
BIENESTAR SUBJETIVO EN CUIDADORES
ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES
A CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE
QUILLOTA.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería

Docente Guía:

Vidal Ortega, Johana

Autoras:

Fuentes Heredia, Betzabeth

Pérez Jorquera, Fernanda

Vargas Gálvez, Zahira

Valparaíso, 2014

I. AGRADECIMIENTOS

El presente estudio de investigación está dedicado a todas las personas e instituciones que lo hicieron posible; a nuestras familias y especialmente a nuestra profesora guía, Sra. Johana Vidal, quien con su calidez y buen humor supo motivarnos para sacar este proyecto adelante, también por su constante colaboración y confianza depositada.

Agradecemos a los centros de salud por su disposición al desarrollo del estudio y, de sobremanera, a las personas que nos brindaron las vivencias suficientes, las cuales llevaremos en nuestro camino profesional.

II. INDICE DE CONTENIDOS

Capítulo 1: Introducción

1.1	Introducción	2
1.2	Pregunta de Investigación	5
1.3	Objetivos Generales y específicos	6

Capítulo 2: Marco Referencial

2.1	Antecedentes	8
2.1.1	Aspectos generales	8
2.1.2	Envejecimiento y vejez	9
2.1.3	Adulto Mayor	11
2.1.3.1	Dimensión Física	12
2.1.3.2	Dimensión Psicológica y Cognitiva	13
2.1.3.3	Dimensión Social	13
2.1.4	Dependencia del Adulto Mayor	14
2.1.5	Programa de Atención Domiciliaria	18

2.2	Marco conceptual	19
2.2.1	El Cuidador de la persona dependiente y Bienestar	19
2.2.1.1	Bienestar	20
2.2.1.2	Bienestar Subjetivo	22
2.2.2	Contexto Sociocultural: <i>Teoría del Sol Naciente</i> de Madeline Leininger	26

2.3	Definición y Operacionalización de variables	30
------------	---	----

Capítulo 3: Materiales y métodos

3.1	Diseño de la investigación	39
3.2	Población en estudio	39
3.3	Selección de la muestra	40
3.4	Descripción de o los instrumentos	40
3.5	Procedimiento de recolección de datos	41
3.6	Prueba piloto	42
3.7	Procesamiento y análisis de datos	43
3.8	Consideraciones éticas	43

Capítulo 4: Resultados

4.1 Características de la muestra	46
4.2 Análisis descriptivo	46
4.2.1 Resultados del Instrumentos Biosociodemográfico	46
4.2.1.1 Edad y Sexo	46
4.2.1.2 Experiencia del Cuidador	48
4.2.1.3 Parentesco	49
4.2.1.4 Escolaridad del Cuidador	50
4.2.1.5 Previsión del Cuidador	51
4.2.1.6 Enfermedades Crónicas y Estilos de Vida	52
4.2.1.7 Redes de Apoyo del Cuidador	55
4.2.2 Resultados de Escala de Bem-Estar Positivo de Cuidadores Familiares	
4.2.2.1 Sentimientos Positivos	57
4.2.2.1.1 Sentimientos Negativos	59
4.2.2.2 Satisfacción y Estilo de Vida	61
4.2.2.2.1 Relaciones Interpersonales	61
4.2.2.2.2 Religión y Valores	62
4.2.2.2.3 Situación Económica	63
Capítulo 5: Discusión, conclusiones y sugerencias	
5.1 Discusión	65
5.2 Limitaciones de la investigación	68
5.3 Conclusiones	69
5.4 Sugerencias	71
Referencias Bibliográficas	73
Anexos	79

III. INDICE DE ANEXOS

- ANEXOS

ANEXO N°1: <i>Instrumento Biosociodemográfico</i>	79
ANEXO N°2: <i>Escala de Bienestar Subjetivo de Cuidadores Familiares</i>	80
ANEXO N°3: <i>Carta de Autorización Instrumento</i>	81
ANEXO N°4: <i>Carta de Autorización Quillota</i>	82
ANEXO N°5: <i>Carta de Compromiso</i>	83
ANEXO N°6: <i>Carta de Compromiso</i>	84
ANEXO N°7: <i>Carta de Compromiso</i>	85
ANEXO N°8: <i>Carta de Compromiso</i>	86
ANEXO N°9: <i>Consentimiento Informado</i>	87
ANEXO N°10: <i>Flujograma de Derivación</i>	89
ANEXO N°11: <i>Flujograma de Pesquisa De Labilidad Emocional</i>	90

- **TABLAS**

Tabla N° 1: “Edad de los Cuidadores”	91
Tabla N° 2: “Distribución de la Edad de los Cuidadores”	91
Tabla N° 3: “Sexo de los Cuidadores”	91
Tabla N° 4: “Máxima y Mínima en Edad/ Sexo”	92
Tabla N° 5: “Experiencia de los Cuidadores”	92
Tabla N° 6: “Distribución de años de Experiencia de los Cuidadores”	92
Tabla N° 7: “Distribución del Parentesco de los Cuidadores”	93
Tabla N° 8: “Distribución de la Escolaridad del Cuidador”	93
Tabla N° 9: “Distribución de la Previsión de Salud del Cuidador”	94
Tabla N° 10: “Distribución de las Enfermedad Crónicas y Estilos de Vida del Cuidador”	94
Tabla N° 11: “Distribución de Otras Enfermedades del Cuidador”	95
Tabla N° 12: “Distribución de los Cuidadores que presentan Depresión”	95
Tabla N° 13: “Distribución de la Presencia de Red de Apoyo en el Cuidador”	96
Tabla N° 14: “Distribución de la presencia e intensidad de Entusiasmo”	96
Tabla N° 15: “Distribución de la presencia e intensidad de Gusto”	96
Tabla N° 16: “Distribución de la presencia e intensidad de Felicidad”	97
Tabla N° 17: “Distribución de la presencia e intensidad de Confianza”	97
Tabla N° 18: “Distribución de la presencia e intensidad de Angustia”	97
Tabla N° 19: “Distribución de la presencia e intensidad de Sufrimiento”	98
Tabla N° 20: “Distribución de la presencia e intensidad de Tristeza”	98
Tabla N° 21: “Distribución de la presencia e intensidad de Desánimo”	98
Tabla N° 22: “Distribución de la Frecuencia de Número de amigos”	99
Tabla N° 23: “Distribución de la Frecuencia de la Comunicación familiar”	99
Tabla N° 24: “Distribución de la Frecuencia de las Relaciones de amistad”	99
Tabla N° 25: “Distribución de la Frecuencia de la Práctica de la religión y/o valores”	100

Tabla N° 26: “Distribución de la Frecuencia de la Práctica de la religión y/o valores en la familia”	100
Tabla N° 27: “Distribución de la Frecuencia de los Resultados de la práctica”	101
Tabla N° 28: “Distribución de la Frecuencia de Dinero para diversión”	101
Tabla N° 29: “Distribución de la Frecuencia de Dinero para adquisición de bienes”	101
Tabla N° 30: “Distribución de la Frecuencia de Dinero para gastos diarios”	102
Tabla N° 31: “Distribución de la Frecuencia de Dinero para gustos personales”	102
Tabla N°32: “Distribución de la Frecuencia de la Situación económica actual”	103
Tabla N°33: “Distribución de la Frecuencia de los Logros permitidos”	103

- GRÁFICOS

Gráfico N° 1: “ <i>Distribución de la Edad de los Cuidadores</i> ”	47
Gráfico N°2: “ <i>Distribución de Sexo de los Cuidadores</i> ”	47
Gráfico N° 3: “ <i>Distribución de años de Experiencia de los Cuidadores</i> ”	48
Gráfico N°4: “ <i>Distribución del Parentesco de los Cuidadores</i> ”	49
Gráfico N°5: “ <i>Distribución de la Escolaridad del Cuidador</i> ”	50
Gráfico N°6: “ <i>Distribución de la Previsión de Salud del Cuidador</i> ”	51
Gráfico N°7: “ <i>Distribución de las Enfermedades Crónicas y Estilos de Vida de los Cuidadores</i> ”	53
Gráfico N°8: “ <i>Distribución de la Presencia de otras Enfermedades Crónicas en los Cuidadores</i> ”	54
Gráfico N°9: “ <i>Distribución de las Personas Portadoras de Depresión</i> ”	55
Gráfico N°10: “ <i>Distribución de la Presencia de Red de Apoyo en el Cuidador</i> ”	56
Gráfico N°11: “ <i>Distribución del Tipo de Red de Apoyo hacia el Cuidador</i> ”	56
Gráfico N°12: “ <i>Distribución Porcentual de la presencia e intensidad de los Sentimientos Positivos en Cuidadores</i> ”	58
Gráfico N°13: “ <i>Distribución Porcentual de la presencia e intensidad de los Sentimientos Negativos en Cuidadores</i> ”	60
Gráfico N°14: “ <i>Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción frente a las Relaciones Interpersonales en Cuidadores</i> ”	61
Gráfico N°15: “ <i>Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Religión y/o Valores en el Cuidador</i> ”	62
Gráfico N°16: “ <i>Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción frente a la Situación Económica del Cuidador</i> ”	63

IV. RESUMEN

La presente investigación corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal que tiene por objeto describir el bienestar subjetivo de los cuidadores adultos mayores familiares de persona adscritas al Programa de Atención Domiciliaria Integral (PADI) del Departamento de Salud de Quillota.

Se trabajó con una población total de 50 personas, las cuales, cumplían los criterios de exclusión e inclusión.

La metodología de recolección de datos se basa en la aplicación de dos instrumentos: el Instrumento Biopsicosociodemográfico, que tiene por objetivo describir los factores biológicos, psicológicos, sociales y demográficos de los cuidadores familiares. El segundo instrumento, Escala de *Bem-Estar* Subjetivo de Cuidadores Familiares EBEMS/CFAM, diseñado por la Dr. Miriam Domínguez Guedea; pretende explorar, en el último mes, la intensidad de los sentimientos positivos y negativos y la satisfacción con la vida en diferentes dominios.

En conclusión, la persona adulto mayor que se desempeña como cuidador principal informal de una persona dependiente obedece a un perfil; son mujeres entre 60 y 85 años portadoras de al menos una patología crónica, que tienen red de apoyo y se encuentran satisfechas con cada dimensión de sus vidas. Además, presentan en mayor intensidad en los sentimientos de confianza y angustia, por el contrario, entusiasmo y sufrimiento.

Palabras claves: adulto mayor, cuidador, bienestar subjetivo, sentimientos, satisfacción.

V. ABSTRACT

The present research corresponds to a quantitative, descriptive, and transversal study whose main objective is describing the subjective welfare of the family carers of elderly of people assigned to the “Programa de Atención Domiciliaria Integral (PADI)” of Quillota's Health Department.

Fifty people were selected from a universe of one hundred and thirty subjects; a representative number of the total population defined through the implementation of inclusive and exclusive criteria.

The gathering of information methodology is based on the use of two instruments: The Biopsychosociodemographic Instrument, whose objective is to describe the biological, psychological, social, and demographic factors of the family carers; and The EBEMS/CFAM Subjective Welfare Scale of Family Carers – designed by Dr. Miriam Dominguez Guedea – that aims to explore the intensity of the positive and negative feelings as well as the level of satisfaction regarding life in different areas.

To sum up, the senior citizen that fits the role of informal main carer of a dependent person responds to a certain profile: they are women whose age goes from 60 to 85 years old, who suffer at least one chronic pathology, who perceive a supportive environment, and feel satisfied in every dimension of their lives. In addition, they express trust and anguish in a higher intensity; contrary to their level of enthusiasm and suffering.

Keywords: elderly, carer, subjective welfare, feelings, satisfaction.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

Actualmente, nuestro país vive un proceso de transición demográfica avanzada como consecuencia de los cambios epidemiológicos de las últimas décadas, referidos a la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad. Esta situación ha modificado la estructura de la pirámide poblacional, dejando a los adultos mayores como población predominante, ya que actualmente existen 2,6 millones de personas mayores de 60 años (1). Además, la esperanza de vida supera a la de generaciones anteriores con 75,74 años para los hombres y 81,19 años para las mujeres (2).

Este panorama epidemiológico nacional no difiere mucho del internacional, ya que, según datos de la Organización mundial de la salud (OMS), se prevé que el año 2025 habrá 875 millones de adultos mayores en el mundo. Dicha cifra representa un incremento de 281% en relación a la cantidad que existía en el año 1970 (3).

En Chile, la tendencia se confirma y es así como actualmente el 15,6% de la población del país supera los 60 años de edad (4) posicionando a nuestro país como el segundo más envejecido a nivel latinoamericano, superado sólo por Uruguay (5). Respecto del índice de envejecimiento (que corresponde a la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes.) Valparaíso constituye la segunda región con mayor población de adultos mayores en el país, con un índice de envejecimiento de 96,7%; indicador que incluso es superado por las comunas de El Tabo y El Quisco (6).

No obstante, pese a que las cifras demuestran que hay más adultos mayores y que la población vive más años, esto no se traduce, necesariamente, en una vejez saludable, ya que han ido emergiendo enfermedades asociadas a estilos de vida no saludables.

Nos referimos principalmente a diabetes e hipertensión, patologías caracterizadas por ser crónicas, es decir, de permanencia prolongada y cuidados continuos. Si estos cuidados son insuficientes o inadecuados, producen complicaciones, las que sumadas a los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales propios de la vejez, provocan un mayor deterioro en el adulto mayor. De esta manera el adulto mayor pasa fácilmente desde un estado de debilidad a uno de fragilidad y posteriormente a la dependencia de otro u otra en su cuidado.

La tarea, entonces del cuidado, es asumida en primera instancia por su núcleo más cercano, es decir, la familia. En ella, generalmente una mujer (7), de manera inesperada y sin los conocimientos necesarios se transforma en un cuidador informal, entendiéndose tal como “persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de los cuidados y apoyo diario a quien padece de una enfermedad o requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin percibir remuneración económica por ello” (8).

Sin embargo, en este nuevo escenario epidemiológico de longevidad, es cada vez más frecuente que los cuidadores informales sean personas también adultos mayores, lo que plantea un panorama distinto a los servicios de salud y obligaría a rediseñar políticas públicas (7). Tenemos entonces a cuidadores adultos mayores y personas dependientes del mismo grupo etéreo. Cabe precisar que se entiende por persona dependiente, aquella que por motivos de edad, enfermedad o discapacidad y ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa de carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (9).

Esta relación de cuidador adulto mayor, generalmente mujer que bordea o supera los 60 años, y la persona dependiente, de edad similar o mayor, genera problemas de diferente orden. Se caracteriza, por el apoyo recíproco que se da dentro de un frágil equilibrio y de un lento deterioro de los dos, cada uno apoyándose en función de lo que cada uno puede soportar todavía (7).

El cuidador adulto mayor, no solo se ve enfrentado a los múltiples cambios de su propia vejez, sino que paralelamente se ve envuelto en el rol, no menor, de cuidar a otro adulto mayor tanto o más frágil que él. Va experimentando, entonces, la sobrecarga física y emocional de los cuidados, situación que repercute directa y negativamente sobre su salud, generando alteraciones en su bienestar subjetivo, el cual se refiere a los juicios y evaluaciones que se dan en torno de la satisfacción personal con la vida, así como con el equilibrio de las experiencias afectivas positivas y negativas (3).

Son escasas las investigaciones en relación al bienestar subjetivo, entre ellas destaca el estudio realizado por la Doctora en psicología Miriam Dominguez Guedea en los años 2009 (Brasil) y 2010 (México). Estudio denominado “Validación Exploratoria de la Escala de Bienestar

Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2”: en los cuales se considera estadísticamente confiable la aplicación del instrumento EBEMS/CFAM, además recalca que el bienestar de los adultos mayores en buena medida depende del bienestar de quienes les provee cuidados (3).

El estudio enfatiza en la importancia de conocer y cuidar el bienestar del cuidador, no sólo por razones válidas para él, sino también por las consecuencias en las tareas del cuidado y en las relaciones entre el adulto mayor y su cuidador. En general, la mayoría de los antecedentes bibliográficos coinciden en que en un alto porcentaje, los cuidadores enfrentan malestar psíquico, principalmente ansiedad y depresión, además de repercusiones importantes en la salud física. Estos malestares van unidos a aislamiento social, falta de tiempo libre, deterioro de la situación económica y calidad de vida (3).

A nivel nacional, diversas políticas públicas se han creado para acoger y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Servicios gubernamentales como Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) han trabajado para reformular las estructuras de servicios y prestaciones sanitarias. Una de estas iniciativas, contenidas en el paquete 6B del primer Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, permitió crear el Programa de Postrados. Dicha intervención se unió a la política de “envejecimiento positivo”, instaurada durante el Gobierno del Presidente Sebastián Piñera, que busca promover un envejecimiento consciente, saludable y positivo, fomentando la participación social, familiar y cultura de los adultos mayores (1).

Sin embargo, estas políticas públicas solo consideran al adulto mayor adscrito al programa de dependencia y a los cuidados que éste recibe por parte de la familia, pero deja de lado las necesidades, problemas y conflictos del cuidador y menos aún considera las características propias del cuidador, cuando éste es también un adulto mayor.

A la luz de los antecedentes reunidos en esta investigación, debe trabajarse en la situación, ya que, como lo señala el estudio relacionado con el tema de Domínguez Guedea, hay una estrecha relación entre los cuidados que otorga el cuidador con la calidad de vida de la persona

dependiente, por lo que si se descuida el bienestar subjetivo del cuidador se está afectando directamente al que recibe los cuidados y la calidad de los mismos.

