya que según los resultados obtenidos, a mayor tiempo de cuidador, mayor son las molestias osteomusculares. Esta situación los limita al momento de ejercer un autocuidado continuo debido al malestar mencionado anteriormente.

- ❖ En relación al requisito universal de mantener interacción social versus soledad, el 36% no trabaja fuera del hogar, y de éstos, un 68% manifestaron que dejaron de trabajar para cuidar a su familiar, priorizando su rol de cuidador por sobre la realización laboral, considerando que se encuentran en la etapa más productiva de la vida.
- ❖ Destaca que en un 80%, la relación de pareja se ve afectada debido al rol de cuidador; ya que éste desplaza, las responsabilidades hacia sí mismo y la pareja con la que se relaciona, alterando su vida afectiva y sexual, independiente del tiempo que lleve cuidando. Aunque este estudio no indagó en la depresión del cuidador, el resultado obtenido permite suponer que ésta era altamente probable ya que los cuidadores informales sufren un aislamiento social al no tener tiempo para realizar otro tipo de actividades, constituyendo un factor desencadenante de patologías psiquiátricas, según se señaló en el IX Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP 2007).

En relación a las medidas de Autocuidado en los Requisitos de Autocuidado del Desarrollo y los Requisitos de las Desviaciones de Salud, se concluye:

- ❖ De los cuidadores portadores de enfermedades crónicas, se observa que la mayoría es asistente a los controles de salud, lo cual refleja una conducta preventiva, considerando la prevalencia de un 33,7% de hipertensión en el país, que en conjunto con la diabetes, representan las patologías crónicas con mayor morbimortalidad debido a sus complicaciones. Por el contrario, la asistencia de los cuidadores no portadores de enfermedades crónicas al centro de salud, indica una conducta curativa hacia su bienestar, lo que se relaciona directamente con un déficit del autocuidado respecto a las medidas de protección de la salud.

5.2 RECOMENDACIONES

- ❖ Implementar en el Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de Autonomía, un enfoque hacia las necesidades propias del cuidador informal de estos usuarios.
- ❖ Dentro de la visita domiciliaria al paciente postrado, considerar también la evaluación del estado de salud del cuidador, para detectar precozmente posibles alteraciones.
- ❖ Aplicar pauta de mecánica corporal por lo menos en una visita anual, para evaluar la correcta ejecución de ésta.
- ❖ Ampliar la aplicación de la pauta de mecánica corporal diseñado por los tesisistas, para que sea aplicado por la enfermera del Centro de salud a cada cuidador informal, anexándolo a la ficha familiar.
- ❖ Realizar estudios posteriores para profundizar en el tema de autocuidado de los cuidadores informales de usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de Autonomía.
- ❖ Implementar talleres recreativos en los que puedan participar los cuidadores informales.
- ❖ Educar permanentemente a los cuidadores informales sobre medidas de autocuidado por lo menos una vez al año.
- ❖ Dentro de las cátedras de Enfermería abarcar más a fondo sobre el Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de Autonomía.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Referencias bibliográficas

1. Jofré, V. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia y Enfermería*. 2005 (en línea). Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-95532005000100005&script=sci_arttext
2. Universidad de Concepción. “Sobrecarga en cuidadores de pacientes postrados pertenecientes a CESFAM Bellavista Tomé Agosto 2008” (en línea). Disponible en <http://www.cmvm.cl/salud/modulos/categorias/tipos/archivos/files/11112008120944.pdf>
3. Universidad Austral de Chile. “Sentimiento de carga del cuidador de pacientes postrados. Centro de Salud Familiar Las Animas Valdivia 2003” (en línea). Disponible en http://cybertesis.uach.cl:8080/sdx/uach/notice.xsp?id=uach.2003.fma921s-principal&qid=pcd-q&base=documents&id_doc=uach.2003.fma921s&num=&query=&isid=uach.2003.fma921s&dn=1
4. Cuidado y cuidadores informales (en línea). Disponible en http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/archivos/compl_cuidad_informal_ancianos.pdf
5. Zabalegui, A. El cuidador informal de personas mayores de 65 años en España (en línea). Disponible en http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/archivos/compl_cuidad_informal_ancianos.pdf
6. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE. (En línea). Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26268.pdf>
7. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Enfoque estadístico del adulto mayor en Chile (en línea). Disponible en http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf
- 8-9 Jofré, V. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia y Enfermería*. 2005 (en línea). Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-95532005000100005&script=sci_arttext

10. Soldevilla Agreda, J. La asistencia: El Arte de cuidar (en línea). Disponible en http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_2/soldevilla.pdf.

11. MARRINER-TOMMEY. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 3ª. Madrid. España, Editorial Harcourt Brace. 1994

12. Soldevilla Agreda, J. La asistencia: El Arte de cuidar (en línea). Disponible en http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_2/soldevilla.pdf.

13-14 HALL, J.- REDDING WEAVER, B. “La familia como un sistema” en *Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas*. 1ª. Ed.

15. MARRINER-TOMMEY A. y Alligood, Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 5ª. Ed. Madrid. España, Editorial Elsevier science. 2003

16. MARRINER-TOMMEY, Ann. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 3ª. Ed. Harcourt Brace, Madrid, 1994

Libros:

- ❖ HALL, J.- REDDING WEAVER, B. “La familia como un sistema” en *Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas*. 1990. 1ª. Ed. pp. 185.
- ❖ HALL, J.- REDDING WEAVER, B. “Teoría de rol” en *Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas*. 1990. 1ª. Ed. pp. 187.
- ❖ HALL, J.- REDDING WEAVER, B. “Crisis e intervención en crisis” en *Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas*. 1990. 1ª. Ed. pp. 56- 58
- ❖ HALL, J.- REDDING WEAVER, B. “Teoría de la crisis” en *Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas*. 1990. 1ª. ed. pp 195-196.
- ❖ MARRINER-TOMMEY A. y Alligood, Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 5ª. Ed. Madrid. España, Editorial Elsevier science. 2003. pp 191.
- ❖ MARRINER-TOMMEY. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 3ª. Madrid. España, Editorial Harcourt Brace. 1994. pp. 182-186.

- ❖ MARRINER-TOMMEY, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. 3ª. Ed. Hardcourt Brace, Madrid, 1994. pp 430.
- ❖ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, AMATE, Alicia. VÁSQUEZ, Armando, ed. 2000. Publicación científica y técnica N° 616. pp 9-10.

En línea:

- ❖ Atilano, A. *Una vejez Saludable*. 2008 (en línea). Disponible en <http://www.globalaging.org/health/world/2008/vejez.htm>. (Consultado el 15 noviembre 2008).
- ❖ Berrocal De González, L. *La sexualidad en el adulto joven*. 2005 (en línea). Disponible en http://www.prensa.com/Actualidad/Psicologia_sexual/2005/11/12/index.htm (Consultado 6 de septiembre 2008)
- ❖ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. *La familia* (en línea). Disponible en <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil>. (Consultado 17 de abril 2009)
- ❖ Cuidado y cuidadores informales. (en línea). Disponible en http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/archivos/compl_cuidad_informal_ancianos.pdf (Consultado 20 de octubre 2009).
- ❖ Departamento de estadísticas e información de salud (en línea). Disponible en http://deis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/index.asp (Consultado 20 de octubre 2009).
- ❖ Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): *metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada* (en línea). Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26268.pdf> (Consultado 2 de noviembre 2009)
- ❖ FUNDACIÓN LILLY. *El estilo de vida actual favorece el envejecimiento precoz*. 2005 (en línea). Disponible en http://www.acceso.com/display_release.html?id=25881 (Consultado 16 de agosto de 2009).

- ❖ Jofré, V. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia y Enfermería*. 2005 (en línea). Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-95532005000100005&script=sci_arttext (Consultado 16 de agosto 2009).
- ❖ García Calvente, M. “*El sistema informal de atención a la salud*” (en línea). Disponible en http://www.comtf.es/pediatrica/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/M%C2%AAM_Garcia_Calvante.htm (Consultado 13 de septiembre 2009).
- ❖ Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos INTA. *Guía de Alimentación para una vida más sana*. 2005 (en línea). Disponible en http://www.bibliointa.cl/admin/doc_consumidor/Guia%20alimentacion%20para%20una%20vida%20sana%20más%20sana.pdf. pp 10-11. (Consultado 28 de agosto 2009).
- ❖ Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos INTA. *Consejo breve en vida sana, guía de apoyo* (en línea). Disponible en http://www.bibliointa.cl/admin/doc_educativos/Consejo%20breve%20vida%20sana.%20Guía%20de%20apoyo.pdf. pp 9. (Consultado 28 de agosto 2009).
- ❖ Ministerio de Salud de Chile. *Guía de Vida Activa* (en línea). Disponible en http://www.redsalud.gov.cl/archivos/promociondesalud/guia_vida_activa.pdf (Consultado 5 de septiembre 2009).
- ❖ Ministerio de Salud de Chile. *Guía para una vida activa*. 2003 (en línea). Disponible en <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/promociondesalud/manuales/GuiPVA.pdf>. pp 49-62 (Consultado 5 de septiembre 2009).
- ❖ Ministerio de Salud de Chile, INTA, VIDA Chile. *Guías para una vida saludable*. 2005 (en línea). Disponible en <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/campanas2006/guiaparteuno.pdf> (Consultado 5 de septiembre 2009).
- ❖ Pérez Padilla, R. *Trastornos del sueño* (en línea). Disponible en http://www.insp.mx/Portal/Cuidados_salud/sueno/sueno07.html (Consultado 14 de octubre 2008).
- ❖ Real Academia Española (en línea). Disponible en http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cuidar (Consultado 14 de octubre 2008).

- ❖ SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. Informe final “*Situación de los Cuidadores Domiciliarios de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial*”. 2007 (en línea). Disponible en <http://www.senama.cl/archivos/SITUACIONCUIDADORES.pdf>. pp 37. (Consultado 15 de octubre 2009).
- ❖ Soldevilla Agreda, J. La asistencia: El Arte de cuidar (en línea). Disponible en http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_2/soldevilla.pdf. pp 2-3 (Consultado 15 de octubre 2009).
- ❖ Teoría de Crisis Vital (en línea). Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos11/mcrisis/mcrisis.shtml#CRISIS> (Consultado 12 de septiembre 2009).
- ❖ Universidad Austral de Chile. “*Sentimiento de carga del cuidador de pacientes postrados. Centro de Salud Familiar Las Animas Valdivia 2003*” (en línea). Disponible en http://cybertesis.uach.cl:8080/sdx/uach/notice.xsp?id=uach.2003.fma921s%7cth.7&qid=pcdq&base=documents&id_doc=uach.2003.fma921s&num=&query=&isid=uach.2003.fma921s%7cth.7&dn=1 (Consultado 13 de noviembre 2009)
- ❖ Universidad de Chile. *Control de la natalidad y métodos anticonceptivos* (en línea). Disponible en <http://www.bioetica.uchile.cl/entre/docs/pildora.htm> (Consultado 10 de agosto 2009).
- ❖ Universidad de Concepción. “*Sobrecarga en cuidadores de pacientes postrados pertenecientes a CESFAM Bellavista Tomé Agosto 2008*” (en línea). Disponible en <http://www.cmvm.cl/salud/modulos/categorias/tipos/archivos/files/11112008120944.pdf> (Consultado 13 de noviembre 2009).