Al déficit en Chile de políticas públicas específicas para cuidadores adultos mayores, se suma la escasez de investigaciones sobre este grupo, demostrando que los profesionales se preocupan solo de la situación del paciente y nunca del cuidador (8). Realidad que puede ser revertida por medio de la investigación en el área, aumentando y difundiendo el conocimiento, haciendo más factible la pesquisa e intervención de patologías que tienen estrecha relación con el bienestar subjetivo, como lo es, la depresión en adultos mayores. De esta forma se lograría mantener cuidadores adultos mayores en las mejores condiciones posibles: activos, educados, apoyados y estimulados en su labor, acogidos y escuchados en sus necesidades, con intervenciones atingentes a su realidad. Así se impactaría en la calidad de los cuidados que otorgan a uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el bienestar subjetivo de los cuidadores adultos mayores que son cuidadores familiares de personas adscritas al Programa de Atención Domiciliaria Integral (PADI) del Departamento de Salud de Quillota.?

1.3 Objetivos generales y específicos

Objetivo General:

Describir el bienestar subjetivo de los cuidadores adultos mayores familiares de personas adscritas al Programa de Atención Domiciliaria Integral (PADI) perteneciente al Departamento de Salud Municipal de Quillota durante los meses de septiembre a diciembre del 2013.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características biopsicosociales de los cuidadores principales de 60 años y más de personas adscritas al Programa de Atención Domiciliaria Integral (PADI) perteneciente al Departamento de Salud Municipal de Quillota.
2. Determinar la intensidad de sentimientos positivos presentes en el último mes en la población en estudio.
3. Determinar la intensidad de sentimientos negativos presentes en el último mes en la población en estudio.
4. Identificar el grado de satisfacción frente a las relaciones interpersonales de la población en estudio.
5. Identificar el grado de satisfacción frente a la religión y valores de la población en estudio.
6. Identificar el grado de satisfacción frente a la situación económica de la población en estudio.

CAPITULO 2

MARCO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes

2.1.1 Aspectos generales

El envejecimiento – proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo – cada vez se encuentra más avanzado en el mundo lo que ha provocado cambios demográficos y por tal un proceso de “transición demográfica”; entiéndase por esto al evento que se desarrolla por largos años donde se produce un bajo crecimiento demográfico a causa de la disminución de la tasa de natalidad y mortalidad.

En América Latina y el Caribe se evidencia el desarrollo de esta transición; Chile, en comparación a otros países, se encuentra en un tipo de transición avanzada junto a; Argentina, Cuba y Uruguay donde el crecimiento poblacional es menor al 1%, en cambio, otros países latinoamericanos; Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y entre otros, poseen un desarrollo que es cercano al 2% y más (10).

La rápida transición demográfica producto del descenso de la natalidad y mortalidad, la mayor expectativa de vida de la población y una tasa global de fecundidad de 2,1 por mujer (2), otorga a Chile un perfil asimilable al de países con mayor grado de desarrollo. El descenso porcentual de los menores de 15 años y el aumento de representatividad de los adultos mayores a través del tiempo, incide directamente en el índice de vejez y en la edad media de la población. Uno de los cambios relevantes que ha experimentado la población, es el incremento en el número de años que en promedio viven las personas; para el quinquenio 2010-2015 la esperanza de vida (en años) de los hombres corresponde a 76,12 y para las mujeres 82,20. Es decir, si en el año 1920, a una mujer de 60 años le restaba por vivir en promedio 13 años y a un chileno, de la misma edad, 12, en el Siglo XXI, una mujer de esa edad vive 22 años más y un hombre 16. Si se lleva esta realidad a un plano local, la Región de Valparaíso se posiciona como la segunda con mayor población de adultos mayores con un 55,1 de índice de envejecimiento (11).

Afirmando lo referido anteriormente, el último censo poblacional refleja las siguientes cifras: de los 16.634.603 millones de personas que constituyen la de la población total del país, cerca de 2 millones son adultos mayores, lo que significa que un 13% de la población, tiene 60 años y más (2).

2.1.2 Envejecimiento y vejez

Hablar de envejecimiento y vejez como sinónimos no es correcto, simplemente, ambos conceptos están íntimamente relacionados.

El concepto de envejecimiento se puede referir tanto al envejecimiento individual como al poblacional. El primero se entenderá como el proceso natural de la vida, es decir, desde la concepción y nacimiento de la persona hasta su muerte. Este conlleva cambios fisiológicos y psicosociales. Además, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias. En cambio, el segundo hace referencia a la transformación demográfica de las poblaciones y/o sociedades, se caracteriza por el aumento de la población de adultos mayores con respecto a la infantojuvenil. Causante de ella, son los avances del siglo XX, que han mejorado la salud de las personas, reduciendo la mortalidad y aumentando la esperanza de vida, a través del control de la natalidad y de las enfermedades infectocontagiosas.

Desde este concepto se desprenden otros que contribuyen a la aproximación sobre la calidad de vida de las personas mayores; como son el envejecimiento saludable y el envejecimiento activo.

Por envejecimiento saludable se entenderá aquel donde los factores extrínsecos del envejecimiento compensan los factores intrínsecos, evitando o disminuyendo la pérdida funcional. En este sentido implica un bajo riesgo de sufrir enfermedades o adquirir una discapacidad causada por enfermedad, un alto rendimiento de las funciones físicas y mentales y un compromiso activo con la vida (11).

Por envejecimiento activo se debe entender el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Este concepto es aplicable tanto a individuos como a grupos de población y hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales y espirituales, no estando limitado a las funciones físicas o a la participación laboral. Incluye, por lo tanto, a todas las personas, sean estas frágiles, discapacitadas o con necesidad de asistencia. El envejecimiento activo constituye un concepto más amplio que el envejecimiento saludable al reconocer factores que, junto a lo sanitario, afectan la manera de envejecer de individuos y poblaciones, estando íntimamente relacionado con un enfoque de derechos de las personas mayores, su autonomía e independencia (5).

Por otro lado, la vejez corresponde a una etapa inscrita al final del ciclo vital, por tanto, hace referencia a una circunstancia basada en el tiempo, la edad. Entonces, la vejez está en función del tiempo transcurrido para una determinada persona, es decir, la edad cronológica. Además, se puede dirimir por la edad social; definida en función de roles, actitudes y conductas adecuadas, la percepción subjetiva del propio sujeto y la edad socialmente atribuida. Por medio de esta – edad social – es que nacen los estereotipos, situaciones e ideas asociadas a la vejez.

Esta etapa que si bien puede ser estática, por el contrario, es más bien dinámica ya que está completa de cambios durante y posterior a la transición de adulto a adulto mayor. Ejemplos de estos son; el retiro laboral o jubilación, el cambios de las redes sociales, pérdidas vinculares, la inactividad, dependencia y hasta pérdida del rol social. Por esto, es que la vejez debe ser abarcada desde con una mirada holística y considerando su multiplicidad de factores, para que el adulto mayor se empodere de su propia salud y logre mantener un envejecimiento activo y/o saludable.

2.1.3 Adulto Mayor

La OMS define como Adulto Mayor (AM), a la persona mayor de 65 años y a partir de 1982 introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional. A las personas de 60 a 74 años se les consideran de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas y sobre los 90 años grandes viejos o grandes longevos.

Sin embargo, la edad efectiva de un adulto mayor tiene la consideración en que se puede diferenciar cuatro edades:

En primera instancia se encuentra la **edad cronológica**, corresponde al hecho de cumplir un número de años; los 65 años se consideran como la edad del, propiamente tal, adulto mayor. Si bien es objetiva en su medida ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten igual edad cronológica; no determina la condición de la persona, pues lo esencial no es el transcurso del tiempo sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que lo han rodeado.

En cambio, la **edad fisiológica** está definida por el envejecimiento de sus órganos y tejidos, es decir, la afectación física del individuo. Son cambios que se producen de forma gradual hasta que llegan afectar el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Por otro lado, la **edad psíquica**, es difícil establecer las diferencias a nivel psíquico entre los individuos de edad madura y los individuos ancianos, pues los acontecimientos externos de la vida de cada persona, sociales y afectivos hacen reaccionar a cada una según su personalidad, circunstancias y experiencia vital.

Y, por último, la **edad social** establece el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad, el cual va cambiando según las necesidades económicas y políticas del momento (12), por ejemplo, la jubilación es un proceso del cambio de rol social para la persona Adulta Mayor.

Lo anterior y la definición de vejez apuntan a que el Adulto Mayor es un ser holístico, biopsicosocial, por lo mismo, es que se hace necesario precisar los cambios que sufre éste en cada dimensión y los riesgos que conllevan.

2.1.3.1 Dimensión Física

Según García y cols., corresponde a las modificaciones que afectan tanto a la estructura como la función corporal, donde se puede ver una tendencia a la atrofia y la disminución de la eficacia funcional (13).

Los cambios del sistema músculo esquelético (desmineralización de los huesos, pérdida de masa ósea, osteoporosis y alteraciones en las articulaciones generan dificultad en el equilibrio corporal, alineación y marcha), los cambios funcionales del sistema cardiovascular (aumento de la duración de la contracción ventricular, aumento de la resistencia periférica y presión arterial, etc.), respiratorio (disminución de la capacidad respiratoria máxima, disminución del flujo forzado a la espiración más la reducción de la fuerza de los músculos espiratorios, etc.), nervioso (énfasis en los sentidos), entre otros; generan que la funcionalidad del adulto mayor se vea disminuida o se pierda paulatinamente, al igual que la disminución del espacio vital de éste, por lo tanto, un adulto mayor dependiente de cuidados. Entiéndase funcionalidad geriátrica, como la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana (alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido y baño) e instrumentales (cocinar, realizar las compras, labores domésticas: limpieza de la casa, utilización de teléfono, lavado de la ropa, viajar, toma de medicamento, administración de los gastos personales).

2.1.3.2 Dimensión Psicológica y Cognitiva

García y cols. (13), menciona que dentro de la dimensión psicológica se encuentran los cambios psíquicos atribuibles a la edad y que guardan relación con las modificaciones anatómicas y funcionales en las estructuras cerebrales, modificaciones en las estructuras cognitivas y modificaciones en la afectividad.

La disminución de las funciones cognitivas durante el proceso de envejecimiento y, más aún, en la vejez puede ser una gran amenaza para el bienestar e integridad de la persona. Muchas personas ancianas, por ejemplo, refieren la pérdida de memoria con mayor angustia, que un dolor crónico, o toleran peor la falta de relación familiar que un determinado proceso de enfermedad (13). Por lo que, el enlentecimiento de las capacidades intelectuales es un factor clave de los cambios psíquicos; manifestándose en la fatiga intelectual, la pérdida de interés, la pérdida de atención y/o dificultad en la concentración. Además, la agilidad mental cuanto a la coordinación de movimientos está en declive. Esto precisa que la persona senescente requerirá mayor energía y tiempo para el proceso de adaptabilidad; afectando su funcionalidad e independencia.

2.1.3.3 Dimensión Social

Por último en la dimensión social, se asocia al cambio de rol del adulto mayor tanto individual como social. Este se vivencia con íntima relación al envejecimiento individual, cambios físicos y funcionales del organismo, capacidad de adaptabilidad y reconocimiento de las competitividades. Por tanto, el individuo de mayor edad llevará una vida satisfactoria si es capaz de reconocer sus limitaciones y planificar su vida entorno a ellas y sus destrezas. De forma contraria, el adulto mayor llevará un estilo de vida que le generará pérdida de la autoafirmación, daño emocional y aislamiento social provocando el declive de su bienestar. Si se lleva a la teoría de Erikson; en la vejez, la oposición entre la integridad del yo y la desesperanza es lo que estaría en juego. Erikson designa integridad del yo a la seguridad acumulada respecto a la armonía y al significado; a la dignidad del propio estilo de vida contra toda amenaza física o económica; y al sentimiento de integración en la cultura. De modo que el individuo que ha sabido cuidar y cuidarse, adoptará sus triunfos y desilusiones como inherentes al hecho de haber sido generador de productos e ideas en

un madurar gradual, junto con otros, a lo largo de todo su ciclo de vida. A ese ideal es a lo que Erikson denomina sabiduría. Se corresponde a una actitud contemplativa y básicamente satisfecha e integrada. Por el contrario, la desesperanza traduciría un malestar consigo mismo bajo la forma de sentimientos de frustración, desgano, duda, vergüenza, ineficacia, culpa, soledad, desconfianza, miedo, tristeza y terror a la proximidad de la muerte (14).

Considerando que el Adulto Mayor fue, o aún es, una persona activa – trabajador – cabe hacer hincapié al proceso de jubilación o deceso del rol laboral, proceso en que el adulto mayor ya no es considerado como una persona activa socialmente. Esta pérdida de rol implica una difícil adaptación del individuo frente a su vida social, valores y actividad. Además, puede llevar consigo una serie de consecuencias que repercutirán desde la economía hasta la salud física y psicológica y, por tanto, observándose la afección del bienestar de la persona.

El proceso de envejecimiento, por tanto, resulta en una creciente vulnerabilidad a estrés psicológico, fisiológico y sociológico. El estrés en las personas mayores puede incluir alguna enfermedad, accidentes, viudez, inseguridad económica, etc.

2.1.4 Dependencia del Adulto Mayor

A raíz del aumento de la población adulto mayor y la edad de estos – especialmente la de los mayores de 75 años – es que las demandas por asistencia sanitaria, hospitalizaciones o cuidados en el domicilio irán en aumento; con respecto a este último punto, los adultos mayores en su proceso de envejecimiento aumentan los riesgos de enfermar y de perder su autonomía y funcionalidad, un ejemplo claro de este proceso son los pacientes postrados y dependientes. Si la dependencia se lleva a cifras se observa que un 24,1% de las personas mayores en Chile son dependientes en cualquiera de sus grados; equivalente a 405.539 personas de 60 años o más; 6,7 es dependencia leve, 5,1 es dependencia moderada, 12,4 es dependencia severa. A nivel local – Valparaíso – se observa un total de 21,1 y dependencia leve, moderada y severa con valores de 5,8, 5,2 y 10,0, respectivamente, siendo una tendencia proporcional a la nacional (11). Actualmente, la población de personas de 60 años o más que presentan dificultad física o de

movilidad han ido en un progresivo aumento; así lo muestran los datos del CENSO 2012 (2) donde hay 529.606 personas con algún grado de dependencia, es decir, al 46,30% de la población chilena.

La dependencia se clasifica de severa a leve (11), según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización.

a) Dependencia Severa

Se incluyen dentro de esta categoría a todos los individuos con limitación funcional severa, los cuales, debido a esa condición, siempre necesitan ayuda.

Se incluyen las siguientes situaciones:

- a. Individuos Postrados. Se define como aquellos confinados a su cama.
- b. Sujetos que presenten Demencia de cualquier grado. Se define como puntaje MMSE corto <13 puntos y puntaje test de actividades funcionales de Pfeffer >5 puntos (23, 28).
- c. Presencia de alguna de las siguientes situaciones:
 - Incapacidad para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse).
 - Incapacidad para efectuar 2 AIVD.

b) Dependencia Moderada

Considerando la segunda parte de la definición, es decir la necesidad de ayuda humana, en el caso de existir una limitación funcional moderada que la requiera siempre o casi siempre, se incluye la definición de dependencia moderada, incluyendo las siguientes situaciones:

- Incapacidad para bañarse.
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 ABVD.
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar 3 AIVD.
- Incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD.

c) Dependencia Leve

La dependencia leve se ha definido como

- Incapacidad para efectuar 1 AIVD.
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD.
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD.

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud. En 1974, Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente – incluyendo el social en un sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. Se demostró que las enfermedades causadas por los estilos de vidas insanos ocasionaban al sistema un elevado coste económico como consecuencia de todo ello, hubo un cambio de pensamiento iniciado en Canadá, luego en EEUU y posteriormente en Europa, que condujo un cambio de prioridades de salud pública, derivándose un porcentaje elevado de recursos hacia la prevención y educación sanitaria (15). De aquí nace el gran auge que ha obtenido la atención primaria en torno a la entrega de servicios de promoción de la salud, “proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre sus propia salud y así mejorarla” (16). Sin embargo, en cuanto a los estilos de vida hoy se discute que los mismos son productos de los condicionantes sociales y de la publicidad, por ello darle información a la población, sobre los riesgos de estos estilos, no son suficientes para hacerles cambiar y se generan entonces las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles, cuya génesis es multifactorial, documentándose a la fecha la asociación con factores ambientales, genéticos, demográficos, socioeconómicos y culturales, entre otros. Especial mención merece un grupo reducido de factores de riesgo (FR) que tienen en común ser dependientes de los estilos de vida y, por tanto, potencialmente modificables, así como estar involucrados en la aparición de la ENT de mayor morbimortalidad. Así, más del 80% de las enfermedades cardíacas isquémicas, accidentes cerebrovasculares y diabetes, y sobre un tercio de los cánceres, podrían ser prevenidos a través de la modificación de los factores de riesgo que les son comunes como el tabaquismo, la alimentación no saludable, la inactividad física y el consumo elevado de alcohol.

Adicionalmente, los problemas de salud no transmisibles se encuentran dentro de las causas más frecuentes de discapacidad la que tiende a aumentar sus cifras si se considera debido al crecimiento de la población, al envejecimiento y a la emergencia de enfermedades crónicas y tratamientos que preservan y prolongan la vida, generando entonces una mayor demanda de servicios de salud y rehabilitación (17). Por tanto, la persona se vuelve dependiente; La O.M.S. afirma que: “la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades ordinarias de la vida cotidiana”. Por otro lado según la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia establece que se trata del estado de carácter permanente que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial precisan de la atención de otro u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (18). Además, el Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. Es un “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (19).

Normalmente, las causas de la dependencia de una persona son múltiples y varían bastante de una persona a otras y generalmente corresponden a secuelas y complicaciones de enfermedades crónicas, mencionadas anteriormente. A nivel nacional, las enfermedades crónicas no transmisibles – hipertensión arterial, colesterol elevado, obesidad y diabetes – siguen una tendencia ascendente. Así entonces, el cuidado de estos pacientes; correspondiente a un promedio de 38,11% de la población mayor a 65 años (20), la solución a sus problemas cotidianos y la satisfacción de sus necesidades recaen en la familia (21).

2.1.5 Programa de Atención Domiciliaria

Gracias al aumento de la población dependiente de la tercera edad es que nace el Programa de Atención Domiciliaria para el Dependiente Severo, permitiendo la prestación de servicios de salud – atención domiciliaria – a personas que se encuentran en situación de dependencia o discapacidad severa en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Es entonces necesario conocer la presencia del programa en el contexto de la atención y bienestar de la persona dismovilizada, a quien va dirigido, con el fin único de mantener el bienestar de este, el cuidador y la familia que rodea el binomio (22).

Esta medida 6b del Gobierno de la Ex Presidenta Michelle Bachelet tiene como objetivo; mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador/a, impidiendo de este modo la institucionalización. Por medio de la atención domiciliaria del equipo de salud del consultorio, capacitación y apoyo comunitario a la cuidadora y, apoyo monetario a las personas postradas que califican como pobres o indigentes, según Ficha CAS, y son cuidados por sus familias. El estipendio, de \$20.000, es pagado a la familia cuidadora (22).

Dentro del programa de atención al dependiente severo se le entrega educación al cuidador familiar y/o familia de la persona dependiente severa, esta considera desde los cuidados de las necesidades básicas de la persona hasta los procedimientos y medicamentos. Esta capacitación tiene una duración de seis sesiones las cuales son apoyadas por material audiovisual. Además, de la entrega de los conocimientos para el cuidado de la persona en estado de postración al cuidador se le entrega información para fomentar su propio autocuidado y disminuir la carga, sin embargo, las medidas que se implementan en la Norma de Cuidados Domiciliarios de Personas que Sufren de Discapacidad Severa no son suficientes para mantener ni promover el bienestar de este cuidador.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 El cuidador de la persona dependiente y Bienestar

Cuando una persona pierde su autonomía y tiene cierto grado de dependencia aparece necesariamente la figura del cuidador, éste se define como aquella persona que se responsabiliza de los cuidados de otra, dependiente o discapacitada, que requiere asistencia de forma permanente y continua. Este papel se desarrolla normalmente en el ámbito familiar y sobre una figura central denominada “cuidador principal” que es el que afronta la mayor parte del esfuerzo y la responsabilidad del cuidado con un grado de implicación mayor que el resto de familiares. Estos cuidadores también son denominados “cuidadores informales” por suplir o complementar los cuidados profesionales sin recibir remuneración económica por ello (18).

El apoyo informal es insostenible a mediano plazo, pues cada vez existen menos mujeres en edad de cuidar y más personas que precisan cuidados de larga duración. Además de esta razón numérica, otra razón de peso se relaciona con las transformaciones de las estructuras familiares:

- La desaparición de la familia extensa, que proporcionaba asistencia a los miembros por núcleos familiares más reducidos.
- La creciente movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia, que modifica las redes de solidaridad familiar tradicionales y los contactos directos.
- La variedad de modelos familiares (familias monoparentales, uniones de hecho, etc.).
- La democratización en las relaciones intergeneracionales y entre los miembros de la pareja.
- Los cambios profundos en el rol social de la mujer, y en concreto en su rol familiar.

El cuidado informal adopta, debido a estas características, una serie de rasgos comunes en España. Si se extrapola a la realidad chilena (19) se puede ver que en resultados del estudio de Espinoza y Jofré (23) en las características biosociodemográficas del cuidador/a informal, establecen que el 90% de los cuidadores/as informales son mujeres, cuyas edades fluctúan entre 37 y 86 años, siendo éstas en su mayoría, hijas o cónyuges del ser cuidado. Además, en el Estudio de SENAMA del año 2007 indica que el 84,6% de las mujeres asumen las labores de los

cuidados de personas dependientes. También, indica que 28,4% de las personas que protagonizan el rol cuidador poseen una edad de mayor a 60 años y que el 53,9% de estos tienen un estado civil casado/a y 4,7% conviviente (24), por tanto, así es cómo llega a surgir un cuidador del adulto mayor dependiente que es cónyuge, hecho que supone problemas de diferente orden ya que los dos (anciano y cuidador) pertenecen al mismo grupo de edad (7).

2.2.1.1 Bienestar

El cuidador ejerce una labor que puede afectar el bienestar que será definido como una valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia en aspectos globales de su vida (25), define el bienestar como “la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho. Se sostiene que el estado de bienestar experimentado por los individuos depende tanto de las condiciones sociales y personales, y de la forma como los individuos se enfrentan a ellas. Teniendo en cuenta que esto sucede dentro del contexto de una sociedad y que los individuos conviven o están interactuando con otros miembros de ella”. De ambas definiciones se puede desprender que el bienestar de una persona está influenciado por factores personales y psicosociales. Para Oblitas (25), el bienestar tendría tres dimensiones, una centrada en los aspectos afectivos – emocionales, otra centrada en los aspectos cognitivos – valorativos, y habría una tercera dimensión centrada en lo vincular. La tarea del cuidador principal demanda esfuerzo físico y mental por lo que resulta difícil y extenuante y, generalmente se alarga mucho en el tiempo y no le otorga los descansos necesarios; en un estudio descriptivo transversal, desarrollado en la comuna de Tomé, Chile, durante el año 2010 se encuentra que en una muestra de 30 cuidadores informales, éstos realizan la labor hace 9 años como promedio, dedicando 17 horas del día a esta tarea y solo el 40% de los cuidadores recibe ayuda para efectuar el cuidado por ello, en el transcurso de los años el cuidador ve afectada su salud física, psicológica y social, resultando finalmente en que el 63% de los cuidadores/as informales presenta alguna enfermedad por la cual se encuentra en tratamiento médico permanente.

Cuando el cuidar se torna en una tarea; ardua, demandante, duradera y en ocasiones con responsabilidades sobrehumanas el cuidador principal se centra en el cuidado de su familiar

dependiente desatendiéndose a sí mismo, dejando de lado aspectos tales como su participación social, la realización de tareas de recreación y descanso y su propio cuidado, lo que les acarrea consecuencias negativas para su salud y bienestar (3). Así, es como se expone a la sobrecarga; el cuidar sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, generador de la acuñada como carga del cuidador (3). La sobrecarga, también entendida como los efectos negativos que tiene esta tarea sobre la salud del cuidador, se expresa por medio de un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas, afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional (26). El resultado del relegado del autocuidado y la manifestación de la sobrecarga conllevan al desarrollo del Síndrome del Cuidador Principal (27); afectando la salud física, social y psicológica del cuidador, caracterizándose por:

La dimensión física, comprende la salud física general y los síntomas que se presentan. Las alteraciones de esta categoría se le deben sumar la acción de la edad, el esfuerzo y la sobrecarga física, el impacto del descuido de la salud propia y dificultades propias del cuidar que ocasionan alteraciones de fatiga, alteraciones del sueño, funcionalidad, músculo-esqueléticas, etc. Según Merino (28), en su investigación sobre calidad de vida de los cuidadores familiares de niños con enfermedad crónica, muestra cómo la carga del cuidador se manifiesta en síntomas físicos relacionados con el sistema osteoarticular, seguido por síntomas generales, como las artralgiyas y cefalea. En la investigación de Torres y cols., citado por Achury y cols (29), se halló que los cuidadores familiares refieren principalmente alteraciones en el patrón del sueño y cambios de apetito.

En lo que respecta a lo socio-familiar; Ferrell hace referencia a la percepción del individuo acerca de las relaciones interpersonales, el rol social en la vida, como necesidad de apoyo social y familiar y el desempeño familiar. La sobrecarga y el tiempo disminuido para otras labores hacen aparecer otros conflictos familiares referentes a la distribución y demanda de tareas, de gastos, de asunción de responsabilidades, toma de decisiones, etc, lo que aumenta la sensación de soledad. El nivel socioeconómico también es importante para la percepción de la salud; según la Encuesta de Salud Nacional 2011 – 2012 española (30) muestra una clara relación con el estado de salud

autopercebido. Según se desciende en la escala social, basada en la ocupación, se observa una caída en la valoración positiva del estado de salud, que pasa de 86,5% en la clase I a 68,5% en la clase VI. La importancia del nivel socioeconómico radica finalmente en los gastos, estos aumentan con una persona dependiente de cuidado, por tanto, existirán conflictos familiares, disminución de la red de apoyo y calidad de vida, vulnerabilidad en el cuidador y del ser cuidado. Además se ha demostrado que, tanto en el modelo de Pearlin, Lawton y Braithwaite citados por José Laserna (31), se concluye que los cuidadores que poseen carencia de red de apoyo social, son vulnerables a la depresión, ansiedad, pérdida de autoestima, etc. repercutiendo negativamente en la calidad de vida del paciente, del cuidador y de la familia en general.

Ferrell (32) define este aspecto como el reconocimiento y comprensión de su estado cognitivo y afectivo. El cuidado de personas que tienen patologías degenerativas pueden provocar el desánimo que unido a las alteraciones anteriores, sobrecarga física e inestabilidad familiar, favorecen la aparición de desórdenes psicoafectivos, donde el bienestar emocional puede declinar junto con la salud. Los síntomas de enfermedades físicas usualmente coinciden con la angustia emocional. La confusión, olvido, problemas de concentración, pérdida de la continuidad del pensamiento, palpitations, mareos, bochornos, entre otros, a menudo acompañan a los sentimientos de tristeza, depresión, melancolía o suicidio. Las enfermedades aumentan la depresión, y el bienestar emocional declina con niveles más bajos de ejercicio y salud física aumentando la sensación de carga subjetiva (33).

2.2.1.1 Bienestar Subjetivo

Actualmente, la salud se enfoca en estudiar al ser humano en torno a la debilidad o a una patología determinada, lo cual, si bien ha mejorado notablemente las estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, ha abandonado, en cierto modo, los aspectos positivos del hombre. Sin embargo, existe un área de la psicología que destaca lo positivo: La psicología positiva. Para Cuadra y Florenzano (34), la psicología positiva tiene como objetivo investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas para que funcionen como amortiguador ante la adversidad, mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías insistiendo en la construcción de competencias y en la prevención de enfermedad (35).

A nivel individual indaga cómo el amor, la vocación, el valor, la esperanza, la fe, el perdón, la originalidad, la espiritualidad, el humor, la alegría, la risa, influyen en la salud y bienestar de las personas. En un nivel social, explora las virtudes ciudadanas y las instituciones que instan a los individuos a ser mejores, fortaleciendo habilidades tales como la responsabilidad, la tolerancia y el trabajo ético.

Esta rama de la psicología trabaja, por tanto, con el bienestar y el funcionamiento óptimo de las personas y los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano (36) para así, lograr una mejor calidad de vida y una mayor percepción de felicidad. Define a la emoción como una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente caracterizado por cambios de orden fisiológico, vivencial y conductual. Esta definición destaca la característica subjetiva de la emoción con lo cual connota una relación entre la persona y el suceso, acentuando la valoración subjetiva del individuo; un mismo suceso puede despertar diferentes reacciones emocionales en diversas personas o incluso en la misma persona a través del tiempo y en contextos diferentes. Así, no es el suceso, sino la valoración de la persona de éste lo que lleva a una emoción particular. En las emociones se distinguen tres componentes (37):

- Cambios fisiológicos.
- Comportamientos.
- Estados cognitivos subjetivos.

Las emociones se pueden clasificar las emociones negativas y positivas. Las primeras subyacen a problemas físicos y mentales; el enojo, la ansiedad e irritabilidad han estado implicados en la etiología de los problemas cardíacos y también tienen un importante rol en el desarrollo de algunos tipos de cáncer; el miedo y la ansiedad se encuentran en la base de los trastornos de estrés, así como la tristeza y la desesperanza subyacen a la depresión. Debido a esto, es natural que el interés se haya focalizado en el estudio de las emociones negativas. Por el contrario, las emociones positivas no se encuentran en la base de los problemas planteados, pero posiblemente sí proveen importantes soluciones para los mismos (36); cuando una persona experimenta emociones positivas, su respuesta es inespecífica, no ayuda a la supervivencia y no es inmediata; relajan la musculatura, liberan energía, refuerzan el sistema inmunológico, propician la

comunicación entre células y ponen al organismo más alerta, de lo que se desprende que este tipo de emociones puede prevenir enfermedades, reducir la intensidad y duración de las mismas para elevar el nivel de Bienestar Subjetivo (BS), entendiéndose a éste “como lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Comúnmente se denomina “felicidad” al BS experimentado cuando se sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y están satisfechos con sus vidas. Lo central es entonces, la propia evaluación que la persona hace de su vida.” (3). Se propone también que el BS es felicidad subjetiva, es decir, experimentar placer, felicidad y emociones positivas, implica también un humor positivo –y ausencia de humor y experiencias negativas-. Abarca además, una percepción y evaluación global por parte del sujeto de la satisfacción en las distintas esferas de su vida (35). Ryff operacionaliza el bienestar subjetivo en las siguientes dimensiones:

“Autoaceptación. Es el criterio más utilizado para definir bienestar, y es conceptualizado como la figura central de la salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo.

Relaciones positivas con los demás. La importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como uno de los principales componentes de la salud mental, siendo a la vez un criterio de madurez.

Autonomía. Enfatiza la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta.

Dominio del ambiente. La habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas es definida como una característica de la salud mental. Implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.

Propósito en la vida. Destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad. Quién funciona positivamente tiene objetivos, intenciones y un sentido de dirección.

Crecimiento personal. El funcionamiento psicológico óptimo requiere no solo desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo de su propio potencial, crecer y expandirse como persona” (33).

El bienestar subjetivo en la población de cuidadores de adultos mayores es relevante; pues se considera que el bienestar de los adultos mayores en buena medida depende del bienestar de quien le provee cuidados (3). Recayendo aquí la importancia del cuidar al cuidador y no sólo a la persona dependiente de cuidados, más aún, cuando el cuidador es adulto mayor ya que, la percepción del estado de salud – entendiendo que ésta se puede ver alterada por las emociones – bueno o malo es inversamente proporcional a la edad; en el grupo de 85 y más años, solo el 32,1% de los hombres y el 29,0% de las mujeres perciben su estado de salud como positivo, mientras que en el caso de los menores de 15 años lo valoran de dicha manera el 93,0% y el 93,2% (30), respectivamente. Por tanto, el hecho de que los cuidadores en edad senescente logren identificar y expresar emociones positivas les será beneficioso porque podrán obtener una mejor calidad de vida, percepción del bienestar y prevención de enfermedades mentales además de, otorgar mejores cuidados a la persona a su cargo.

Por otro lado, esta es, de hecho, una área de estudios que tiene ya toda una agenda de investigación a nivel internacional, pero dentro de la literatura latinoamericana los trabajos que se reportan al respecto aún son pocos, a pesar del creciente número de adultos mayores y de familiares que asumen la carga emocional, física y económica asociadas a la paulatina dependencia funcional que acarrearán las enfermedades típicas de la tercera edad (38).

2.2.2 Contexto Sociocultural: *Teoría del Sol Naciente* de Madeline Leininger

La Teoría de los cuidados transculturales o *Teoría del Sol Naciente*, de Madeline Leininger, nace en las décadas del 60 y 70, hoy es utilizada a nivel mundial y, se le considera cada vez con mayor relevancia dentro de la enfermería contemporánea, ya que pretende entregar cuidados acorde a los datos culturales de las personas, de esta forma, haciéndolas partícipe en los cuidados de su salud, manteniendo una coherencia entre sus valores, creencias, costumbres y los aportes científicos de la disciplina enfermera. Por tanto, “la teoría de cuidados culturales plantea que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería” (39). Además, está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran conocimientos acerca del mundo de la persona, y acorde a esta valoración hagan uso de sus puntos de vista internos, conocimientos y práctica, con la ética adecuada, como bases para que las acciones realizadas y las decisiones tomadas en el marco profesional sean coherentes con la cultura de la persona atendida. Es por este motivo que el cuidado transcultural constituye la teoría holística más amplia de la enfermería, puesto que tiene en cuenta la vida humana en su plenitud y su perspectiva holística en un período de tiempo concreto, incluye los factores de la estructura social, el punto de vista del usuario, la trayectoria cultural y los valores, el contexto del entorno en todas sus dimensiones y variables: “De esta manera se otorga un cuidado que respeta los sistemas tradicionales de las personas aplicando a su vez el sistema profesional. Logrando así un estado de salud holístico con una intervención de enfermería coherente a la cultura” (40).