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de Recolección de Datos

I Item - Antecedentes generales del paciente postrado:

1. Edad: _____

2. Sexo:

a) hombre b) mujer

3. Motivo de ingreso al programa postrado:

4. ¿Cuándo ingresó su familiar al programa de Atención Domiciliaria?

a) 3 meses a 6 meses b) 7 a 11 meses c) 1 año a 2 años d) más de 2 años

5. Nivel de funcionalidad según katz

a) Incapacidad Leve b) Incapacidad moderada c) Incapacidad severa d) Otro

II Item - Antecedentes generales del cuidador:

1. Edad: _____

2. Sexo:

a) Hombre b) Mujer

3. Estado civil:

a) Casado b) Soltero c) Separado d) Viudo

4. Escolaridad:

- a) Básica completa b) Básica incompleta c) Media completa d) Media incompleta
e) Superior completa f) Superior incompleta

5. ¿Cuál es el ingreso económico de su familia?

- a) Menor a 163 mil pesos b) Entre 163 mil y 300 mil pesos c) Mayor a 300 mil pesos

6. ¿Usted recibe el estipendio de 20 mil pesos?

- a) Sí b) No

7. ¿Está inscrito en el CES?:

- a) Sí b) No

Si responde "No" pasar a pregunta N° 11

8. ¿Es portador de HTA o DM?

- a) DM b) HTA c) Ambas d) Ninguna

Si responde "Ninguna" pasar a pregunta N° 10

9. ¿Pertenece al programa cardiovascular?

- a) Sí b) No

Si responde "Sí"- Solicitar carnet. Si responde "No" pasar a pregunta N° 12

HTA Compensado _____
Descompensado _____

DM Compensado _____
Descompensado _____

10. ¿Con qué regularidad asiste a los controles de salud?

- a) Nunca b) Cuando me siento mal c) Siempre

11. ¿Se ha realizado durante el último año exámenes preventivos?

- a) Si b) No

12. ¿Hace cuanto tiempo está cuidando a su familiar?

- a) 3 meses a 6 meses b) 7 meses a 11 meses b) 12 a 24 meses c) más de 24 meses

III Item: Medidas de Autocuidado

Conservación del aire

1. ¿Usted fuma?

- a) Si b) No

Si responde “Sí” pasar a la pregunta N° 2. Si responde “No” pasar a pregunta N° 4

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted fumando?

- a) Menos de 5 años b) Entre 5 y 10 años c) Más de 10 años

3. ¿Cuántos cigarros fuma al día?

- a) Menos 5 cigarrillos b) De 6 a 15 cigarrillos c) Más de 16 cigarrillos

4. ¿Ha presentado cuadros de enfermedades respiratorias en los últimos 6 meses?

- a) Sí b) No

Si responde “Sí” pasar a pregunta N° 5. Si responde “No” pasar a pregunta N° 6

5. ¿Con qué frecuencia ha presentado cuadros de enfermedades respiratorias los últimos 6 meses?

- a) De 1 a 2 cuadros respiratorios b) De 3 a 4 cuadros respiratorios c) 5 o más cuadros respiratorios

Conservación de agua y alimentos

6. Apreciación nutricional (según Sheldon):

- a) Ectomorfo b) Endomorfo c) Mesomorfo

7. ¿Cuántas porciones de lácteos consume al día?

- a) Ninguna b) 1 a 2 porciones c) 3 a 4 porciones d) Más de 4 porciones

8. ¿Cuántas porciones de fruta consume al día?

- a) Ninguna b) 1 a 2 frutas c) 3 a 4 frutas d) Más de 4 frutas

9. ¿Cuántas porciones de verduras consume al día?

- a) Ninguna b) 1 a 2 porciones c) 3 a 4 porciones d) Más de 4 porciones

10. ¿Cuántas veces a la semana consume comidas grasas?

- a) Ninguna b) 1 a 2 veces c) 3 a 4 veces d) Más de 4 veces

11. ¿Cuánto líquido consume al día?

- a) 1 a 2 tazas b) 3 a 4 tazas c) 4 a 8 tazas d) Más de 8 tazas

Actividad y reposo

12. ¿Realiza alguna actividad recreativa?

- a) Si b) No Cuál: _____

Si responde "Sí" pasar a pregunta N° 13. Si responde "No" pasar a pregunta N° 14

13. ¿Con que frecuencia la realiza?

- a) Todos los días b) 1 a 2 veces por semana c) 3 o más veces por semana

14. ¿Realiza alguna actividad física?

- a) Si b) No Cuál: _____

Si responde "Sí" pasar a pregunta N° 15. Si responde "No" pasar a pregunta N° 16

15. ¿Con qué frecuencia la realiza?

- a) Todos los días b) 3 a 6 veces por semana

16. ¿Cuántas horas duerme al día?

- a) Menos de 4 horas b) entre 4 y menos de 8 horas c) Más de 8 horas

17. ¿Considera que su sueño es reparador?

- a) No b) Muy poco c) Generalmente d) Siempre

18. ¿Toma usted medicamentos para dormir?

- a) Nunca b) Casi Nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

19. ¿Acude usted a métodos naturales para conciliar el sueño?

- a) Nunca b) Casi Nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

Prevención de riesgos

20. ¿Ha recibido educación acerca de cómo movilizar y/o trasladar a su familiar?

- a) Si b) No

21. ¿Al movilizar a su familiar ha sentido molestias como dolor muscular?

- a) Si b) No

Si responde "Sí" pasar a pregunta N° 22. Si responde "No" pasar a pregunta N° 23

22. ¿Dónde siente dolor?

- a) Espalda b) Extremidades superiores c) Extremidades inferiores.

23. Test de mecánica corporal

- a) Aplica correctamente técnicas de mecánica corporal
b) Aplica medianamente correctas técnicas de mecánica corporal
c) Aplica incorrectamente técnicas de mecánica corporal

Realización personal

24. ¿Tiene trabajo fuera del hogar?

- a) Si b) No

Si su respuesta es "Sí" pasar a la pregunta N° 25. Si responde "No" pasar a pregunta N° 26

25. ¿El cuidar a su familiar le ha generado problemas en su trabajo?

- a) Si b) No c) Medianamente

26. ¿Usted trabajó antes de cuidar a su familiar?

- a) Sí b) No

Si su respuesta es "Sí" pasar a la pregunta N° 27. Si responde "No" pasar a la pregunta N° 28

27. ¿Dejó de trabajar por cuidar a su familiar postrado?

- a) Si b) No

Interacción social

28. ¿Usted tiene pareja estable?

- a) Si b) No

Si responde "Sí" pasar a pregunta N° 29. Si responde "No" pasar a pregunta N° 32

29. ¿Cómo evalúa la relación con su pareja?

- a) Buena b) Mala c) Regular

Si responde alternativa "b ó c" pasar a pregunta N° 30. Si responde "No" pasar a pregunta N° 32

30. ¿Considera que su relación se ha visto afectada por su rol de cuidador?

- a) Si b) No

31. ¿Se siente satisfecho/a con su vida sexual?

- a) Si b) No

32. ¿Participa en alguna red o grupo social?

- a) Si b) No

Si responde "Sí" pasar a pregunta N° 33. Si responde "No" pasar a pregunta N° 35

33. ¿En cuál (es) de las siguientes redes o grupos sociales usted participa?

- a) Consultorio
b) Iglesia
c) Club deportivo
d) Junta de vecinos
e) Otras _____

41. Usted se siente apoyada/o emocionalmente por su familia en momentos difíciles?

- a) Si, siempre me apoyan b) A veces c) No, nunca recibo apoyo de mi familia.

ANEXO 2

Instructivo de instrumento para recolección de datos

“Medidas de autocuidado en cuidadores informales de usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Postrados y/o con Pérdida de Autonomía”

Aspectos generales: El instrumento cuenta con tres ítems generales; Antecedentes generales del paciente postrado, Antecedentes generales del cuidador informal y Medidas de autocuidado del cuidador informal.

Aplicación: El instrumento será aplicado por estudiantes de 4° año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. El tiempo de aplicación por cada instrumento será de 30 minutos.

I Ítem: Antecedentes generales del paciente postrado

Este ítem consta de 5 preguntas.

En la pregunta N°5 se aplicará el índice de Katz, el cual se adjunta y cuya clasificación es:

- ❖ 5 a 6 puntos entrará en categoría de ausencia o incapacidad leve.
- ❖ 3 a 4 entrará en categoría de incapacidad moderada.
- ❖ 0 a 2 puntos entrará en categoría de incapacidad severa.

II Ítem: Antecedentes generales del cuidador informal.

Este ítem consta de 12 preguntas:

Parte A: consta de siete preguntas de aspectos sociodemográficos del cuidador informal (preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 12).

Parte B: consta de dos preguntas sobre Requisitos del Autocuidado Relativos al Desarrollo (preguntas 7 y 11)

Parte C: consta de tres preguntas sobre Requisitos del Autocuidado en Desviaciones de la Salud (preguntas 8, 9 y 10).

En la pregunta N° 4 se considerará:

- ❖ Escolaridad completa cuando haya cursado completamente el 8° básico, 4° medio o una carrera superior tanto técnica como universitaria.
- ❖ Si es menor o no lo terminó, se tomará como educación incompleta.

En la pregunta N° 9, si la persona responde “Sí” a la asistencia de un Programa Cardiovascular, se solicitará el carnet del consultorio para ver la patología por la cual ingresó al programa y si está compensado o no.

III Ítem Medidas de autocuidado del cuidador informal.

Este ítem consta de 38 preguntas que se encuentran divididas en 6 dimensiones que corresponden a los Requisitos Universales de Autocuidado:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Conservación del aire: | preguntas N° 1, 2, 3, 4 y 5 |
| 2. Conservación de agua y alimentos: | preguntas N° 6, 7, 8, 9, 10 y 11 |
| 3. Actividad y descanso: | preguntas N° 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19 |
| 4. Prevención de riesgos: | preguntas N° 20, 21, 22 y 23 |
| 5. Realización personal: | preguntas N° 24, 25, 26 y 27 |
| 6. Interacción social y soledad: | preguntas N° 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 y 41. |

En la pregunta N° 3 sobre el hábito tabáquico se clasificará al fumador en:

- ❖ leve cuando fume menos de 5 cigarrillos.
- ❖ moderado cuando fume entre 6 a 15 cigarrillos.
- ❖ severo cuando fume más de 16 cigarrillos.

En la pregunta N°4, por *Enfermedad Respiratoria* se entenderá a todo proceso inflamatorio e infeccioso que comprometa las vías respiratorias como resfrío común, laringitis, amigdalitis, neumonía, enfisema pulmonar, etc.

En la pregunta N°6 se hará una apreciación nutricional mediante la observación, según la clasificación de *Sheldon*.

En la pregunta N°7 se considerará como “ninguno” si el número de lácteos consumidos es menor a 1 al día.

En la pregunta N°7 se tomará como *Lácteos* a todo producto derivado de la leche como yogurt, quesos, quesillos, flan, etc.

En la pregunta N°10 será considerado como *Comida grasa* a las frituras, comida chatarra, carnes grasas, etc.

En la pregunta N°11 será considerado como *Líquidos* a todo producto que contenga agua como un vaso de jugo, sopa, bebidas, té, etc.

En base a las medidas de autocuidado universales, esfera de conservación de agua y alimentos, se considerará el cumplimiento según la siguiente clasificación:

- ❖ 5 a 4 respuestas correctas: Medida de autocuidado correcta.
- ❖ 3 a 2 respuestas correctas: Medida de autocuidado medianamente correcta.
- ❖ 1 o menos respuestas correctas: Medida de autocuidado incorrecta.

En la pregunta N° 12 entenderá como *Actividad Recreativa* a toda actividad que se realice como método de distracción fuera del hogar, como ir a la playa, al mall, cine, etc.

En la pregunta N°14 se considerará actividad física a aquella que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal; con el fin de reducir o controlar el peso, quemar calorías y reducir el apetito, dentro de su hogar como fuera de él, como: fútbol, gimnasia aeróbica, trotar, entre otras. Se considerará “Sí” cuando realiza actividad fuera del hogar tres veces por semana y como mínimo 30 minutos al día.

En la pregunta N°17 se tomará como *Sueño Reparador* aquel que consigue eliminar el cansancio acumulado durante el día y regenera el organismo.

En la pregunta N°19 se considerarán *Métodos naturales para conciliar el sueño* cuando utilice todas aquellas prácticas alternativas para lograr dormir como lo son: baños de tina antes de acostarse, leche con hojas de naranja, entre otros.

Se considerará responder preguntas de la N° 20 a la N° 23 si el paciente postrado clasifica según nivel de funcionalidad (Katz) en Incapacidad moderada o severa.

En la pregunta N° 23 sobre Mecánica corporal, se aplicará una lista de cotejo la cual tiene como objetivo observar si el cuidador aplica técnicas de mecánica corporal al movilizar al paciente, esta lista de cotejo da como resultado (se adjunta):

Aplica correctamente técnicas de mecánica corporal: de 7 a 9 respuestas SI

Aplica medianamente técnicas de mecánica corporal: de 4 a 6 respuestas SI

Aplica incorrectamente técnicas de mecánica corporal: de 0 a 3 respuestas SI

En la pregunta N° 28 se entenderá por pareja estable cuando cuenten con lazos fuertes de relación interpersonal.

En la pregunta N°32 se entenderá *Red o Grupo Social* aquellos como los comunitarios (consultorio), religioso (iglesia), social (centro de madres).

En la pregunta N° 37 se considerará ayuda de los familiares tal como: el cuidado, dinero, pañales, etc.

ANEXO 3

Índice de Katz

El índice de Katz se basa en la evaluación de la autonomía funcional de los pacientes en tareas básicas como lavarse, vestirse, ir al servicio, desplazarse, continencia y comer. Independiente significa actuar sin supervisión, dirección o asistencia personal activa, excepto cuando se especifique así en las normas de la escala. La evaluación se basa en lo que hace realmente el anciano, no en su capacidad para hacerlo. Un paciente que rehúsa realizar una función se le considera como dependiente para la misma, aunque fuera capaz de realizarla.

1. BAÑARSE:

Independiente: Precisa ayuda sólo para lavar una parte del cuerpo (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda. (1 punto)

Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o no se baña. (0 puntos)

2. VESTIRSE:

Independiente: Coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, los complementos o adornos, se abrocha los botones; se excluye el acto de atarse los zapatos. (1 punto)

Dependiente: No se viste solo o permanece en parte sin vestir. (0 puntos)

3. IR AL SERVICIO:

Independiente: Va al servicio, se sienta y se levanta del retrete, se arregla la ropa, se limpia los órganos excretores (puede utilizar por sí mismo la cuña o el orinal por la noche solamente, y puede usar o no ayuda mecánica). (1 punto)

Dependiente: Usa cuña u orinal o recibe ayuda para ir al servicio y utilizarlo. (0 puntos)

4. LEVANATARSE:

Independiente: Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de una silla independientemente (puede usar o no ayudas mecánicas). (1 punto)

Dependiente: Necesita ayuda para sentarse, tumbarse o levantarse de la silla y/o cama, o no lo hace. (0 puntos)

5. CONTINENCIA DE ESFÍNTERES:

Independiente: Micción y defecación controladas por completo. (1 punto)

Dependiente: Incontinencia parcial o total urinaria o fecal; control parcial o total con enemas, sondas o con el uso reglado de orinales o cuñas. (0 puntos)

6. COMER:

Independiente: Lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye de la evaluación cortar carne y preparar la comida, como untar el pan). (1 punto)

Dependiente: Precisa ayuda en el acto de comer, no come o usa nutrición parenteral. (0 puntos)

El resultado se puede expresar de dos formas:

Índices:

A Independiente para las 6 funciones.

B Independiente para todas las funciones excepto una.

C Independiente para todas las funciones excepto para bañarse y para otra función.

D Independiente para todas las funciones excepto para bañarse, vestirse y para otra función.

E Independiente para todas las funciones excepto para bañarse, vestirse, ir al servicio y para otra función.

F Independiente para todas las funciones excepto para bañarse, vestirse, ir al servicio, levantarse y para otra función.

G Dependiente para las 6 funciones.

Otro Dependiente para al menos 2 funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Puntuación:

Se otorgan 0 puntos si el anciano es dependiente o 1 punto si es independiente y se realiza la suma de la puntuación obtenida en cada pregunta. De este modo se plantean los siguientes grados, que además tienen su traducción en los índices anteriores:

Grados A-B o de 6 a 5 puntos: Ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C-D o de 4 a 3 puntos: Incapacidad moderada

Grados E-G o de 2 a 0 puntos: Incapacidad severa.

ANEXO 4

PAUTA DE COTEJO DE MECÁNICA CORPORAL

OBJETIVO	SI	NO
Adapta el área en que se realizará la actividad, retirando los objetos que la entorpezcan y colocando la cama o camilla en la posición apropiada.		
Aumenta la estabilidad corporal, ampliando la base de sustentación (separando los pies y adelantando uno respecto al otro) y descendiendo el centro de gravedad (flexionando las piernas).		
Utiliza preferentemente los músculos de los muslos y piernas en lugar de los de la espalda, utiliza los músculos de extremidades superiores e inferiores.		
Sujeta o traslada a la persona manteniéndolo próximo al cuerpo		
Al levantar al postrado flexiona las piernas y eleva el cuerpo manteniendo la espalda recta		
Procura que la superficie de la cama esté lo más lisa posible para reducir la fricción al deslizar o empujar al paciente.		
Utiliza su propio peso corporal para facilitar la maniobra de cambio de posición o acomodación del paciente.		
Mantiene un alineamiento adecuado del cuerpo mientras hace un esfuerzo.		
Cuando la realización de la tarea supone algún riesgo para el paciente o para el cuidador informal, este último solicita la ayuda de otro familiar.		

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o Señora

Se le invita a participar de manera voluntaria en una investigación, que consiste en un estudio sobre las “Medidas de autocuidado en cuidadores informales de personas pertenecientes al Programa Postrados.”

La investigación se llevará a efecto durante el mes de septiembre de 2009.

Los datos de su participación se mantendrán en forma confidencial, y la publicación de los resultados en medios científicos será anónima.

Declaro haber sido informado por..... quién me explicó el estudio y entendí claramente mi participación. Tuve la oportunidad de aclarar todas las dudas, tomando libremente mi decisión y sin ningún tipo de presión. En mi poder quedará un duplicado de este consentimiento.