El fundamento más relevante se constituye en la definición de **salud** que brinda esta teoría; “Estado de **bienestar** que se define, valora y practica culturalmente, además de reflejar la capacidad de las personas (o grupos) de realizar sus actividades diarias bajo un modo de vida culturalmente específico, beneficioso y estructurado.” Para poder otorgar la salud a las personas se precisa de cuidados; “fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y autorización [...] que reflejen la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida” El concepto de cuidado se ve fuertemente ligado al concepto de “ otorgar cuidados”, el cual constituye las

acciones o actividades dirigidas a ayudar, apoyar y capacitar a otras personas o grupos que presentan la necesidad evidente o prevista de una mejora del estado de salud o estilo de vida. Y es aquí donde entra en pleno rol la enfermería, que es definida por Leininger como “profesión y disciplina científica- humanista, que se centra en los fenómenos y las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a las personas para que recuperen o conserven su bienestar, de un modo culturalmente significativo.”

La cultura en esta teoría será entendida como el entorno o “etnohistoria”, la cual corresponde a un “conjunto de hechos, momentos y experiencias pasadas de los individuos, grupos o instituciones que se centra principalmente en las personas (etno) y describen, explican e interpretan los modos de vida humanos en un contexto cultural específico, durante periodos largos o cortos de tiempo”. A su vez dentro de esta “etnohistoria” se encuentran los cuidados genéricos, tradicionales o populares, que son definidos por la teórica como “los conocimientos y habilidades tradicionales o populares aprendidas y transmitidos que se usan para facilitar las acciones de asistencia, apoyo, capacitación y facilitación con otros grupos o personas de una cultura que requieran mejorar su bienestar o afrontar impedimentos físicos o mentales. De aquí nace la “etnoenfermería”, diseñada como método de investigación que forma parte de la etnociencia que corresponde al estudio sistemático de la forma de vida de un grupo cultural determinado. Este método ayuda al profesional de enfermería a comprender el sentido de la asistencia en cualquier fenómeno que estudie y a predecir la conducta humana dentro de un contexto cultural. Para poder llegar a conocer plenamente el sistema dinámico de una cultura debe estar en pleno contacto con las actividades de los individuos, observando de manera participativa (40).

Entendiendo los conceptos de la teoría, se puede poner en manifiesto la relevancia que ésta tiene para este estudio; es necesario así, valorar el factor cultural para suministrar cuidados que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y modo de vida de las personas. La enfermería debe ser un puente entre los sistemas genéricos y profesionales. No se puede menospreciar la influencia de la etnocultura sobre el individuo, es decir, sus conocimientos y experiencias propias.

Los adultos mayores, personas en quienes se enfocará el estudio, se caracterizan por tener costumbres asentadas en las experiencias brindadas por los años. Ésta descripción queda mejor definida dentro de la teoría del desarrollo de Erick Erikson, psicoanalista Estadounidense que estableció su teoría del desarrollo psicosocial en base a ocho crisis que el ser humano debe enfrentar a lo largo de su vida. Al individuo adulto mayor le corresponderá la crisis de ***Integridad versus desesperanza***, donde se desarrolla la virtud de la ***sabiduría***, que es definida por el autor como “la capacidad de ver, mirar y recordar, así como de escuchar, oír y recordar”. La contravirtud de esta etapa es la ***desesperanza***, la cual es descrita por Erikson como “sentimiento que hace recordar que el tiempo es corto, demasiado corto para empezar una nueva vida y para emprender vías alternativas” (40).

En esta etapa, la pérdida de capacidades exige casi toda la atención de la persona, centrándose ésta en los problemas de la vida diaria conjugados con el intento por satisfacer las propias necesidades, no sólo físicas sino también emocionales, las que se ven afectadas con la capacidad retrospectiva de la vida, es decir, con la historia pasada de la persona y de cómo considera que ha vivido, sumando las tragedias como pérdidas de familiares, cónyuge, accidentes, etc. Determinando así el grado de insatisfacción o de desesperanza en el adulto mayor.

Además, el autor señala que no se puede comprender un ciclo vital sin considerar la perspectiva social en que se desenvuelve la persona; “el individuo y la sociedad están íntimamente entrelazados, interrelacionados dinámicamente en un intercambio continuo” (40). Los adultos mayores han sido relegados culturalmente; vivimos en una sociedad que no sabe integrar a los adultos mayores en sus normas y convenciones básicas. Se vive la vida pensando en que nunca llegará el momento de envejecer, lo cual nos permite integrar normas sociales, urbanas y gubernamentales en donde se les margina y abandona. Como el mismo autor señala; “a falta de un ideal culturalmente viable para la vejez, nuestra civilización no abriga realmente un concepto de la totalidad de la vida. ¿Qué hace nuestra sociedad para facilitar la transición de los últimos estados vitales y adaptarse a la presencia de los ancianos?” (40). La actitud general hacia los adultos mayores resulta desconcertante, mientras que los documentos religiosos, antropológicos e históricos atestiguan que las personas de larga vida eran en antaño respetadas e incluso veneradas, en cambio hoy en día la respuesta general es de burla, desprecio y marginación.

Ofreciéndoles “una segunda infancia sin ningún tipo de juegos. Si un anciano no puede subir escaleras con facilidad, se balancea al andar, este infortunio se equipará a una pérdida intelectual o de memoria. Cuando se les ofrece ayuda tiende a ser exagerada; se hiere el orgullo y peligra el respeto” (40).

La realidad planteada brinda un reflejo de las sociedades modernas, en las cuales se ha dejado de pensar en que algún día seremos ancianos, haciendo callar la voz de la sabiduría de los adultos mayores, este concepto es denominado por Erikson como la “ Gerotranscendencia”, definido como: estadio final de un proceso natural hacia la madurez y la sabiduría, el individuo gerotranscendente experimenta un sentimiento nuevo de comunión cósmica con el espíritu del universo, una redefinición del tiempo, la vida y la muerte, así como una redefinición del yo, pudiendo experimentar un pérdida de interés por cosas materiales y una mayor necesidad de meditación solitaria”. Este concepto invita a la sociedad a incluir en su agitado mundo a los dotados de mayor experiencia, escuchando sus historias de vida, comprendiendo las dificultades que implican la vejez y el desapego por una pronta muerte.

En conclusión, la dimensión del cuidado cultural ha sido y está siendo un tema muy estudiado a nivel mundial (41), pero en nuestro país se encuentran pocos estudios de esta naturaleza. No obstante, es necesario para los profesionales enfermeros comprender y estudiar los fenómenos culturales de los individuos, familias y comunidades, para poder así entender el comportamiento y respuesta de las personas hacia su salud, logrando de esta forma intervenciones atingentes a la realidad del ser humano, fortaleciendo su salud y bienestar y acompañándolo en las distintas etapas de su vida, en especial el último estadio, el cual consta de múltiples dificultades producto del decline paulatino de sus capacidades fisiológicas, sociales y psicológicas, promoviendo un cuidado respetuoso de las costumbres del otro, escuchando la experiencia de este adulto mayor y ayudándolo a empoderarse de su salud para que tenga un próspero envejecimiento.

2.3 Definición y Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
Biosociodemo- gráficas	Relación de los factores biológicos, psicológicos, sociales y demográficos con el contexto en el cual se otorga el cuidado.	Sexo			Femenino Masculino
		Edad			Años cumplidos
		Parentesco			Relación conyugal Relación filial Otro parentesco

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
		Red de Apoyo	Familiar	Si No	Red de Apoyo
			Social	Si No	
		Escolaridad del cuidador			Básica Completa Básica Incompleta Media Completa Media Incompleta Técnico Universitario

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
		Previsión de Salud			Fonasa A Fonasa B Fonasa C Fonasa D Isapre Sin Previsión
		Experiencia como cuidador(a)			Menos de 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 años 5 a 10 años 10 a 20 años Más de 20 años

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
		Enfermedades Crónicas			HTA DM TBC Artrosis Depresión EPOC Obesidad OH Tabaco

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
		Satisfacción personal	Relaciones Interpersonales	Número de amigos	Nada Satisfecho
				Comunicación Familiar	Poco Satisfecho
				Relaciones de amistad	Más o menos Satisfecho
					Satisfecho
					Muy Satisfecho

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
			Religión y valores morales	Práctica de religión o valores morales	Nada Satisfecho
				Práctica de religión o valores morales de la familia	Poco Satisfecho
				Resultados de la práctica	Más o menos Satisfecho
					Satisfecho
					Muy Satisfecho

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
			Situación económica	Dinero para diversión	Nada Satisfecho
				Dinero para la adquisición de Bienes materiales	Poco Satisfecho
				Dinero para Gastos diarios	Más o menos Satisfecho
				Dinero para Gustos personales	Satisfecho
				Actuales	Muy Satisfecho
				Logros permitidos	

CAPITULO 3

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño de la investigación

Estudio cuantitativo, descriptivo, de carácter transversal.

3.2 Población en estudio

El Programa de Atención Domiciliaria Integral, “PADI” del Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quillota, consta, en principio, de 150 personas adscritas a la fecha de Octubre del 2013, en esta población por falta de actualización de los registros del programa, las tesis debieron realizar una actualización y confirmación de datos. Descartando, en primera instancia 20 casos, a causa del fallecimiento y exclusión de pacientes con diagnóstico oncológicos, quedando con un total de 130 personas; considerándose este último como la población bajo control del programa. A partir de ello se aplicaron los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Cuidador Principal Familiar.
- Cuidador con edad comprendida desde los 60 años y más.
- Persona que recibe los cuidados debe estar adscrita al Programa de Atención Domiciliaria Integral “PADI” de la comuna de Quillota.
- Adulto Mayor que recibe cuidados debe estar categorizado, según Índice de Barthel, como grave (20 – 35 puntos) o total (<20 puntos).

Criterios de Exclusión:

- Cuidador formal.
- Cuidador que desista de su participación en cualquier etapa del proceso.
- Cuidador que posea algún tipo de déficit cognitivo.
- Cuidador que no comparta la vivienda.
- Adulto Mayor que no esté adscrito al Programa de Atención Domiciliaria Integral “PADI” de la comuna de Quillota.
- Adulto Mayor que esté adscrito al Programa de Atención Domiciliaria Integral “PADI” como paciente oncológico (Programa del Alivio del Dolor).
- Cuidador que presente analfabetismo.

3.3 Selección de la muestra

Una vez actualizados, confirmados los datos y aplicados los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una población de 50 personas, de las cuales 43 participaron del estudio, 4 rechazan participar y los últimos 3 corresponden al 5% de la población en que se aplicó la prueba piloto de los instrumentos del estudio.

3.4 Descripción de los instrumentos

Los instrumentos aplicados correspondieron a “Instrumento Biosociodemográfico” y “Escala de Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adulto Mayor” (EBEMS/CFAM), el primero de ellos fue creado por las tesisistas. Éste está diseñado para ser heteroadministrado y comprende los factores biológicos, psicológicos, sociales y demográficos de los cuidadores familiares. (Véase Anexo N° 1)

La “Escala de Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adulto Mayor” (EBEMS/CFAM), instrumento creado por la Dra. Miriam Domínguez Guedea y validado en Brasil y México, también se caracteriza por ser heteroadministrado y, consta de 20 preguntas y dos partes. En la primera se exploran los afectos positivos y negativos mediante una lista de sentimientos y emociones ante los cuales se pregunta la intensidad con la que fueron

experimentados en el último mes, estando las respuestas a los reactivos en una escala de tipo Likert (1 = no sentí, 2 = sentí un poco, 3 = sentí regular, 4 = sentí mucho). En la segunda parte se indaga en la satisfacción con la vida en diferentes dominios; constando de 12 ítems que abordan la satisfacción con las relaciones interpersonales del cuidador, con la situación económica y con las creencias religiosas y morales. Al igual que la primera parte, las opciones de respuesta se muestran en una escala de tipo Likert (1 = nada satisfecho (a), 2 = poco satisfecho(a), 3 = satisfecho(a) y 4 = muy satisfecho(a)). La escala se aplicó previa autorización de su autora. (Véase Anexo N° 2 y Anexo N°3).

Además, el contenido de éstos fue validado por el Coordinador de Consultorio Plaza Mayor Doctor Rogelio Monsalve y, Sra. Johana Vidal Enfermera – Matrona Magister © Enfermería con mención en Gerontogeriatría

La Escala de Bienestar Subjetivo en cuidadores familiares adultos mayores, en términos de confiabilidad, en cada una de sus dimensiones posee un Alfa de Cronbach superior a 0,74, lo que indica que los factores son consistentes para medir las dimensiones del Bienestar Subjetivo.

3.5 Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de visitas domiciliarias de 30 minutos de duración; cuya planificación y ejecución estuvo a cargo de las tesistas. Estas tenían como objetivo la aplicación de los instrumentos antes señalados. Además, se realizó observación del entorno estático y dinámico de la familia para la pesquisa de la alteración de la salud mental y/o violencia intrafamiliar. (Véase Anexo N°10 y N°11)

3.6 Prueba piloto

La prueba piloto consistió en la aplicación de los instrumentos al 5% de la población en estudio; correspondiendo a 3 personas, con objeto de valorar el nivel de comprensión de las preguntas contenidas en los instrumentos heteroadministrados y, determinar el tiempo a utilizar en cada visita domiciliaria. Durante la aplicación del Instrumento Biosociodemográfico no surgieron dudas respecto a las preguntas realizadas, sin embargo, al aplicar el Instrumento Escala de *Bem - Estar* Subjetivo de Cuidadores Familiares hubo dificultad de comprensión en ambos ítems. En el primero, sentimientos del último mes, se cuestionó el sentir gusto. En cambio, en el grado de satisfacción hubo confusión entre la cantidad de amigos y las relaciones de amistad.

Frente a lo anterior se realizó un consenso entre las tesisistas para facilitar la comprensión de la Escala EBEMS/CFAM, determinando explicaciones para cada una de las preguntas. La explicación otorgada para gusto correspondió al placer personal frente las actividades de la vida diaria. Por otro lado, frente a las preguntas número de amigos y relaciones de amistad se expuso que las relaciones de amistad corresponden a la calidad del vínculo que posee con los amigos.

Las estrategias implementadas permitieron la comprensión del instrumento y, por tanto, una comunicación eficaz con la persona; lo cual permitió que la visita domiciliaria se lograra realizar en 30 minutos o menos, tiempo estipulado para ésta.

3.7 Procesamiento y análisis de datos

En un principio se creó una base de datos, realizada en Excel 2010, en la cual se registraron las respuestas de los instrumentos aplicados.

Posteriormente se procedió a ingresar los datos a Epi info (v7) para la obtención de la frecuencia, porcentaje, promedio, máximos y mínimos de la población. Además, con este se realizaron tablas y gráficos respectivos.

Se debe acotar que los puntajes tipo Likert de la Escala EBEMS no se utilizaron, pues se realizaron análisis según frecuencia de las respuestas.

3.8 Consideraciones éticas

Durante la realización del estudio, se tuvieron las siguientes consideraciones éticas:

Con la investigación propiamente dicha:

- a. Se sometió a aprobación por parte de Comisión de Bioética Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso.
- b. Se aprobó la realización de investigación a nivel directivo local en el Departamento de Salud Municipal de Quillota: se realizó a través del contacto directo entre la investigadora principal, Sra. Johana Vidal, y la el director del Departamento de Salud Municipal de Quillota, Sr. Víctor Alvarado, quien solicitó la redacción de un resumen ejecutivo que fue recibido por la jefa de recursos humanos, Sra. Claudia Maturana. Asimismo, se le solicitó a las tesisistas que firmaran una carta en la que se describe el tipo de interacción que tendrán las mismas con las personas que forman la población en estudio. (Véase Anexo N°5-8)

Con los participantes de la investigación:

- a. Autonomía de decisión: Previa aplicación de los instrumentos, se estableció un contacto inicial, en el cual las tesis se presentan, establecen el objetivo de la visita, explican detalladamente en qué consiste la investigación y muestran el consentimiento informado (Véase Anexo N° 9) que debe ser firmado por el participante única y exclusivamente cuando no tenga dudas acerca del mismo. Al participante se le entregó una copia del documento y se le aclaró que, a pesar de haberlo firmado, puede desistir de su participación en cualquier momento de la entrevista.
- b. Confidencialidad de los datos aportados: los datos resultantes de cada entrevista fueron llevados a una base de datos en la cual se organizaron en frecuencias y porcentajes. De la misma manera, la coincidencia entre base de datos y fichas de registro se realizó a través de la numeración correlativa.
- c. Respeto por los valores y creencias personales: se consideró este ítem al evaluar satisfacción de los usuarios con las relaciones interpersonales y con la práctica de la religión y valores morales.
- d. Situaciones especiales: En caso de que la seguridad emocional de la persona hubiese sido vulnerada con las preguntas de los instrumentos o se pesquisara un eventual caso de violencia intrafamiliar, maltrato u otra situación especial; se brindó la contención emocional necesaria y la derivación al CESFAM correspondiente según la situación (Véase Anexo N° 10-11). La coordinación principal se realizó a través del Director del Consultorio Plaza Mayor, Dr. Rogelio Monsalve.

Con la utilización de instrumentos:

- a. Escala EBEMS/CFAM: antes de su aplicación se solicitó autorización a su autora, Dra. Miriam Domínguez Guedea, quien consiente su utilización por medio de firma digital en carta con formato establecido previamente (Véase Anexo N° 2)
- b. Instrumento Biosociodemográfico: es de autoría de las tesis, por ende, no fue necesario solicitar permisos a terceros. (Véase Anexo N° 1)

CAPITULO 4

RESULTADOS

4.1 Características de la muestra

La población en estudio constó de 43 personas y se conformó por 38 mujeres y 5 hombres, con edades mínima y máxima de 60 y 85 años, respectivamente. El promedio de edad de los cuidadores entrevistados es de 68,51 años y el promedio de experiencia otorgando cuidados al familiar adscrito al PADI corresponde a 4,29 años. (Tabla 2.0 – Experiencia de Cuidadores).

4.2 Análisis descriptivo

4.2.1 Resultados del Instrumentos Biosociodemográfico

4.2.1.1 Edad y Sexo

De las 43 personas que conforman la población, 38 son mujeres, lo que equivale al 88,37%. Se registra como edad mínima 60 años y como edad máxima 85 años en este segmento. Además, el 60,47% de los cuidadores se concentra entre el rango etario 60 y 69 años, dentro de este destaca con un 34,88% el rango de 60 – 64 años. Por otro lado, se puede apreciar que el 25% de los encuestados tiene 62 años o menos y el 95% tiene 83 años.

La fracción masculina de la población representa el 11,62%, lo cual equivale a 5 personas en total, en las que se identifican como edades mínimas y máximas, 60 y 78 años, respectivamente.

De acuerdo a lo anterior, se extrae que el tramo de edad de la población en estudio está comprendido entre los 60 y los 85 años, primando el sexo femenino. (Véase Gráfico N°1, N°2).

Gráfico N° 1: “Distribución de la Edad de los Cuidadores”

“Distribución de la Edad de los Cuidadores”

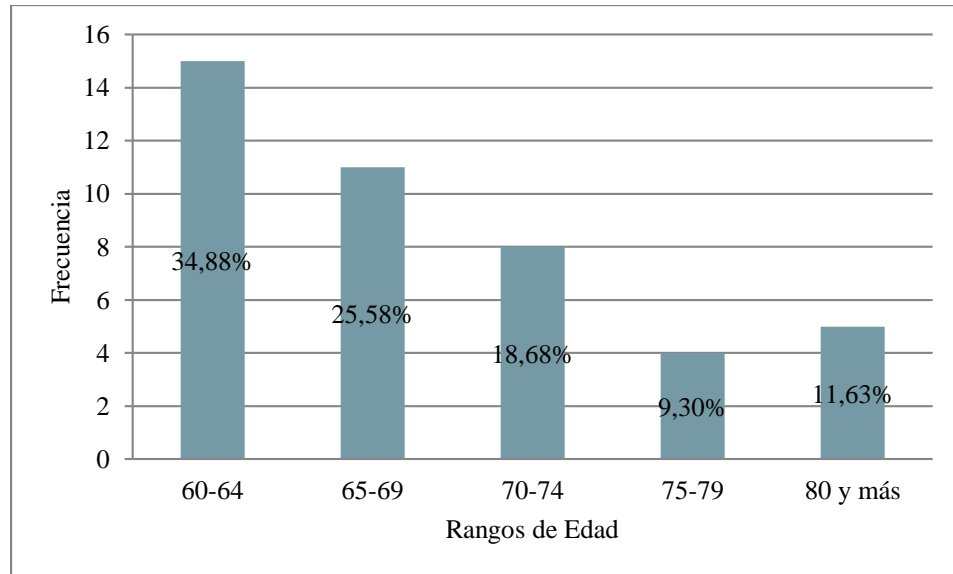
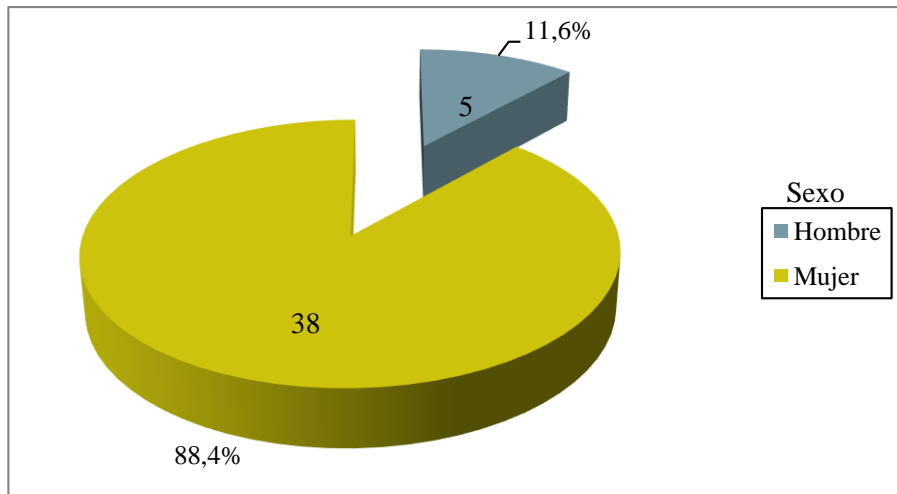


Gráfico N°2: “Distribución de Sexo de los Cuidadores”

“Distribución de Sexo de los Cuidadores”



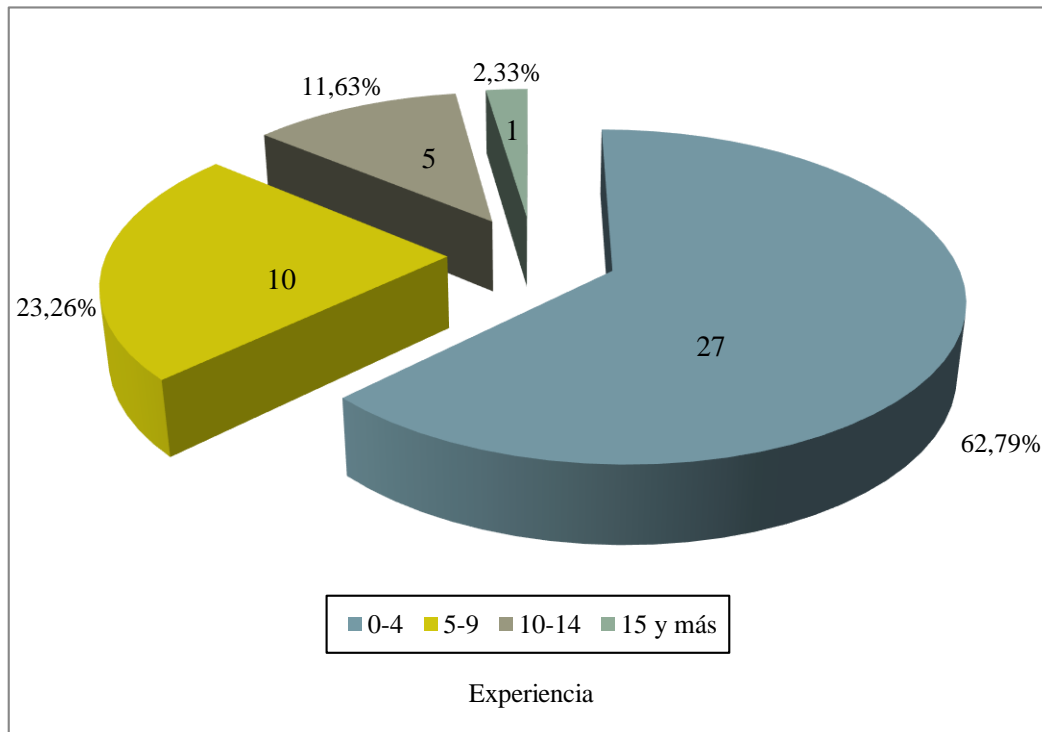
4.2.1.2 Experiencia del Cuidador

De las 43 personas entrevistadas se obtiene que el 62,79% llevan de 0 a 4 años a cargo de otorgar cuidados. El 23,26% ha realizado la tarea entre 5 y 9 años, el 11,64% de 10 a 14 años y, por último, un 2,33% de los cuidadores tienen una experiencia de 15 años y más. Además, en promedio los cuidadores poseen una experiencia de 4,30 años. (Véase Gráfico N°3)

Se registra que la persona que lleva menos tiempo a cargo del cuidado de su familiar, lo realiza hace 7 meses, y quién ha realizado la labor por más tiempo registra 18 años como cuidador.

Gráfico N° 3: “Distribución de años de Experiencia de los Cuidadores”

“Distribución de años de Experiencia de los Cuidadores”



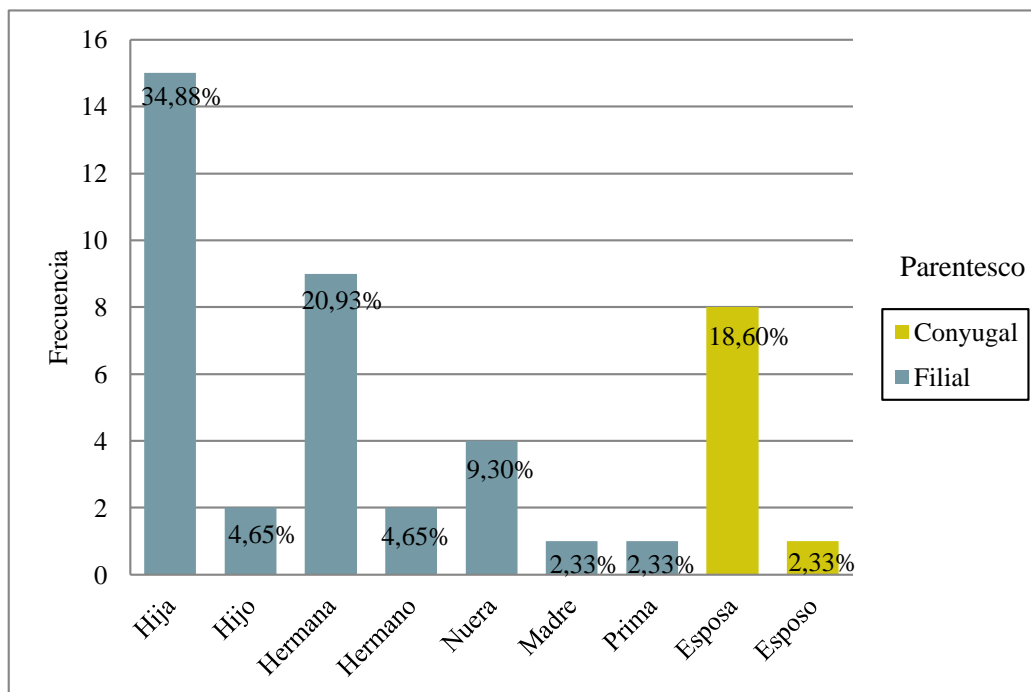
4.2.1.3 Parentesco

"En relación al parentesco presente en la población sujeta a estudio, se observa que la relación Filial predomina por sobre la relación Conyugal, con un 79,07% versus 20,93 % respectivamente".

Con respecto a la Relación Filial, se observa que mayoritariamente, los cuidadores corresponden al Tipo Hijo (a) y Hermano (a), con un 50% y 32.35% respectivamente. Siendo proporcionalmente superior el género femenino por sobre el masculino. Con respecto a la Relación Conyugal, se observa que el tipo de parentesco de los cuidadores corresponde mayoritariamente a la Esposa, con un 88,89 %. (Véase Gráfico N°4)

Gráfico N°4: “Distribución del Parentesco de los Cuidadores”

“Distribución del Parentesco de los Cuidadores”



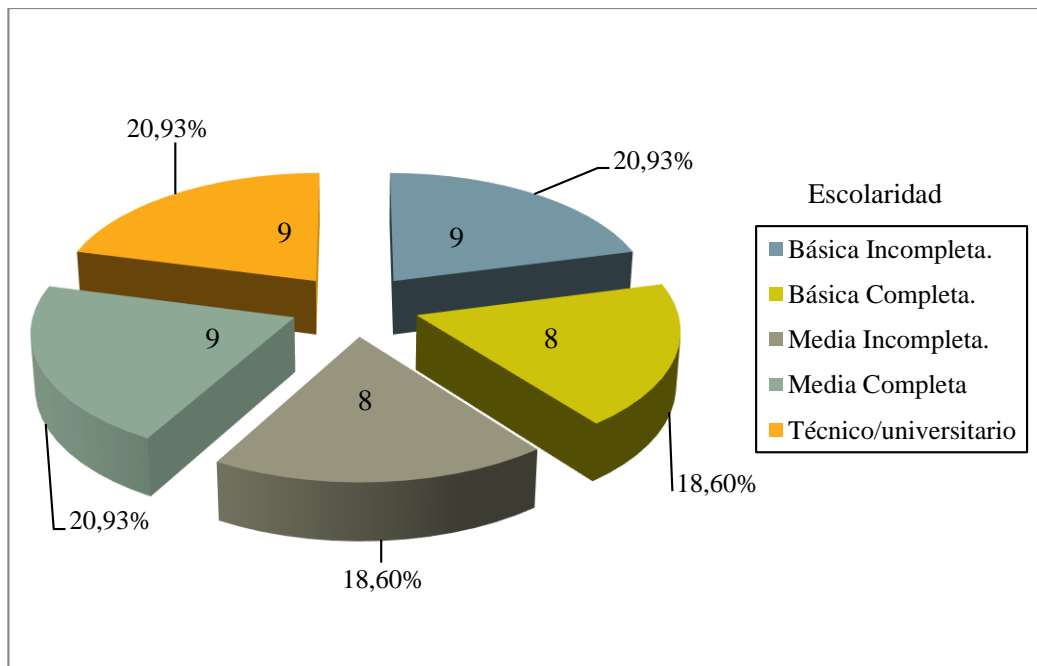
4.2.1.4 Escolaridad del Cuidador

Se identifican cinco alternativas de escolaridad; educación básica incompleta, educación básica completa, educación media incompleta, educación media completa y educación de nivel técnico o superior.

Es importante recalcar que el 20,93% de los cuidadores presenta una escolaridad Básica Incompleta, y el mismo porcentaje, escolaridad Media Completa y Técnico/Universitaria. En general, destaca que el 79,07 % de los cuidadores a lo más terminó la enseñanza media. (Véase Gráfico N°5)

Gráfico N°5: “Distribución de la Escolaridad del Cuidador”

“Distribución de la Escolaridad del Cuidador”

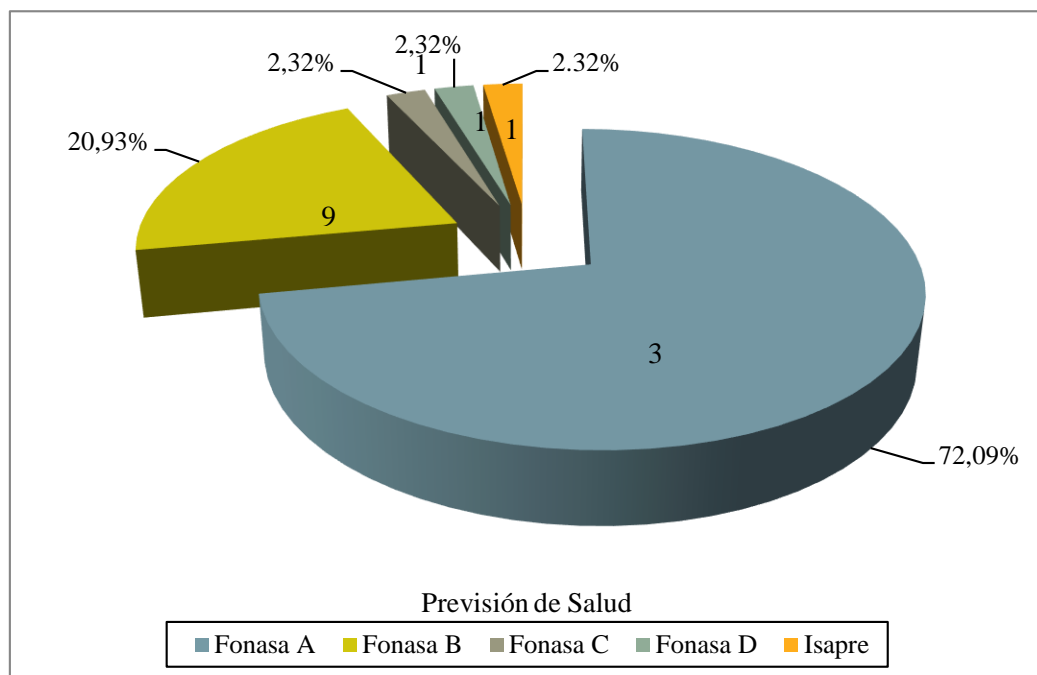


4.2.1.5 Previsión del Cuidador

De las opciones propuestas; FONASA A, B, C y D e ISAPRE, predomina en la población estudiada la previsión FONASA A, con un 72,09% y FONASA B con un 20,93%. FONASA C y D e ISAPRES obtienen un 2,32% cada una. (Véase Gráfico N°6)

Gráfico N°6: “Distribución de la Previsión de Salud del Cuidador”

“Distribución de la Previsión de Salud del Cuidador”



4.2.1.6 Enfermedades Crónicas y Estilos de Vida

100% de las personas de la población es portadora de al menos una patología de carácter crónico.

Predomina la Hipertensión Arterial (HTA) con un 67.44% de personas que la presentan, la Diabetes Mellitus (DM) con un 58.13% de los casos.

La artrosis y la obesidad comparten porcentajes similares en la población, siendo estos 39.53% y 41.84%, respectivamente. (Véase Gráfico N°7).

En la categoría “otras enfermedades”, que prevalece en un 46,51% de la población, se incluyen las siguientes patologías: arritmias, asma, insuficiencia cardiaca (IC), insuficiencia renal crónica (IRC), dislipidemia (DLP), depresión, *helicobacter pylori* y hernia al núcleo pulposo (HNP). De éstas, predomina, con un 30% la depresión (Véase Gráfico N°8).