Acepto Participar: _____

Iniciales Participante: _____

Firma Participante: _____

Nombre Investigador: _____

Firma Investigador: _____

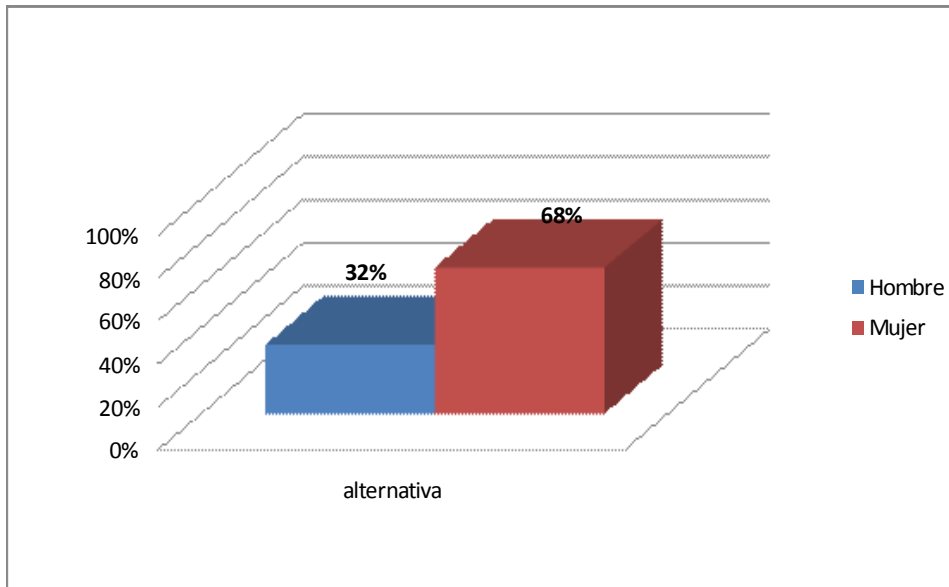
Fecha: _____

ANEXO 6

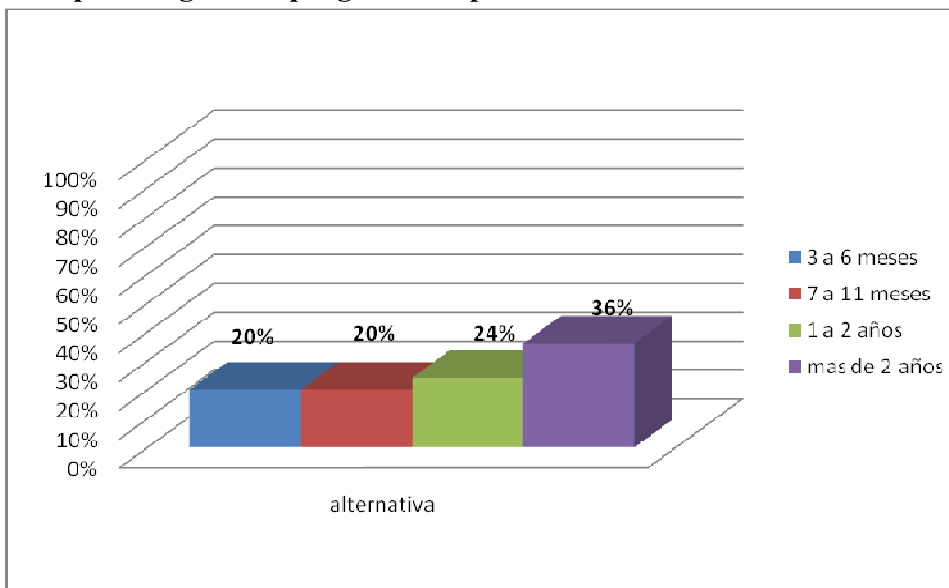
GRÁFICOS

Ítem I: Antecedentes generales del paciente postrado

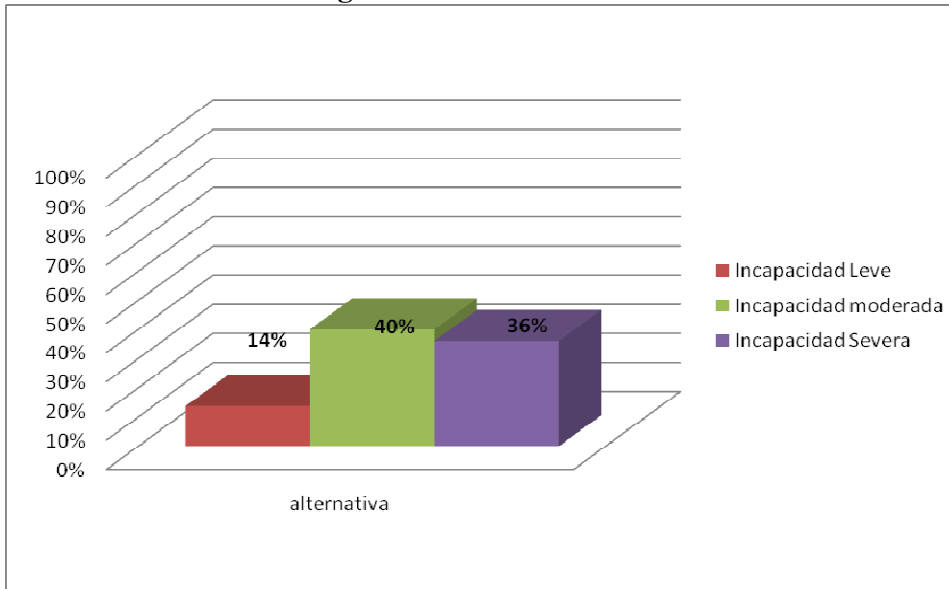
Sexo



Tiempo de ingreso al programa de postrados

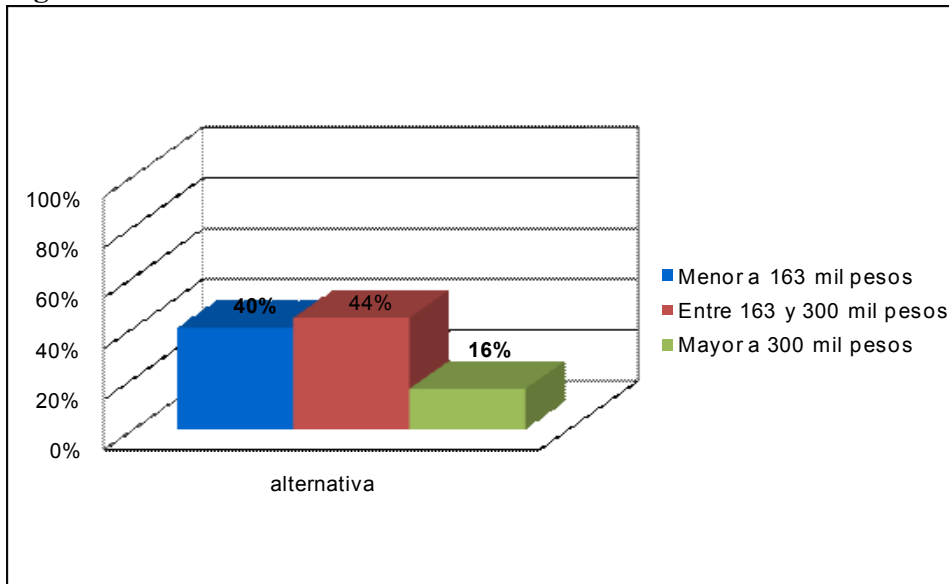


Nivel de funcionalidad según Katz

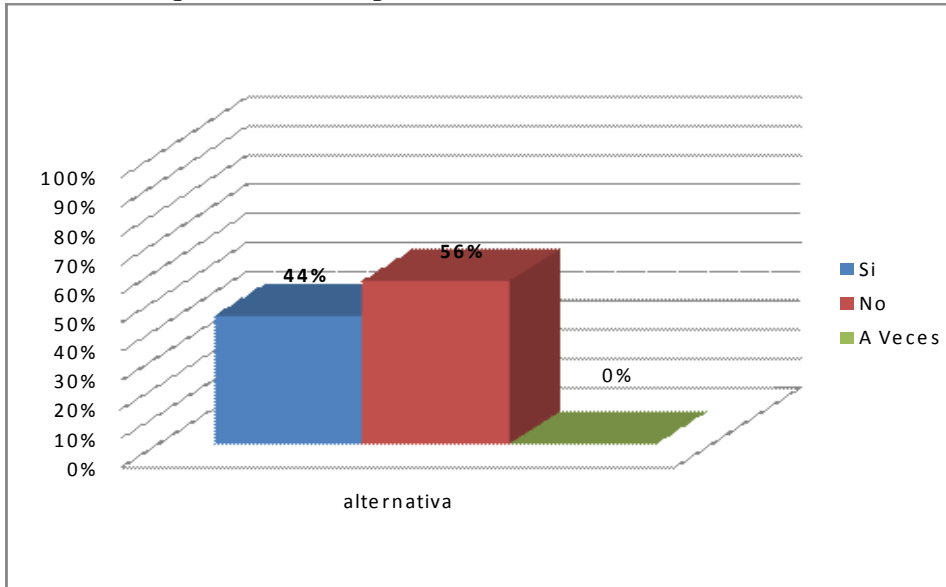


Ítem II: Antecedentes generales del cuidador

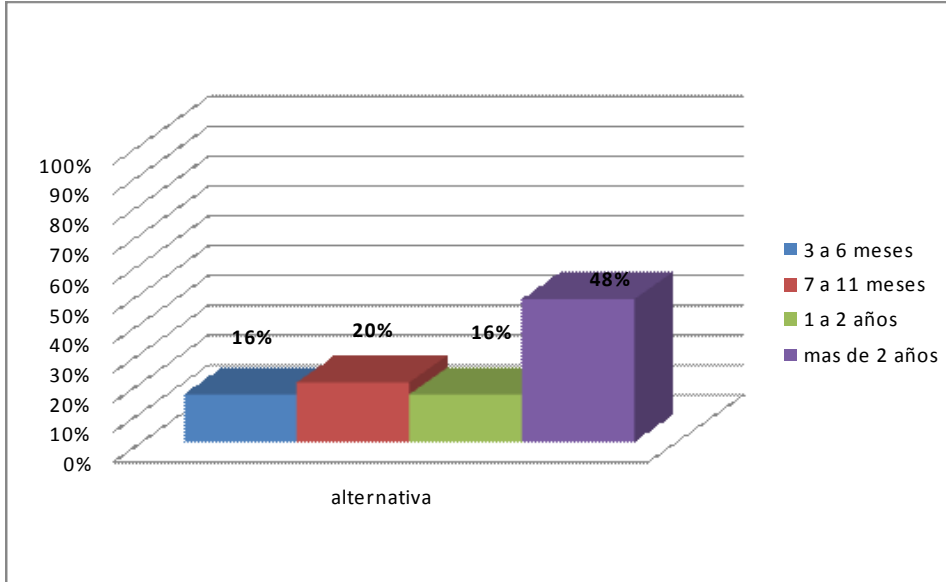
Ingreso económico familiar



Cuidadores que reciben estipendio

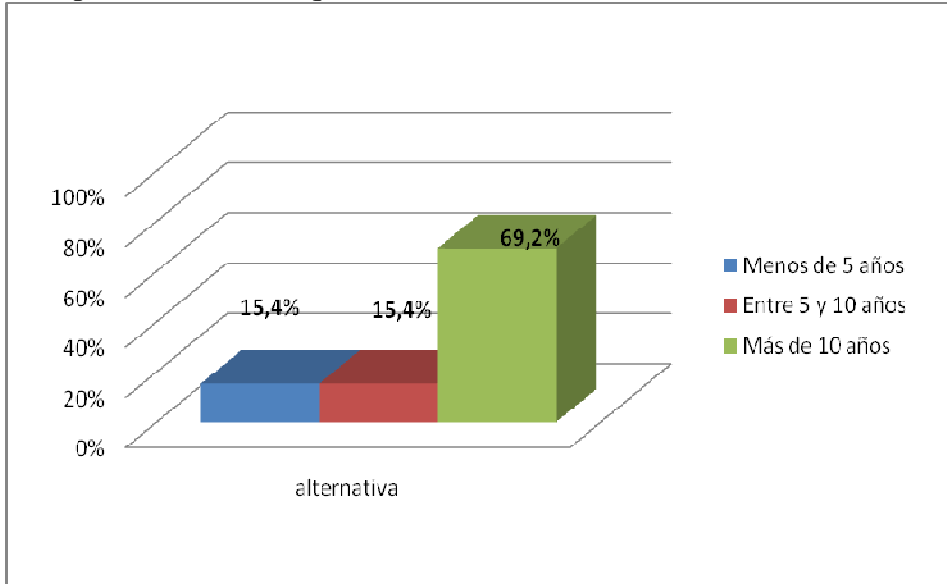


Tiempo de cuidador informal

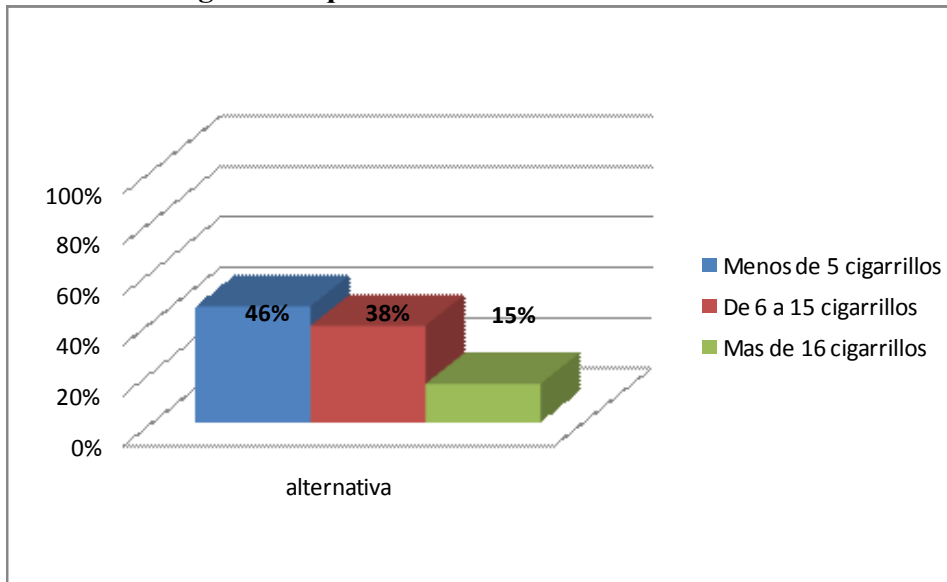


Ítem III: Medidas de autocuidado

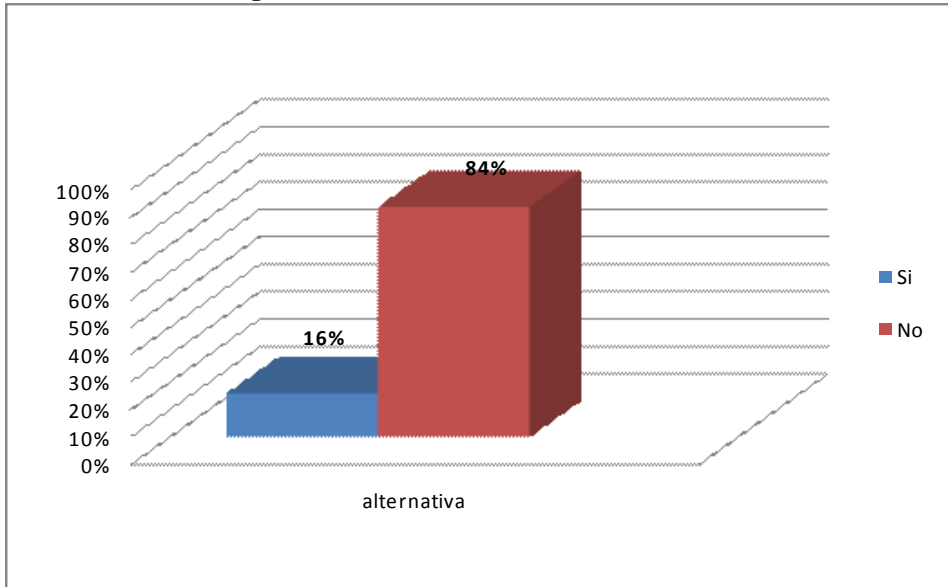
Tiempo de hábito tabáquico



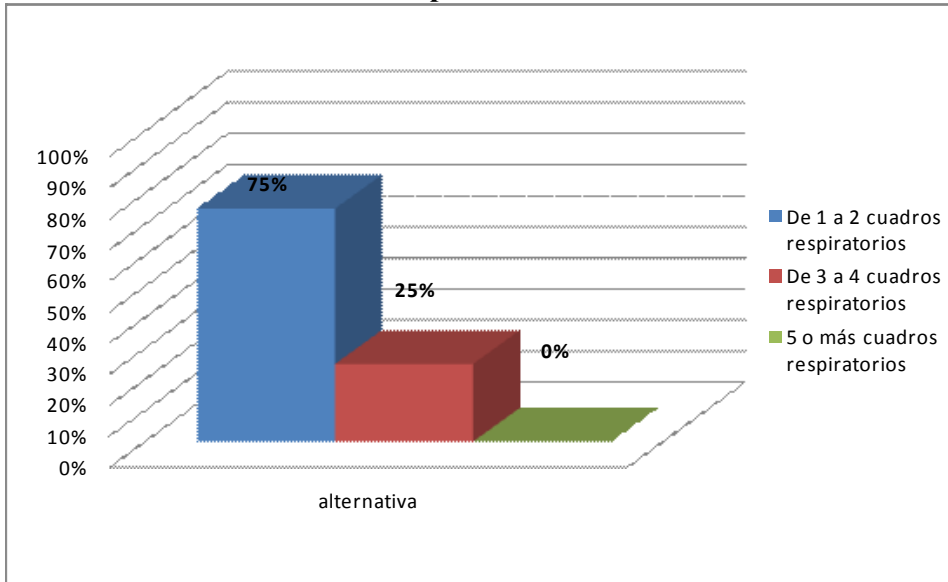
Cantidad de cigarrillos que fuma al día



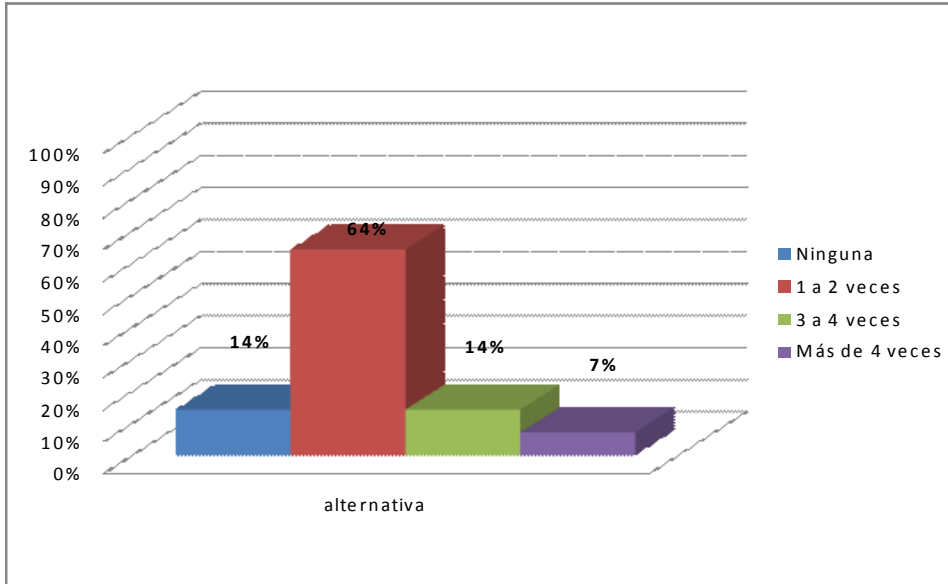
Enfermedades Respiratorias en los últimos 6 meses



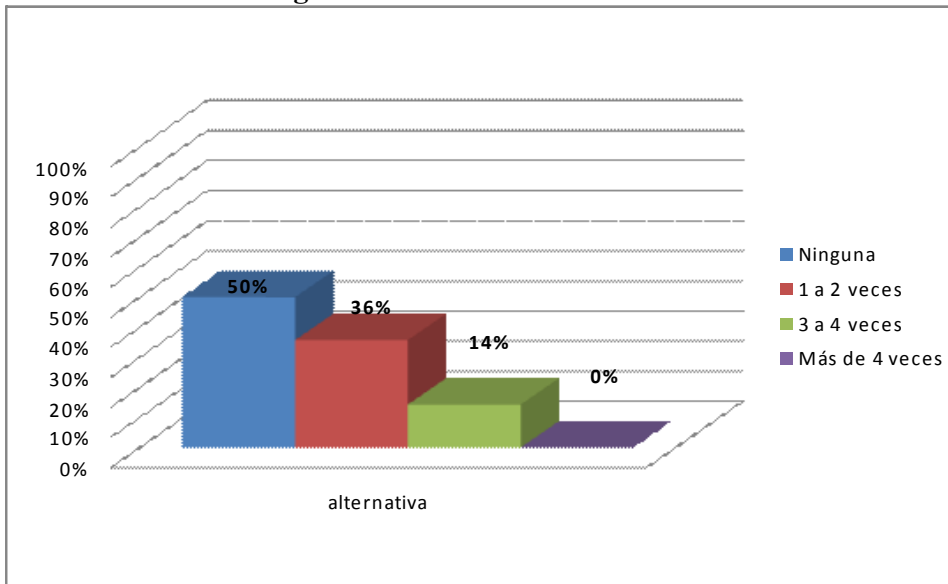
Frecuencia de enfermedades respiratorias en los últimos 6 meses