Se considera que las personas incluidas en este 30% son usuarios previamente diagnosticados, es decir, no se consideran en este conteo aquellas personas que fueron pesquisadas y/o derivadas para evaluación psiquiátrica.

De los usuarios con depresión, un 66.66% se encuentra bajo control y tratamiento médico. El 33.33% restante refiere haberlo abandonado o nunca haberlo iniciado a pesar del diagnóstico (Véase Gráfico N°9).

Gráfico N°7: “Distribución de las Enfermedades Crónicas y Estilos de Vida de los Cuidadores”

“Distribución de las Enfermedades Crónicas y Estilos de Vida de los Cuidadores”

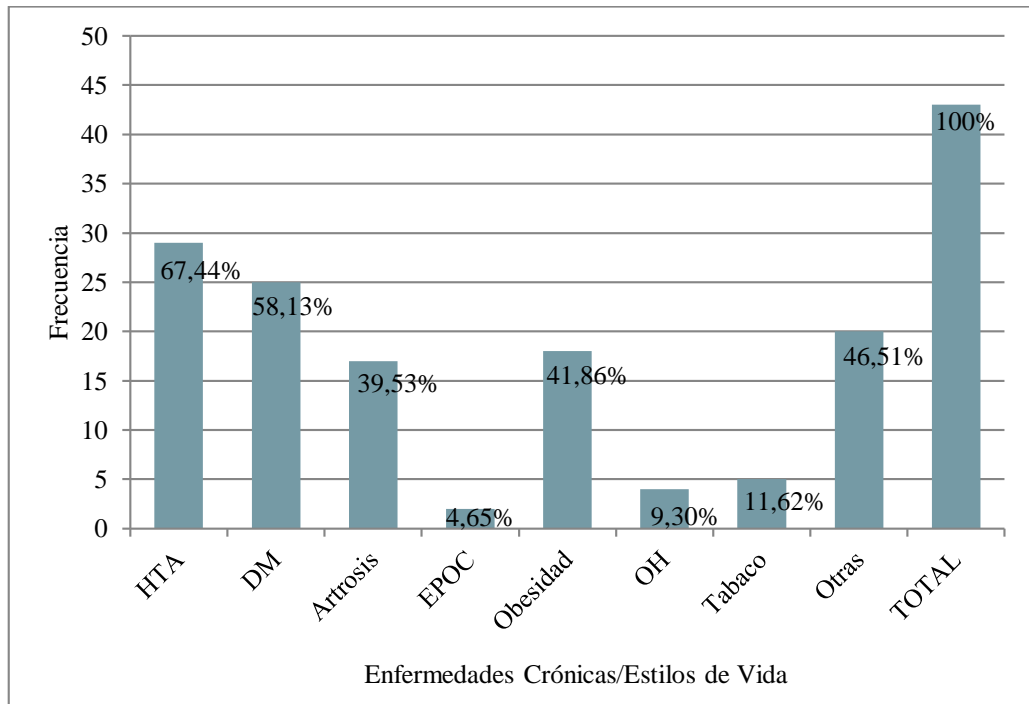


Gráfico N°8: “Distribución de la Presencia de otras Enfermedades Crónicas en los Cuidadores”

“Distribución de la Presencia de otras Enfermedades Crónicas en los Cuidadores”

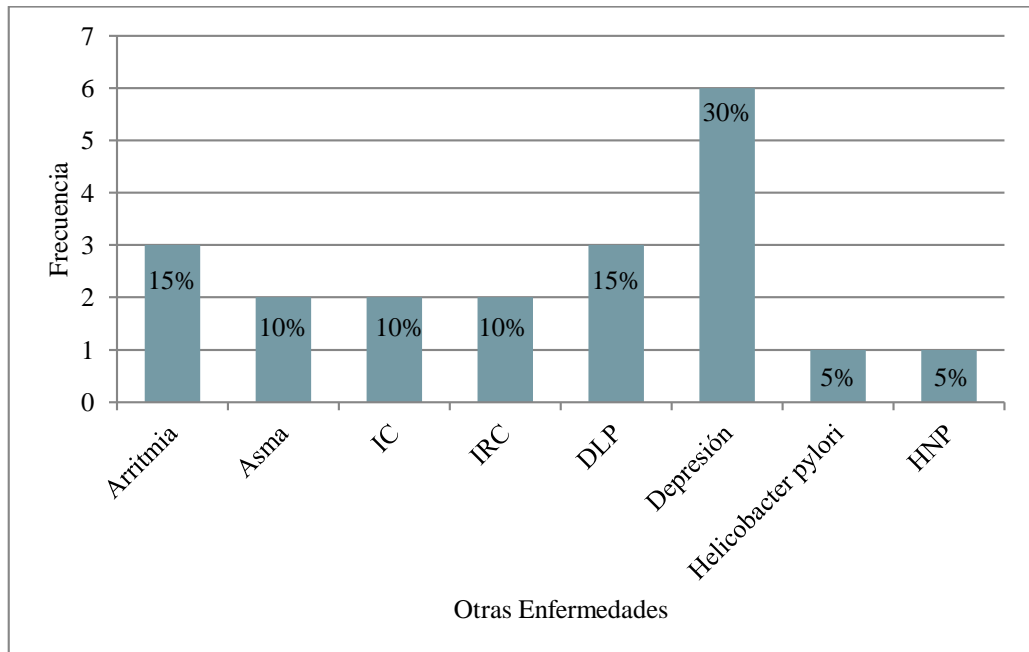
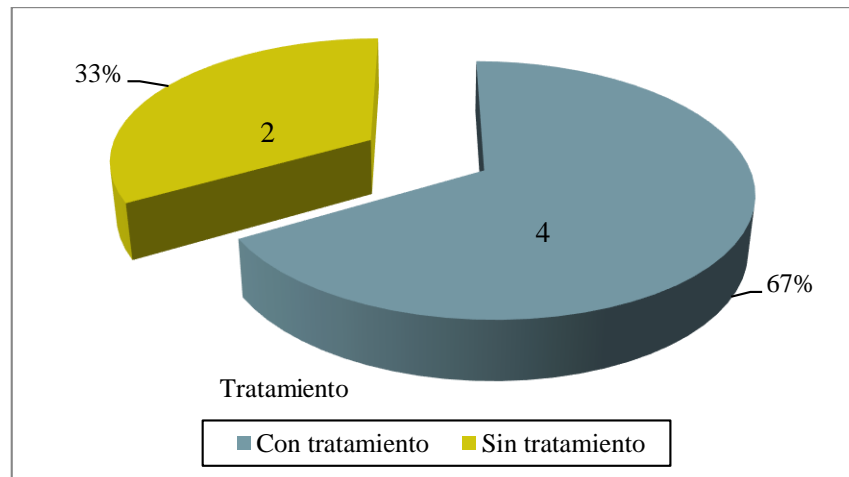


Gráfico N°9: “Distribución de las Personas Portadoras de Depresión”

“Distribución de las personas portadores de Depresión”



4.2.1.7 Redes de Apoyo del Cuidador

En relación a la Red de apoyo del cuidador, un 93.02% de la población refiere tener al menos una red de apoyo, mientras que el 6,98 % de las personas encuestadas refiere no tener red de apoyo.

De los cuidadores que si presentan red de apoyo, el 50% de ellos indica que corresponde solo a Familiares, 10% sólo red de apoyo social y un 40% tiene ambas redes de apoyo. (Véase Gráfico N°10)

Gráfico N°10: “Distribución de la Presencia de Red de Apoyo en el Cuidador”

“Distribución de la Presencia de Red de Apoyo en el Cuidador”

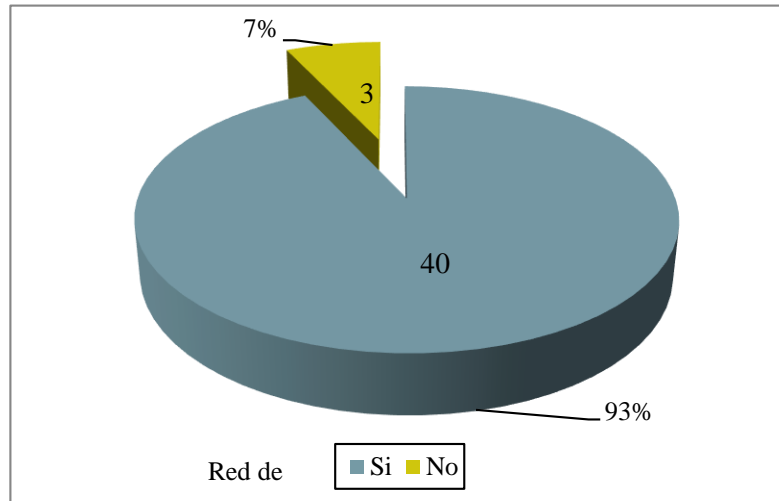
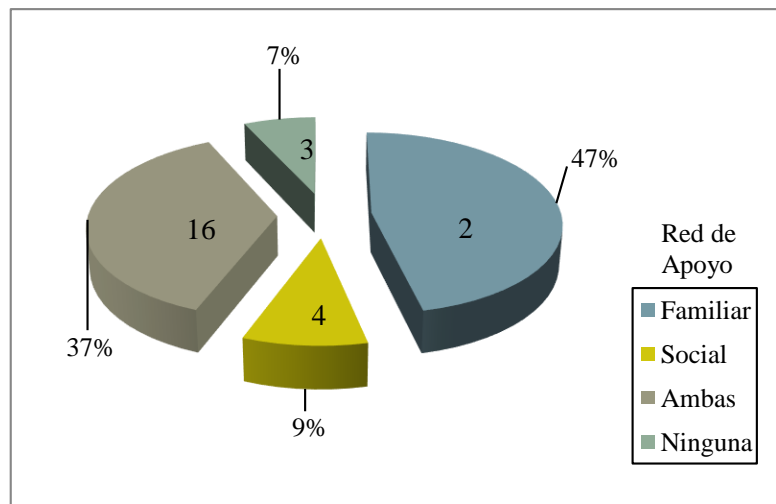


Gráfico N°11: “Distribución del Tipo de Red de Apoyo hacia el Cuidador”

“Distribución del Tipo de Red de Apoyo hacia el Cuidador”



4.2.2 Resultados de Escala de Bienestar Subjetivo de Cuidadores Familiares EBEMS/CFAM

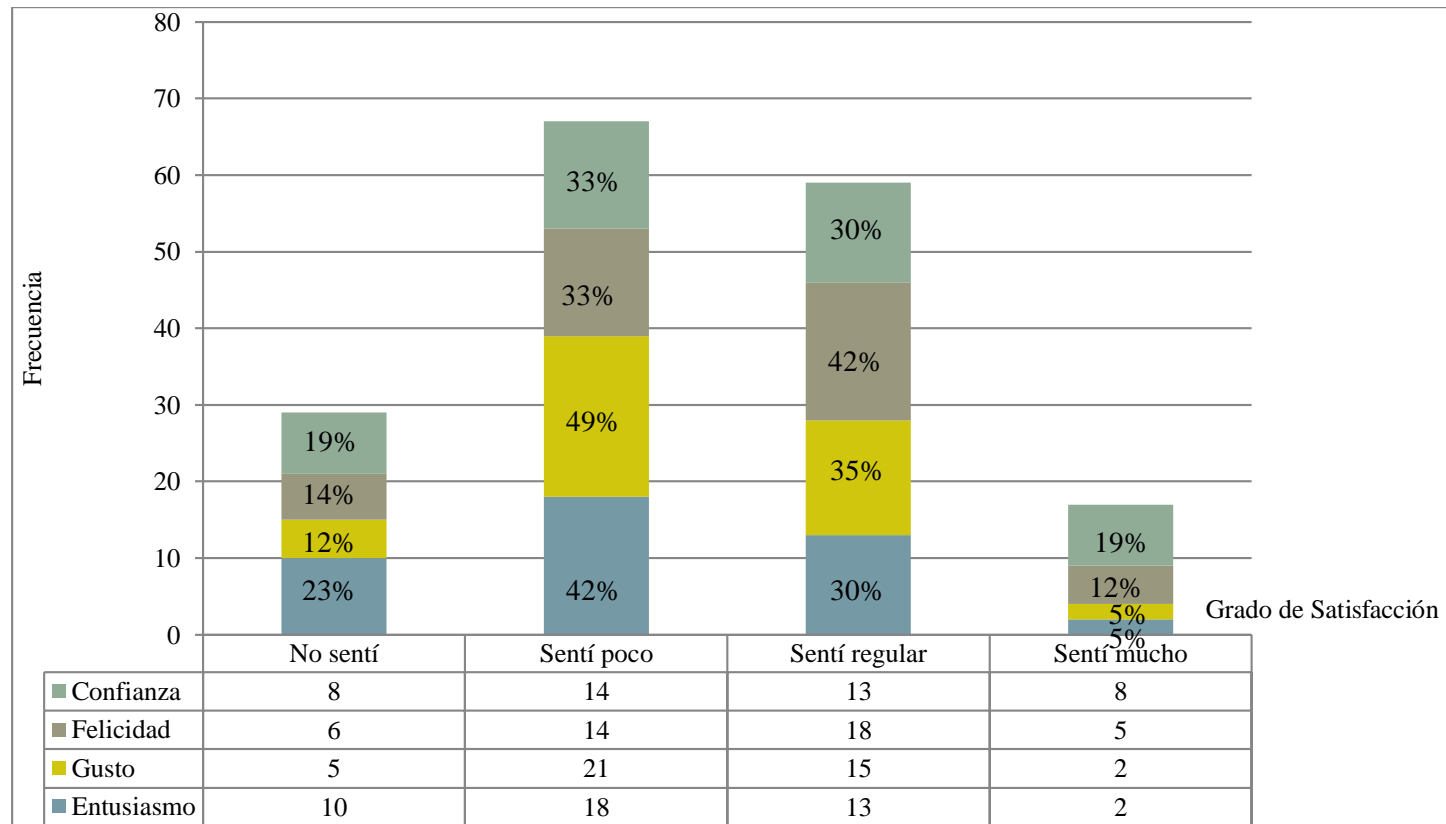
4.2.2.1 Sentimientos Positivos

Los 43 cuidadores encuestados reflejan una tendencia a sentir poco y/ o regular sentimientos positivos; como entusiasmo, gusto, felicidad y confianza.

El 76,74% de la población presentó entusiasmo en el último mes siendo, *Sentí poco* la respuesta con mayor porcentaje, 41,86%. Frente a la presencia de gusto en el último mes, sólo 38 personas lo sintieron; equivaliendo al 88,37%, destacando con un 48,84% la respuesta *Sentí poco*. Al mismo tiempo, el 86,05% sintió felicidad en el último mes y, por último sólo el 81,4% de las 43 personas encuestadas consideró haber sentido confianza. (Véase Gráfico N°12)

Gráfico N°12: “Distribución Porcentual de la presencia e intensidad de los Sentimientos Positivos en Cuidadores”

“Distribución Porcentual de la presencia e intensidad de los Sentimientos Positivos en Cuidadores”



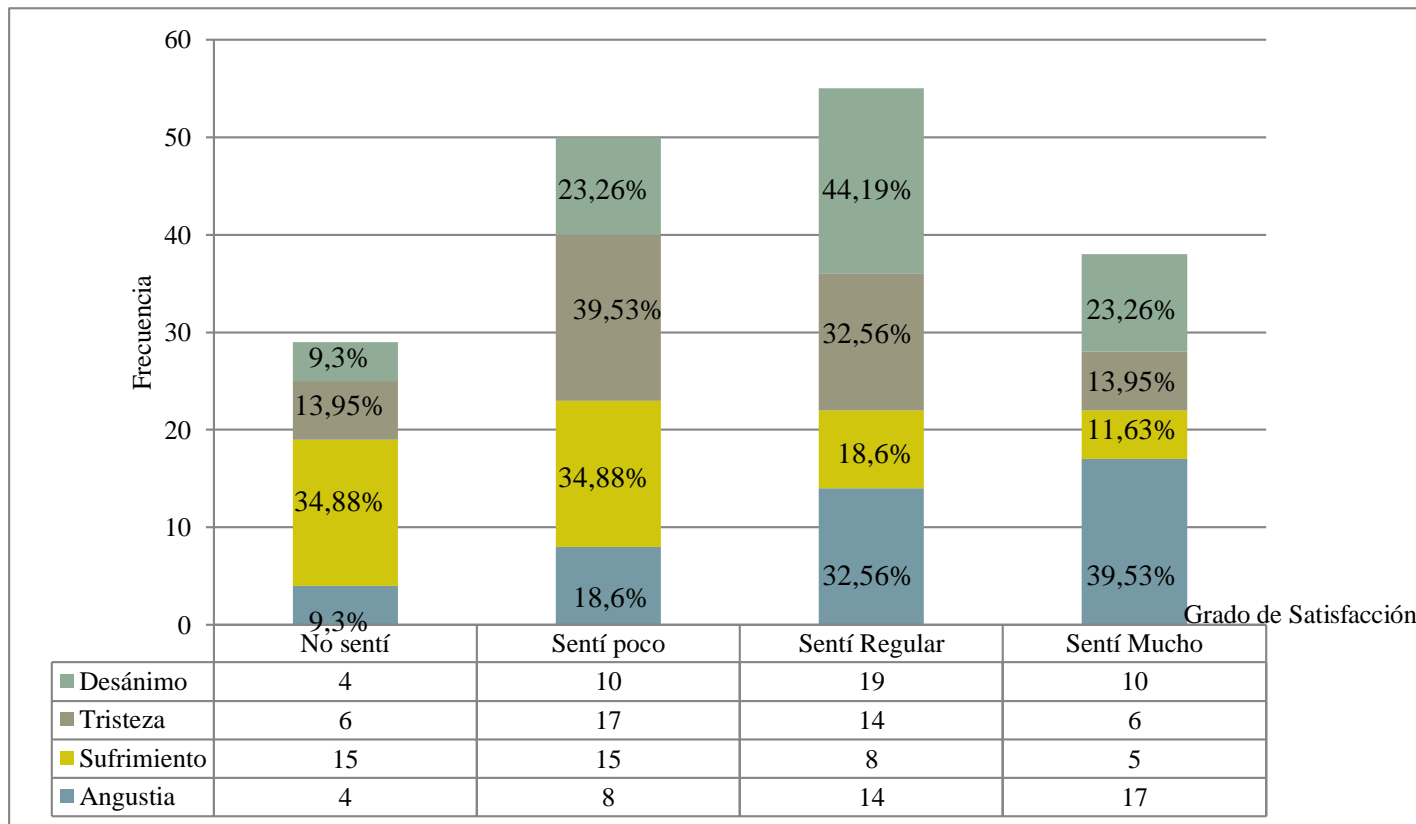
4.2.2.1.1 Sentimientos Negativos

A diferencia de los sentimientos positivos, los sentimientos negativos no muestran una clara tendencia en sus respuestas, pues varían desde el *No sentí* al *Sentí mucho*.