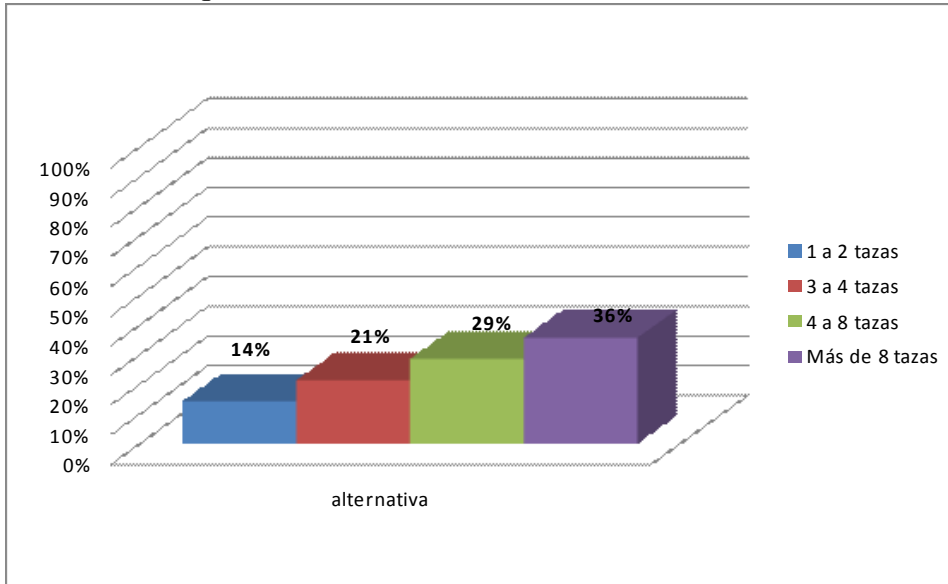
Porciones de verduras al día



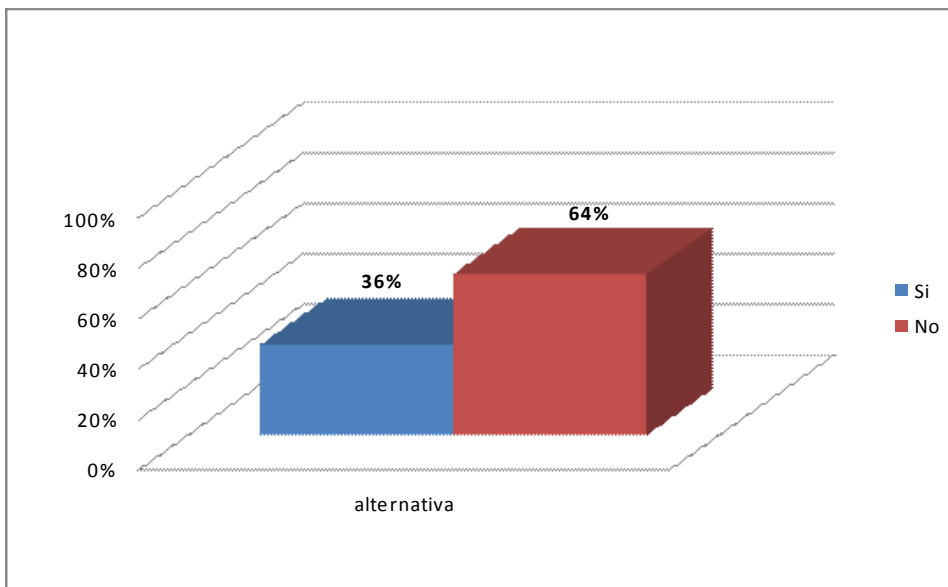
Consumo de comidas grasas en la semana



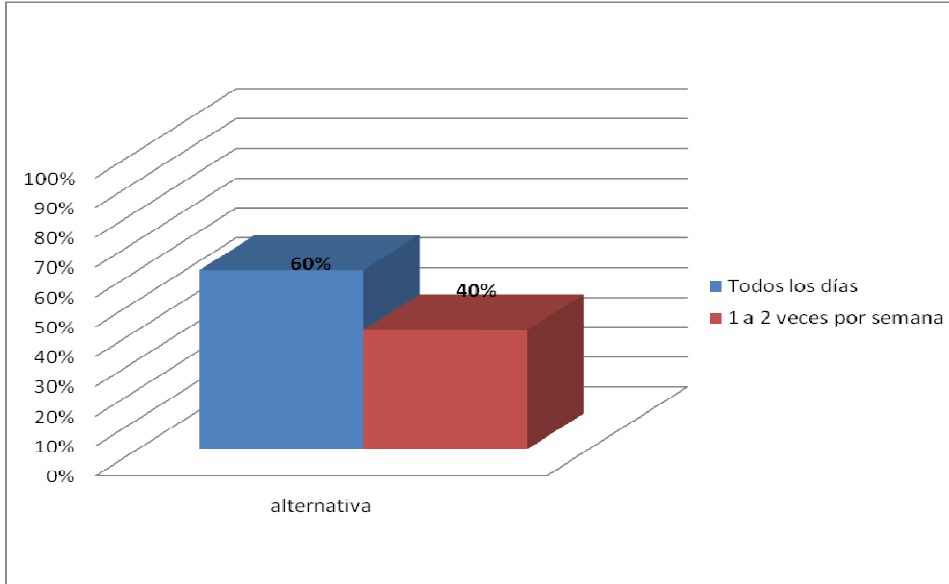
Consumo de líquido al día



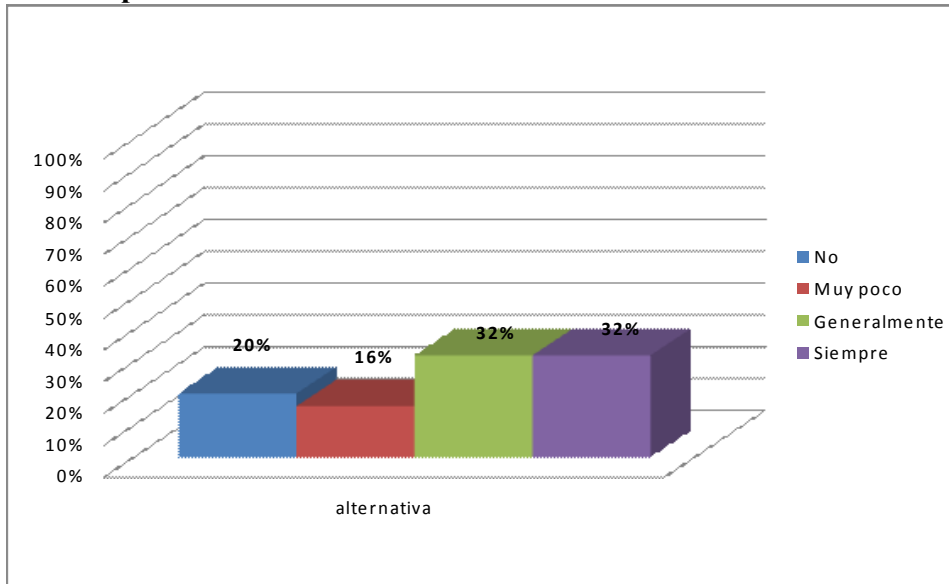
Realización de actividades recreativas



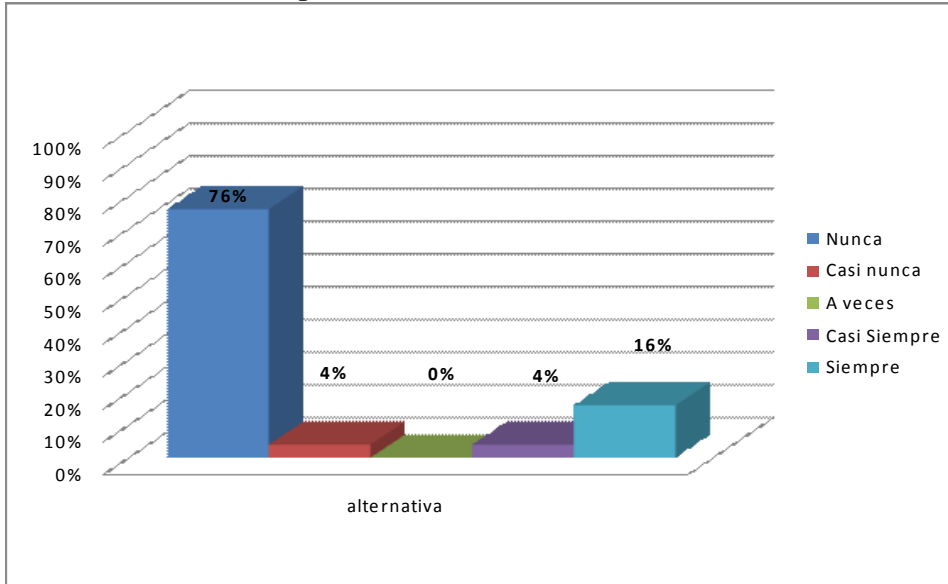
Frecuencia de realización de actividad física



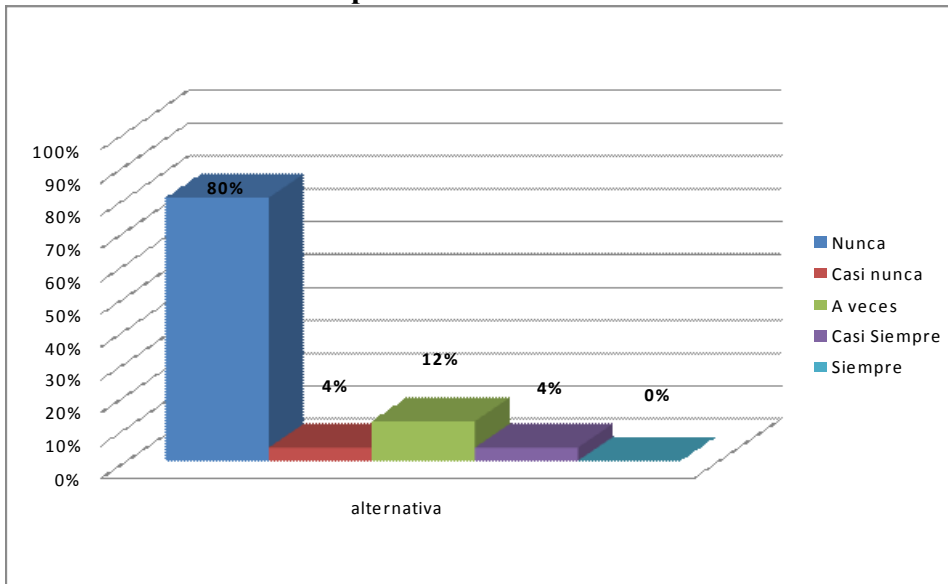
Sueño reparador



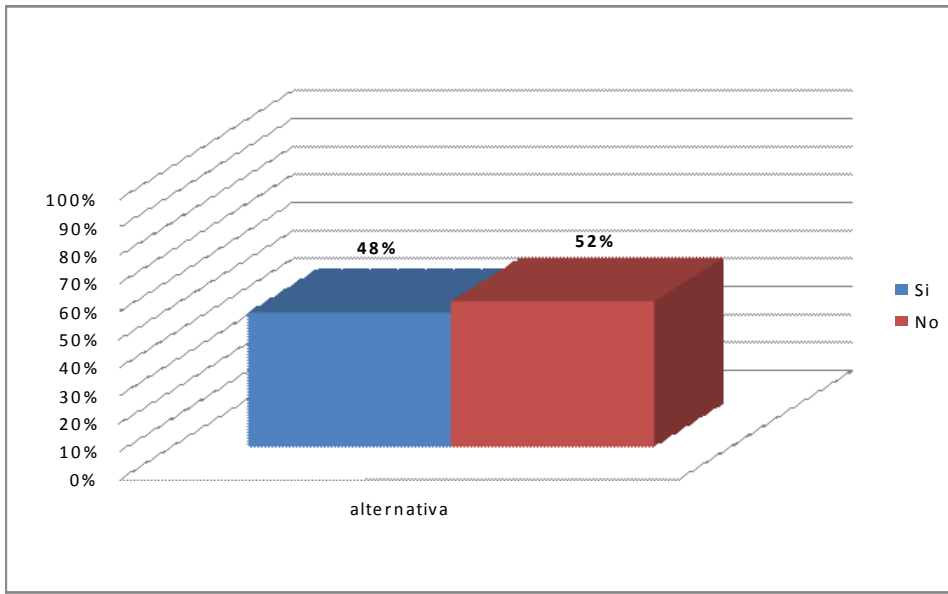
Uso de medicamentos para dormir



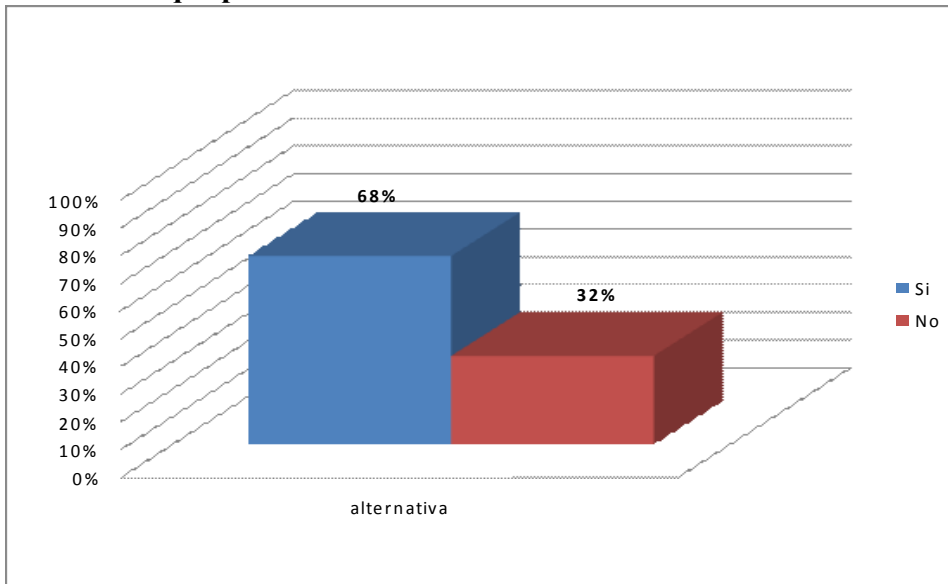
Uso de métodos naturales para conciliar el sueño



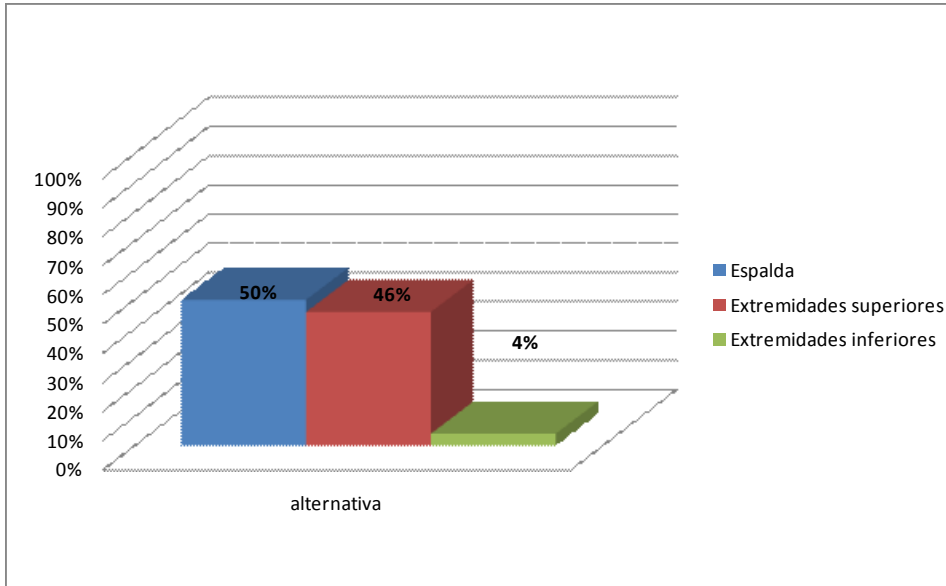
Cuidadores que han recibido educación acerca de cómo movilizar y/o trasladar a su familiar



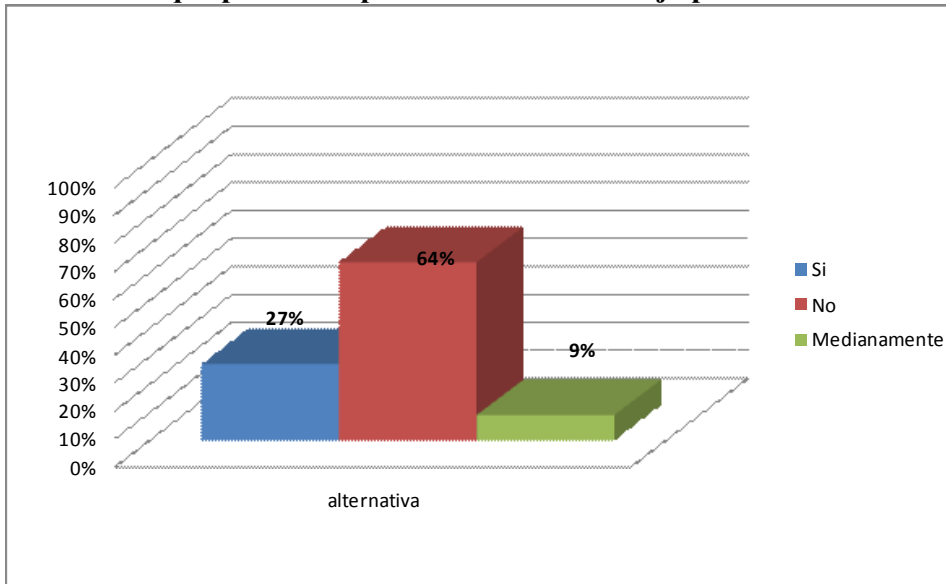
Cuidadores que presentan molestias al movilizar a su familiar



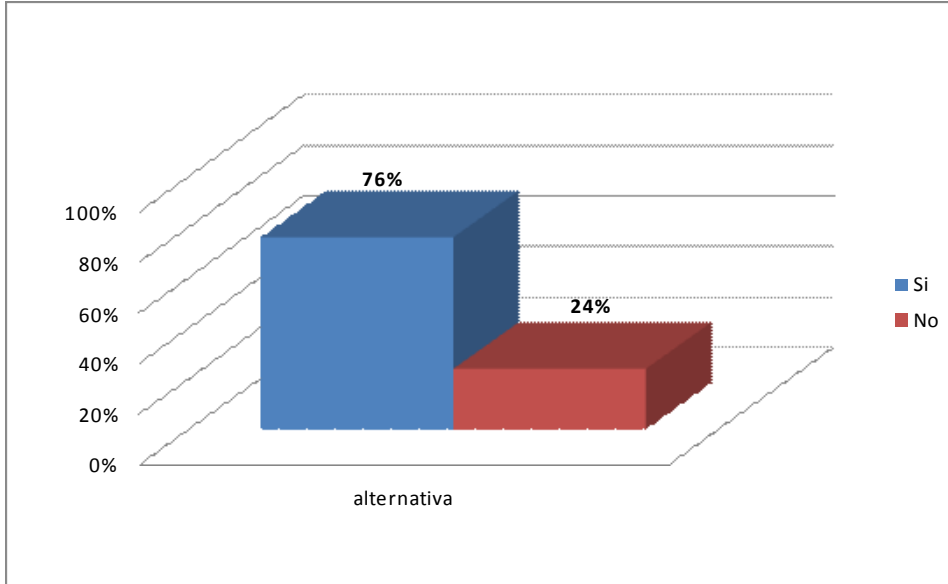
Ubicación del dolor



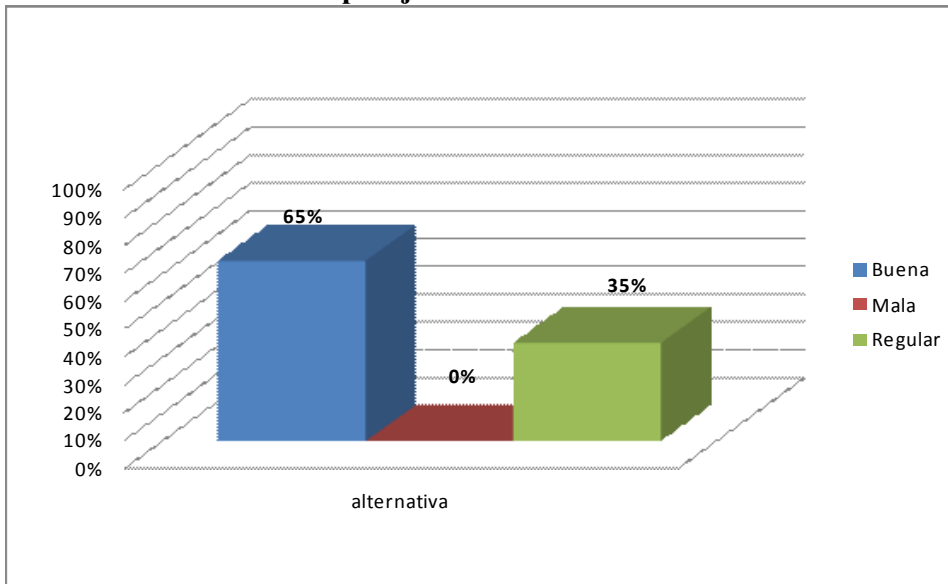
Cuidadores que presentan problemas en su trabajo por su rol de cuidador



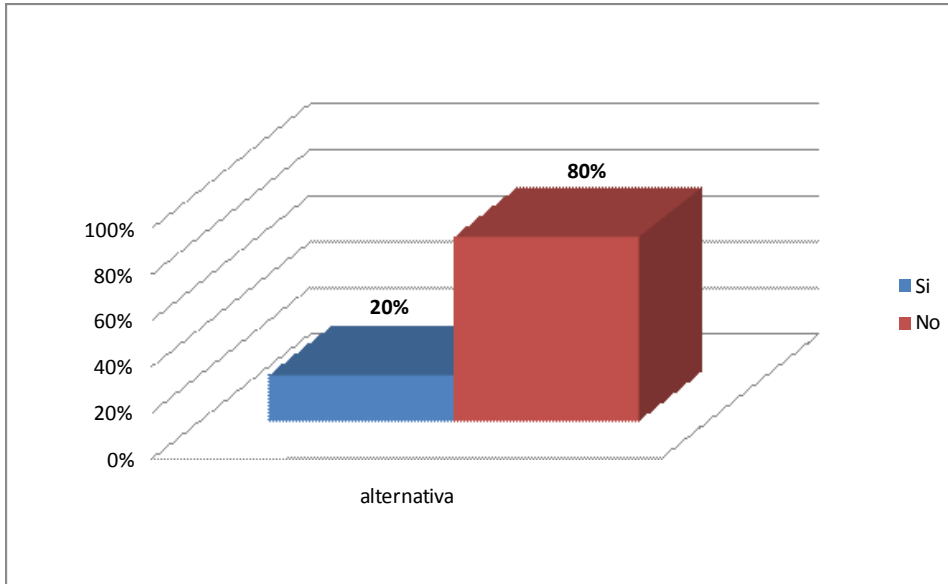
Cuidadores que trabajaron antes de cuidar a su familiar



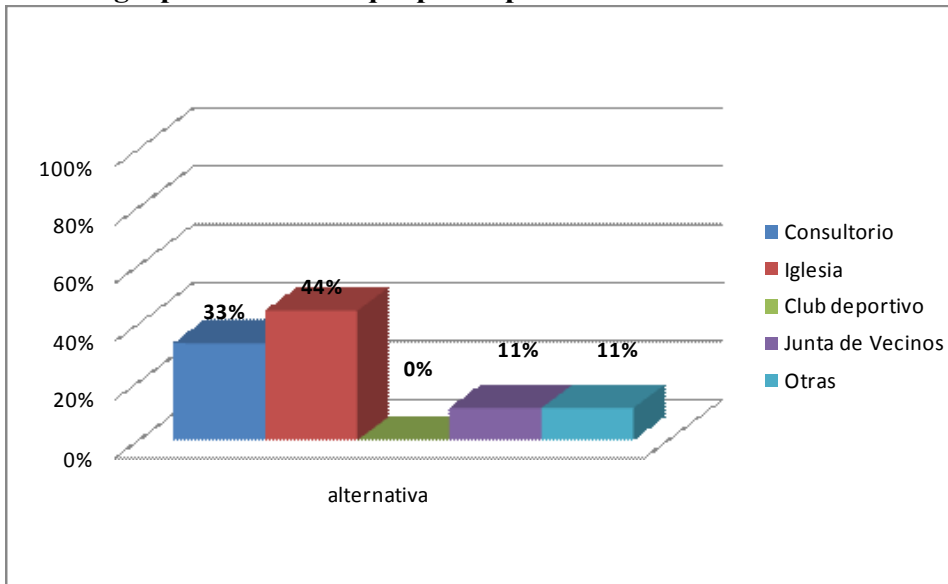
Calidad de la relación de pareja de los cuidadores