Además, se observa que las personas que sí presentaron angustia en este último mes corresponden a un total de 90,7%, donde, el 39,53% de las 43 personas encuestadas sintió mucha angustia. El 65,12% de la población demostró haber sentido Sufrimiento teniendo mayor tendencia la respuesta *Sentí poco* con un 34,88%. Por otro lado, el 86,05% y 90,7% de la población presentó tristeza y desánimo en el último mes, respectivamente. (Véase Gráfico N°13)

Gráfico N°13: “Distribución Porcentual de la presencia e intensidad de los Sentimientos Negativos en Cuidadores”

“Distribución Porcentual de la presencia e intensidad de los Sentimientos Negativos de los Cuidadores”



4.2.2.2 Satisfacción y Estilo de Vida

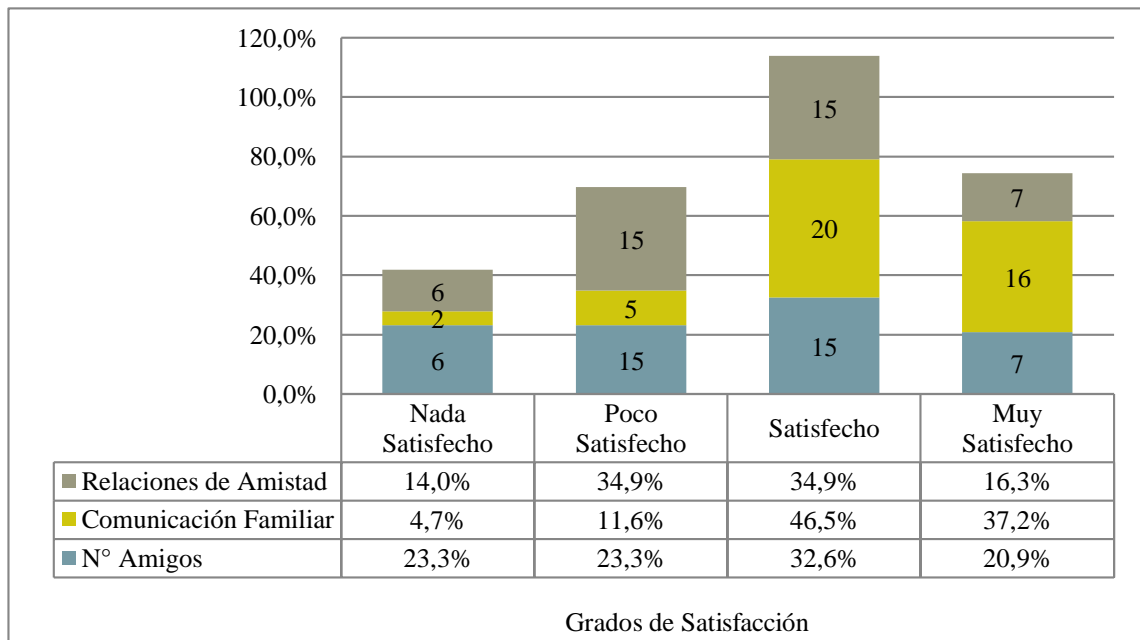
La Escala EBEMS presenta 12 preguntas de grados de satisfacción con la vida y estilos de esta, donde se clasifica en Relaciones interpersonales, Religión y Valores y Situación económica.

4.2.2.2.1 Relaciones interpersonales

De las 43 personas encuestadas el 76,74% presentan un grado de satisfacción, desde poco satisfecho a muy satisfecho, frente al número de amigos que tiene. Sólo un 4,65% no está satisfecho con la comunicación que hay en la familia. Y, por último, un 86,05% de la población presenta algún tipo de satisfacción con las relaciones de amistad que mantiene. (Véase Gráfico N° 14)

Gráfico N°14: “Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción frente a las Relaciones Interpersonales en Cuidadores”

“Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción frente a las Relaciones Interpersonales en Cuidadores”

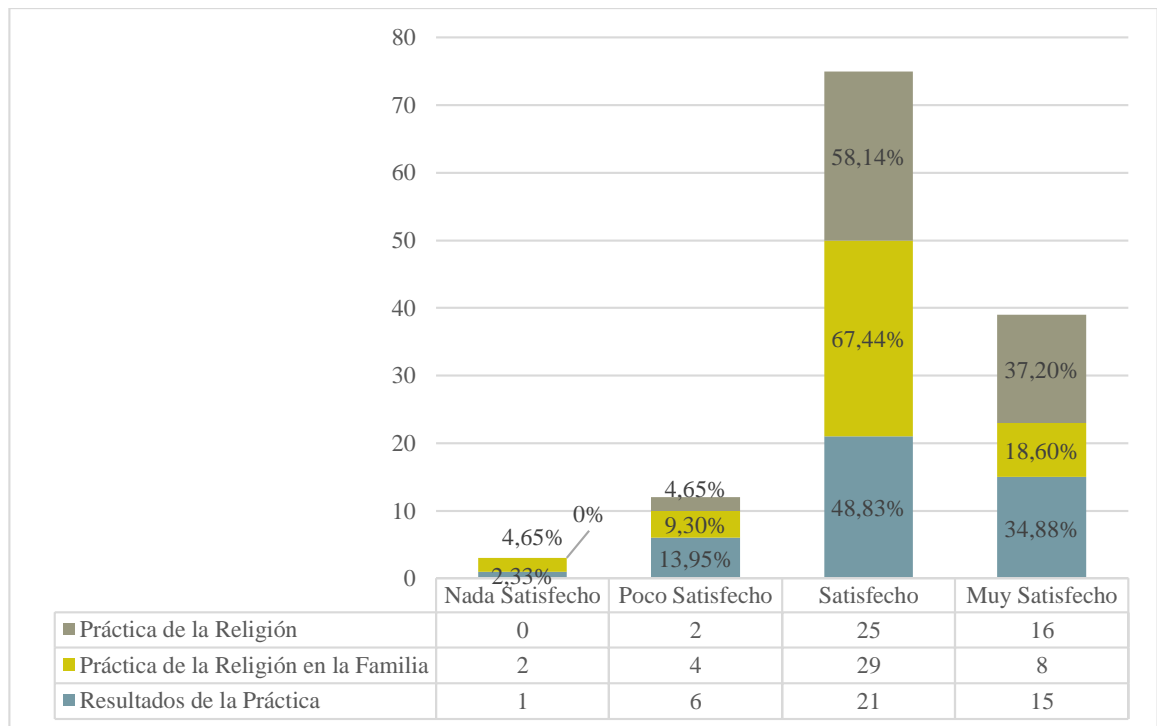


4.2.2.2.2 Religión y Valores

La satisfacción frente a la práctica de religión y valores muestra una tendencia a la satisfacción de esta en las personas encuestadas, pues el 48,83% y 34,88% de las personas respondieron que se encuentran satisfechas o muy satisfechas, respectivamente, con la práctica de la religión y/o valores. Además, el 95,35% y 100% de las personas presentan algún tipo de satisfacción frente a la práctica de la religión y valores en la familia y, los resultados que ha traído la religión y valores a sus vidas, respectivamente. (Véase Gráfico N°15)

Gráfico N°15: “Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Religión y/o Valores en el Cuidador”

“Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción de la Religión y/o Valores en el Cuidador”



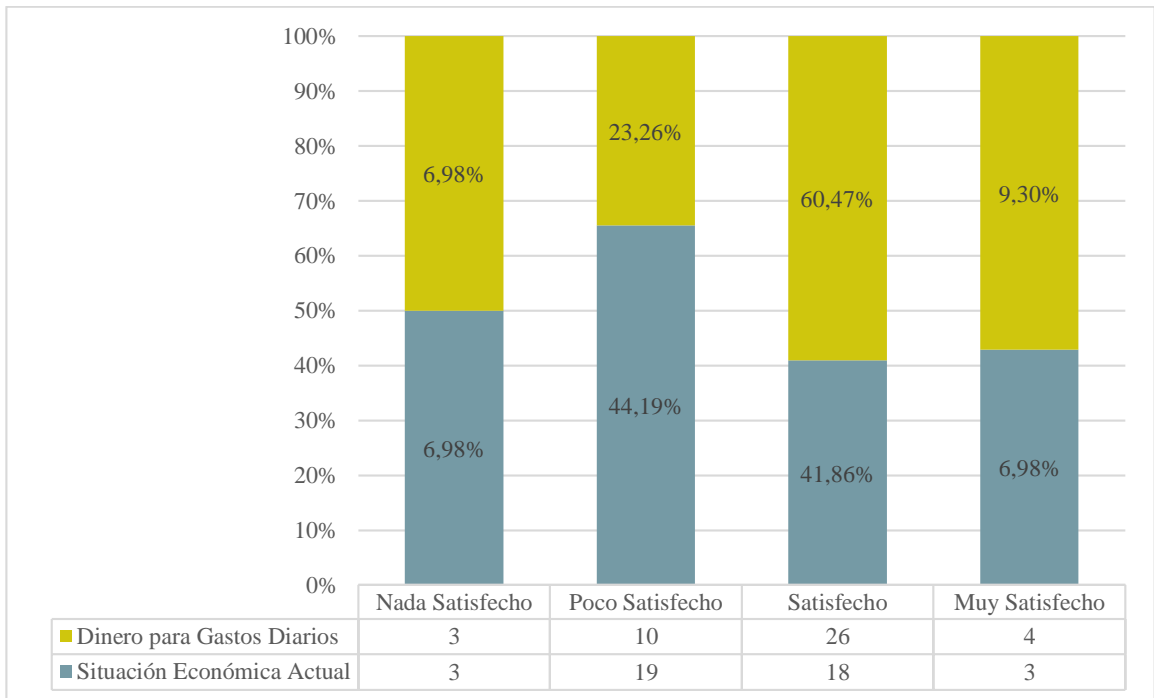
4.2.2.2.3 Situación Económica

Las respuestas de los cuidadores familiares adultos mayores marcan una reiteración en las respuestas poco satisfecho y satisfecho en comparación a las otras áreas.

En igual porcentaje, 6,98%, los proveedores de cuidados no se encuentran satisfechos con su situación económica actual y dinero para gastos diarios. Además, son semejantes para la respuesta *Muy Satisfecho* observándose una minoría en los extremos y alta concentración de la población satisfecha o poco satisfecha para ambas situaciones. (Véase Gráfico N°16)

Gráfico N°16: “Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción frente a la Situación Económica del Cuidador”

“Distribución Porcentual del Grado de Satisfacción del Cuidador para la Situación Económica y Dinero para Gastos Diarios”



CAPITULO 5

**DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y
SUGERENCIAS**

5.1 Discusión

De acuerdo a los datos obtenidos de los instrumentos aplicados se puede concluir lo que se detallará a continuación.

De la población estudiada se obtuvo que el rango mayoritario correspondió al de 60 – 69 años con un 60,47% lo cual, no concuerda con el dato proporcionado por la Encuesta CASEN 2011 (6) que asigna un 50,7% a este mismo tramo etario. Sin embargo, se concluye que el aumento de cuidadores adultos mayores es proporcional al crecimiento nacional de la población adulto mayor.

Por otro lado, se observó que el porcentaje de cuidadores resulta semejante al estudio de Espinoza y Jofré (23) donde indicó que el 90% de los cuidadores informales correspondían a mujeres; siendo estas hijas o cónyuges. En la población estudiada el 88,4% eran mujeres; dentro de esta el 35% correspondían a hijas, hermanas, esposas y nueras, respectivamente. Además, Jofré y Sanhueza (42) hacen referencia que el 88,5% de su muestra se conformó por mujeres y que el 74,4% corresponde fundamentalmente a hijas/os, esposas y hermanas. También, el estudio de Zavala (8) indica que en las características de los cuidadores informales destaca que en su mayoría son mujeres (75% – 84%), con edad promedio entre 40 y 52 años y, que tienen una relación de hijas, esposas o nueras con el paciente. Se justifica la feminización del cuidado porque las mujeres tienen una expectativa de vida mayor a la de los hombres; el 57,2% (6) de la población adulta mayor es de sexo femenino. Además, socioculturalmente, la mujer ha sido asociada a la tarea del cuidar; labor que inicia con la maternidad. Asimismo, se encuentra el factor moral ligado a los sentimientos de responsabilidad sobre el cuidado de la familia (53).

También se observa que el 63% de los cuidadores posee una experiencia de 0 a 4 años dato que se asemeja al estudio de Espín (43), pues el 68,9% de los cuidadores llevaban de 0 a 4 años en esta labor. Es posible deducir que a mayor experiencia del cuidador, mayor presencia de consecuencias negativas para el este, tales como; estrés psicológico, depresión, sobrecarga, mayor morbilidad, cansancio físico, deterioro de la salud y falta de tiempo para el autocuidado (54).

Frente a la previsión de los cuidadores se obtuvo que el 97,67% pertenece al Sistema de Salud Pública destacando el grupo FONASA A con un 72%, al extrapolarlo a la realidad chilena según la Informe estadístico 2011 (6) se observa que el 78,7% de la población posee el mismo sistema de salud siendo FONASA A con un 31,5% el grupo mayoritario. Frente a la realidad del estudio, población adulto mayor, FONASA A puede estar formada por las personas con pensión por vejez y/o causantes de subsidio familiar (Ley 18.020) siendo estos parte de la población más vulnerable, económicamente; pudiendo afectar la percepción de satisfacción económica de éstos y, por tanto, mermar el bienestar subjetivo.

El 100% de la población encuestada presenta al menos una enfermedad crónica; cifra que se ve reflejada en el estudio de Luengo, Araneda y López (44) donde indican que el 51% de los cuidadores presenta alguna patología crónica no transmisible, en su mayoría HTA o DM como resultado de las exigencias de cuidar de una persona dependiente. Además, destaca la HTA, DM y Artrosis; coincidiendo con las patologías presentadas en el estudio Anciano que Cuida a Anciano (7) y, con la realidad nacional donde el 48,5% de la población adulto mayor se controló por enfermedades crónicas en el 2011(1). Con los datos presentados se puede observar que el alto porcentaje de enfermedades crónicas es concordante con la realidad nacional, situación que afecta directamente la funcionalidad del cuidador dificultando su labor, generando una sobrecarga que propicia la aparición de sentimientos negativos y, por tanto, alterando el bienestar de éste.

En la categoría, otras enfermedades, se observa una prevalencia de un 30% de la depresión correspondiendo a un 14% de la población total, dato semejante citado por Espín (43); un 20,7% de los cuidadores son portadores de depresión. Las patologías mentales de trastornos del ánimo son cada vez más frecuentes en la población adulta mayor, relacionadas directamente con la etapa psicosocial que vivencian y que implica la pérdida de roles sociales, jubilación y funcionalidad. Experiencias que se verían potenciadas por la sobrecarga de cuidar de otro adulto mayor, llevando al límite las capacidades tanto físicas como mentales de las personas, exponiéndolas a situaciones de estrés y ansiedad, que pueden manifestarse en cuadros depresivos o en trastornos de ansiedad; aumentando la presencia de sentimientos negativos y, por consecuencia, la disminución del Bienestar Subjetivo.

En cuanto a la variable de red apoyo social se obtuvo que el 46,5% de los cuidadores lo percibieran tanto social como ambas (familiar y social); en porcentajes quedaría expresado como un 9,3% y 37,2%, respectivamente. Se consideró que el porcentaje total de las personas que reciben este tipo de apoyo es moderado, por el contrario, a la realidad del estudio de Espinoza y Jofré (23) donde consideran que hay un bajo apoyo social. Dando cuenta que la familia sigue siendo una base fundamental al momento de brindar apoyo a los cuidadores principales informales, ya que son ellos con quienes se mantiene un contacto más cotidiano y directo, compartiendo la preocupación por el bienestar de la persona postrada. La funcionalidad del Adulto Mayor está asociada a la calidad de su red de apoyo; es por ello que la familia es un factor importante al momento de evaluar la calidad del envejecimiento que éste posee.