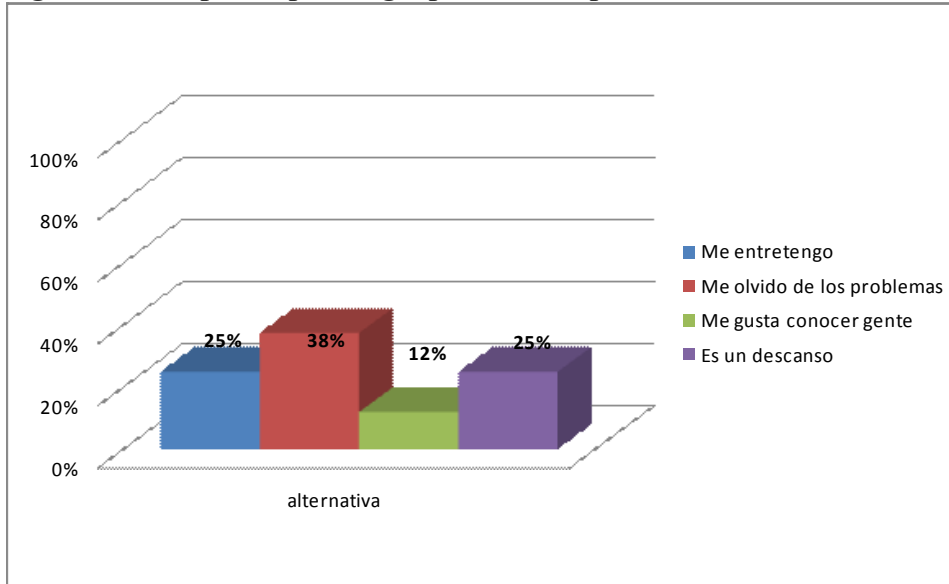
Cuidador satisfecho con su vida sexual



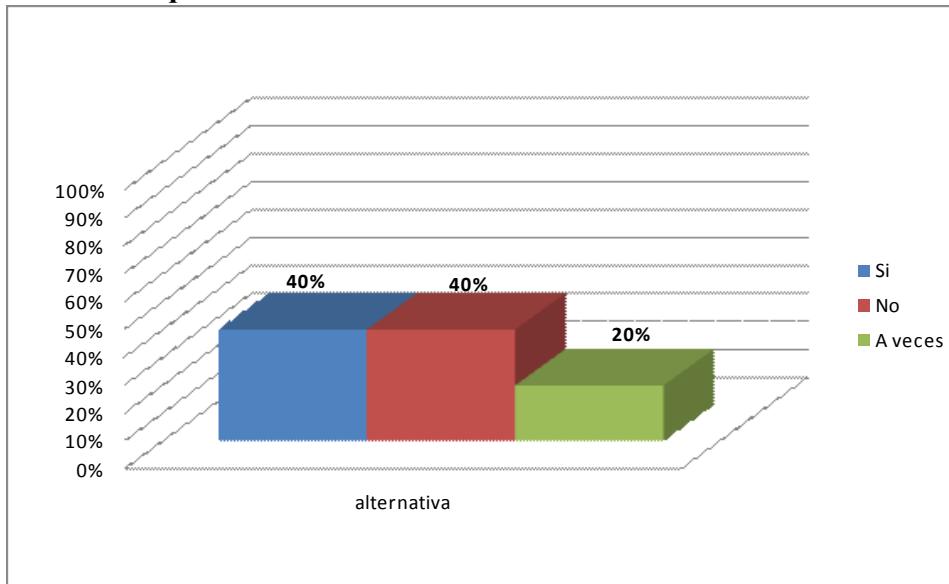
Redes o grupos sociales en que participan los cuidadores



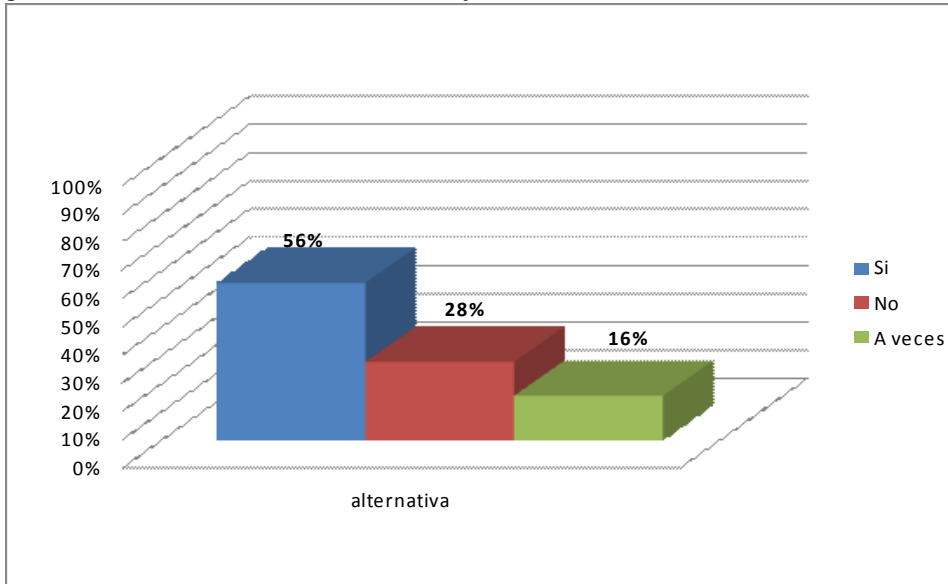
Significado de participar en grupos sociales para el cuidador



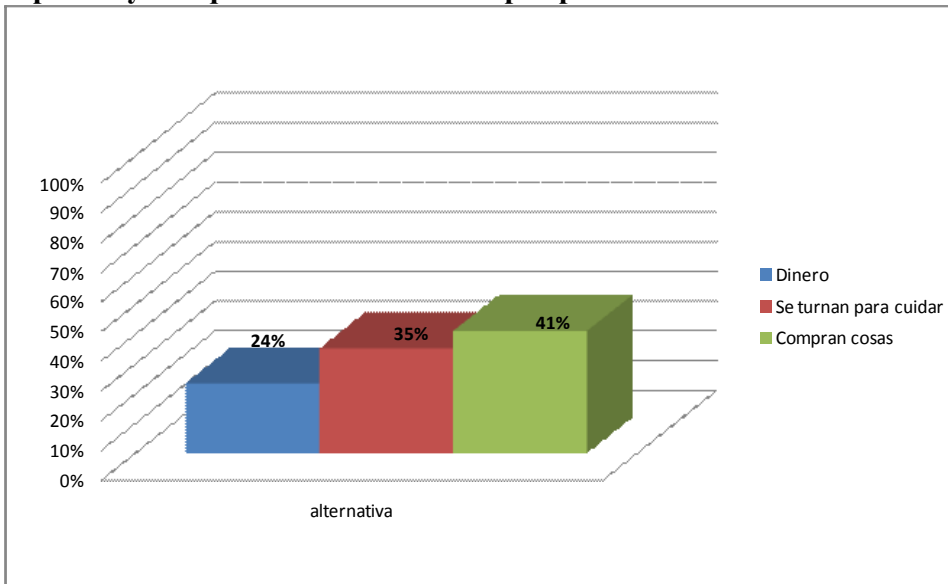
Desde que cuida a su familiar ¿usted considera que le falta tiempo para hacer otras actividades que desea?



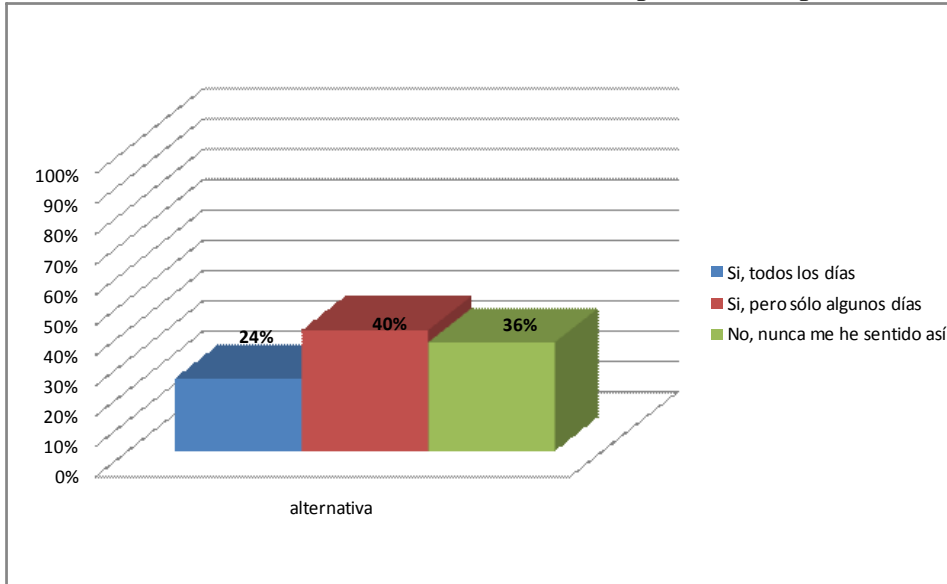
¿Otros miembros de la familia le ayudan a cuidar a su familiar?



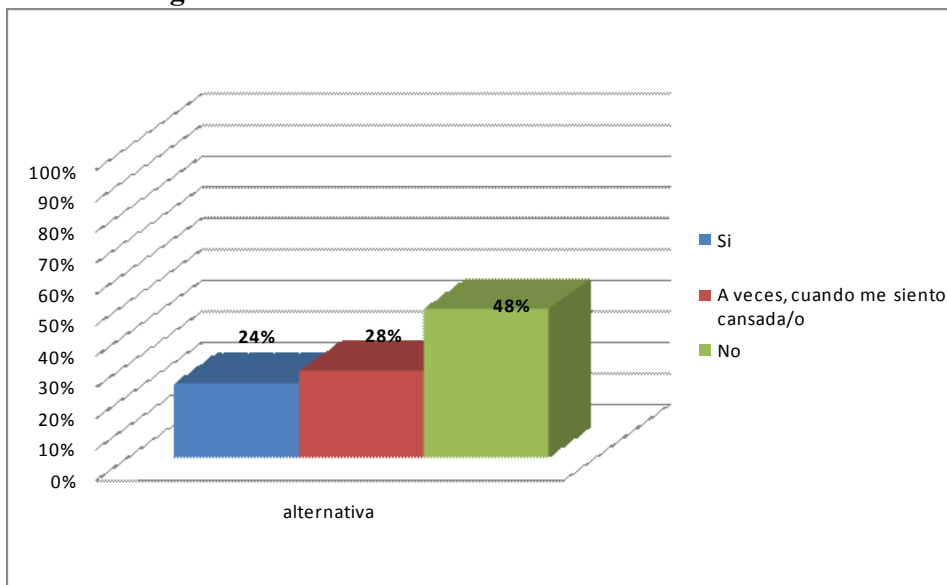
Tipo de ayuda que recibe el cuidador por parte de otros familiares



Verbalización del cuidador de sentirse triste, deprimida/o o pesimista



Sentimiento de no disfrutar o pérdida de interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas al cuidador



Sentimiento de apoyo emocional por parte de la familia del cuidador