Con respecto a la presencia de sentimientos negativos en los cuidadores encuestados es posible extraer que prevalece la angustia y el desánimo, ambas con un 91% donde no se considera la intensidad de éste (poco, regular o mucho), sino que sólo la presencia. Esto se puede contrastar con el estudio realizado por Espín (43) indicando que el número de casos que presentaron angustia es de un 82%. Por otro lado, se observó que la población que sintió mucha tristeza es de un 14%, sin embargo, estudio citado por misma autora dice que se encuentra en 42,0% de los cuidadores, la aparición de tristeza y deseos de llorar. Entendiéndose las emociones como resultado de un proceso biológico y mental, su aparición en forma de emociones negativas alteran el bienestar subjetivo; a mayor sobrecarga mayor presencia de emociones negativas.

Al considerar las respuestas nada satisfecho 6,98% y poco satisfecho 23,26% se concluye que el 30,24% de la población encuestada percibe que el dinero para los gastos diarios es insuficiente, realidad que se asemeja al estudio de Espinoza y Jofré (23) al considerar que los cuidadores tienen una percepción económica insuficiente para la satisfacción de las necesidades de la vida diaria. Lo anterior, se justifica por el abandono de la actividad laboral manifestado por la jubilación que conlleva una disminución de los recursos económicos de las personas adultas mayores, quienes deben satisfacer necesidades básicas de un hogar o necesidades especiales en salud (fármacos de alto costo, pañales, etc.) con limitadas pensiones. Este cambio puede generar mayor estrés en el cuidador si es que no tiene o percibe la red de apoyo necesaria.

5.2 Limitaciones de la investigación

- La principal limitación del estudio fue el acceso a los datos de los cuidadores. La información del Programa de Atención Domiciliaria Integral (PADI) se enfocaba principalmente en la persona dependiente; su condición patológica, edad y dirección. No existían registros claros sobre la cantidad de cuidadores y sus características biosociodemográficas lo cual retrasó el acceso a la población y, por ende, la formulación de la muestra. Debido a lo mismo se hizo necesario corroborar los antecedentes de cada una de las personas adscritas al programa, para verificar que cumplieran los criterios de inclusión del estudio.
- Debido al retraso en la obtención de datos, se vio afectado el envío oportuno de documentos solicitados por el Comité de Ética perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. A modo de solución y para acceder a la población con los permisos éticos pertinentes, se gestionó la revisión de documentos por la Sub Comisión de Ética de la Escuela de Enfermería y del Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quillota, siendo aprobados en ambas instancias.
- Escasez de estudios a nivel nacional e internacional sobre el bienestar subjetivos en cuidadores familiares adultos mayores.

5.3 Conclusiones

Conforme a los datos emanados del estudio se establece que los cuidadores familiares en su mayoría son mujeres que fluctúan entre los 60 y 85 años de edad, correspondientes a hija o esposa de la persona dependiente que recibe sus cuidados. Por esto, es innegable que existe una feminización del cuidado hacia las personas dependientes, pues la sociedad obliga de manera inconsciente o subjetiva a las mujeres a ser responsables del cuidado lo cual se asume como un proceso natural. En igual porcentaje, el nivel de escolaridad se presenta para Media Completa o Técnico/Universitario, siendo un factor protector para el autocuidado y para las personas cuidadas. Son portadoras de al menos una patología crónica (HTA, DM y Artrosis, principalmente), situación que afecta negativamente la funcionalidad del cuidador, al igual que los años de experiencia que tenga éste. Además, se caracterizan por pertenecer a FONASA, sistema público de salud, de categoría A, con percepción de red de apoyo, mayoritariamente, familiar y, aceptación de la situación económica actual como suficiente para cubrir los gastos diarios lo que resulta como factor protector para el proveedor de cuidados.

De los sentimientos positivos; entusiasmo, gusto, felicidad y confianza, los cuidadores adultos mayores familiares vivenciaron con mayor intensidad (sentí mucho) la confianza y en menor intensidad (no sentí) el entusiasmo. Sentimientos de relevancia para el bienestar subjetivo y su influencia en la autoestima del cuidador, pues este puede ver potenciado su rol y entregar mejores cuidados, fomentar sus mecanismos de afrontamiento ante la sobrecarga y, mejorar la percepción del bienestar y prevenir enfermedades psicológicas.

De los sentimientos negativos; sufrimiento, angustia, tristeza y desánimo, los cuidadores familiares expresaron sentir con mayor intensidad angustia y en menor, sufrimiento. Concluyéndose que exponer a los cuidadores adultos mayores a altos niveles de estrés acompañado de sentimientos negativos, sin la pesquisa e intervención oportuna del equipo de salud, interfiere directamente sobre la calidad de cuidados que estos adultos mayores otorgan a sus familiares dependientes. Además de fomentar la prolongación de sentimientos que perturban el bienestar subjetivo, disminuyendo la autoestima de los cuidadores al no poder encontrar las

herramientas necesarias para la resolución de conflictos sucumbiendo ante el contexto que vivencian a diario.

Con respecto a los grados de satisfacción de relaciones interpersonales, práctica de religión y valores y la situación económica de los cuidadores, se concluye que estos se encuentran satisfechos en cada uno de estos aspectos, siendo todos estos relacionados con la red de apoyo y percepción de esta, factores relevantes para el Bienestar Subjetivo.

La red de apoyo en relación a las variables nombradas, se ve representada por la familia e instituciones locales y nacionales, especialmente por los centros de salud que tiene mayor contacto con los cuidadores o las personas cuidadas. La calidad de gestión de cuidado otorgado por los centros atención primaria tendrán gran impacto en la imagen y experiencia de la persona atendida y del cuidador adulto mayor, siendo percibido el personal de salud como un apoyo eficiente o deficiente en su labor.

Sobre el grado de satisfacción de relaciones interpersonales, se identifica a la familia como la principal red de estas, siendo la que sufre mayor alteración como consecuencia de la transmutación de roles y dinámicas que provoca una persona dependiente en la familia.

Respecto de la satisfacción económica, se considera que es variable su apreciación y depende explícitamente de las necesidades propias de cada grupo familiar, sin embargo, se considera relevante la satisfacción de este objetivo, debido a la importancia que tiene dentro de la familia.

Por lo anterior, es relevante que el profesional enfermero, en primera instancia, conozca la etapa de vida del adulto mayor pues, será la primera guía de los cuidados que se le deben brindar al cuidador familiar adulto mayor. Además, la sociedad en la que está inserta, tanto la persona dependiente como el cuidador ya que, la dimensión cultural es necesaria para suministrar cuidados que se ajusten a las necesidades, valores, creencias, perspectiva de vida de las personas y actividades que generen su bienestar. Asimismo, el conocimiento y comprensión de lo anterior permitirá identificar el tipo de bienestar subjetivo que tiene el cuidador, cuestión importante, ya que el bienestar de los adultos mayores depende del bienestar del proveedor de cuidados.

Recayendo aquí la importancia del cuidar al cuidador y no sólo a la persona dependiente de cuidados.

5.4 Sugerencias

Es menester que tanto los profesionales del equipo multidisciplinario de salud como el Profesional Enfermero, tengan en consideración las siguientes recomendaciones para el mejoramiento del bienestar subjetivo del cuidador adulto mayor.

- Implementar sistema de base de datos por medio de fichas con antecedentes personales y de salud de los cuidadores y personas adscritos al Programa de Atención Domiciliaria Integral (PADI) con especial énfasis en la población adulta mayor que se desempeña como cuidador. De esta forma se permitirá una valoración acorde a las necesidades del binomio dependiente - cuidador, favoreciendo la gestión de intervenciones del equipo de salud de manera más atinente a la realidad de las personas.
- Por medio de la creación de esta base de datos, se obtendría un perfil detallado de los cuidadores y dependientes adscritos al programa, permitiendo la clasificación y pesquisa precoz de cuidadores con mayor riesgo de sobrecarga y alteración del bienestar subjetivo. Con esta intervención se agilizaría la gestión de recursos, su distribución y prestaciones en salud acorde a las necesidades de la población más vulnerable adscrita al programa.
- Durante las visitas domiciliarias fomentar en la familia la importancia de convertirse en una red de apoyo al cuidador, incitando a la participación activa en los cuidados, permitiendo tiempos de relevo y descanso en los cuidadores.
- Evaluar de manera integral y exhaustiva la condición del cuidador adulto mayor, no solo como una herramienta para el cuidado del dependiente, sino como una persona con necesidades en salud tan especiales como las del dependiente. Se hace necesario identificar las fortalezas y debilidades físicas, psicológicas y sociales del cuidador, pesquisando alteraciones y factores de riesgo que intervengan en su bienestar y labor.
- Integrar como herramienta de valoración el instrumento validado conocido como la Escala del Bienestar Subjetivo EBEMS/CFAM, que permite conocer con mayor detalle

el nivel de bienestar subjetivo del cuidador y la implicancia que éste tendría sobre su desempeño como persona mayor al cuidado de otro adulto mayor.

- Implementar un plan de seguimiento diseñado específicamente para los cuidadores adultos mayores, que implique un mayor número de visitas domiciliarias por parte del centro de salud.
- Fomentar redes de apoyo promoviendo y difundiendo la creación de agrupaciones de cuidadores adultos mayores. En estos espacios se brindarían periodos de esparcimiento, educación y apoyo especializado sobre la labor que realizan, permitiéndole empatizar con otras personas que viven situaciones similares, promoviendo el intercambio de experiencias, potenciando el afrontamiento y mitigando el impacto del estrés que experimentan a diario.
- Brindar educación y capacitación formal en cuidados básicos considerando las características de aprendizaje propias del cuidador y de los requerimientos del dependiente, intervención que permitirá mejorar la calidad del cuidado.
- Educar al cuidador adulto mayor sobre sus derechos, deberes y beneficios en prestaciones sociales y de salud: cuáles son, cómo debe acceder a ellas, a que profesional de su centro de salud debe acercarse.
- Fomentar la investigación en el área, difundiendo en los equipos de salud la necesidad de readaptación de los servicios y prestaciones en salud para satisfacer las necesidades de las nuevas tendencias epidemiológicas, especialmente la de los cuidadores adultos mayores.
- Ejecutar estudios similares en otros centros de salud para profundizar y generar mayor conocimiento en torno a la figura del cuidador adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SENAMA. Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012- 2025. Santiago; 2012 [cited 2013 Diciembre. Available from: <http://www.senama.cl/filesapp/PIEP-2012-2025.pdf>
2. INE. [Informe]. Santiago; 2013 [cited 2013 diciembre 15. Available from: http://www.iab.cl/wp-content/themes/IAB/download.php?archivo=11803%7Cresumencenso_2012.pdf .
3. Domínguez M. ea. Escala de Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores (EBEMS/CFAM). Revista de Psicología. 2011; 29(2).
4. SENAMA. Política Integral de Envejecimiento Positivo. Servicio Nacional del Adulto Mayor. 2010.
5. CEPAL. Boletín Demográfico. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [Observatorio demográfico].; 2003, 2005, 2007 [cited 2013. Available from: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/38948/LC_W.311.pdf .
6. Ministerio de Desarrollo Social. [Informe estadísticos].; 2011 [cited 2013 diciembre. Available from:

<http://www.senama.cl/filesapp/RESULTADOS%20ADULTO%20MAYOR%20CASEN%202011.pdf> .
7. Costa et al. Anciano que cuida a anciano. Gerokomos. 2007 Septiembre; 18: p. 25-32.
8. Zavala M. Problemas que Enfrentan los Cuidadores Familiares / Problems Face by Family Caregivers Face. Revista Horizonte UC. 2008; 19(1).
9. Abellán APM. Estudio monográfico: la discapacidad en la población española. In mayores Odp, editor.. Madrid; 2004. p. 777-809.

10. Morales M. CHILE ENVEJECE: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario. [Memoria]. Santiago: Universidad de Chile; 2001 [cited 2012 Diciembre]. Available from: <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/morales.pdf> .
11. SENAMA. Estudio de Recopilación, Sistematización y Descripción de Información Estadística Disponible sobre Vejez y Envejecimiento en Chile [Estudio de Recopilación]. Santiago; 2011 [cited 2013 Julio 26. Available from: <http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20ESTUDIO%20RECOPILOCION%20ESTADISTICA.pdf> .
12. Castanedo et al. Consideraciones Generales Sobre el Envejecimiento. In Temas de Enfermería Gerontológica. España: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica p. 3.
13. Noriega et al. Proceso de Envejecer: Cambios Físicos, Cambios Psíquicos, Cambios Sociales. In Temas de Enfermería Gerontológica. España: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica p. 2-20.
14. Martín J. Psicoterapia en la Edad Tardía. Clínica y Salud. 2008 Mayo; 19(1): p. 101-120.
15. Ávila AM. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta Médica Costarricense. 2009 Abril; 51(2): p. 71-73.
16. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [Online].; 1986 [cited 2013. Available from: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> .
17. Alfaro et al. Reporte de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles. Santiago: Gobierno de Chile; 2011 [cited 2013 Julio 10. Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/InformeNacionalVENTChile2011.pdf> .
18. Pajares B. Cansancio del rol del cuidador. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie de Trabajos de Fin de Grado. 2012; 4(1): p. 717-750.
19. Otero et al. La dependencia en las personas mayores: necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat [Libro Digital].; 2008 [cited 2013 Julio. Available from: http://gerontologia.udc.es/librosL/pdf/la_dependencia_en_las_personas_mayores.pdf .

20. Alfaro T. Situación Epidemiológica en Chile de las ENT y sus factores de riesgo. Valparaíso; 2011 [cited 2013 Noviembre. Available from: http://seremi5.redsalud.gob.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2012/01/Epi-ENT.pdf .
21. Sepúlveda MJ. "¿Quién cuida al cuidador?" Experiencia del cuidador de pacientes en estado de postración [Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería]. Vadiivia; 2007 [cited 2013 Julio 20. Available from: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fms479q/doc/fms479q.pdf> .
22. Unidad de Discapacidad y Rehabilitación. NORMA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS DE PERSONAS QUE SUFREN DE DISCAPACIDAD SEVERA [Norma].; 2006 [cited 2013. Available from: https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CC4QFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.ssmaule.cl%2Fpaginas%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D2154%26Itemid%3D123&ei=xUU1U_n4BJXfsAS2k4KoCA&usq=AFQjCN .
23. Espinoza MK JA. Sobrecarga, Apoyo Social y Autocuidado en Cuidadores Informales. Ciencia y Enfermería. 2012 Agosto; 18(2): p. 23-30.
24. SENAMA. Estudio de Situación de los AM dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios [Informe]. Santiago; 2007 [cited 2013 Noviembre. Available from: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_de_situacion_de_AM_con_pension_y_cuidadores_domiciliarios.pdf.
25. Oblitas L. Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento [Revista electrónica]. Santiago; 2009 [cited 2013 Diciembre. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200008.
26. González F et al. Sobrecarga del Cuidador de Personas con Lesiones Neurológicas. Revista del Hospital J.M. Ramos Mejias. 2004; 9(4): p. 1-22.
27. Peón S. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el "Síndrome del Cuidador". Enfermería Científica. 2004 Marzo-Abril;(264-265): p. 16-22.
28. Merino S. Calidad de vida de los cuidadores familiares que cuidan niños en situación de enfermedad crónica. Avances en Enfermería. 2004 Enero-Junio; 22(1): p. 40-6.

29. Achury D et al. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con pacial dependencia. Bogotá (Colombia). 2011 Enero-Junio; 13(1): p. 365-375.
30. Instituto Nacional de Estadísticas. [Notas de prensa].; 2013 [cited 2013. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.
31. Laserna J. Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicología Conductual*. 1997; 5(3): p. 365-375.
32. Pérez P. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental [Artículo Online]. Salamanca; 2006 [cited 2013 Julio 20. Available from: <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/CD%20Tesis/Tesis%20Anibal/tesina%20cuidadores06.pdf> .
33. Mella R. Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe*. 2004 Mayo; 13(1): p. 79-89.
34. Cuadra H,FR. [Revista Electrónica].; 2003 [cited 2013. Available from: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17380/18144> .
35. Universidad Central. Estrategias de Promoción y Prevención en el Proceso Salud Enfermedad a través del Fomento de las Emociones Positivas. In Longo A.. Santiago; 2007. p. 15-53.
36. Greco C. Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit*. 2010 Junio; 16(1): p. 81-93.
37. Vecina M. Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo*. 2006; 27(1).
38. López G. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2009 Junio; 2(7): p. 332-339.
39. Pérez P. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana. Camaguey 2008. *Revista Cubana de Enfermería*. 2009 Julio-Diciembre; 25(3-4).
40. Erikson E. El ciclo vital completado Paidos , editor. Barcelona; 2000.

41. Castillo J. El Cuidado Cultural de Enfermería: Necesidad y Relevancia. Rev. c ienc méd Haban. 2008 Septiembre; 7(3).
42. Jofré V SO. Evaluación de la Sobrecarga de Cuidadoras/es Informales. Ciencia y Enfermería. 2010 Diciembre; 16(3).
43. Espín A. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de [Investigación].; 2008 [cited 2014 Enero. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v34n3/spu08308.pdf> .
44. López M° J. OR,ea. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. RevClinMedFam. 2009; 2(7).
45. SENAMA. Las Personas Mayores en Chile, Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez [Estudio de Recopilación]. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2009 [cited 2013 Julio 26. Available from: http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf .
46. Soberanes FS et al . Funcionalidad en Adultos Mayores y su Calidad de Vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2009; 14(4): p. 161-172.
47. Luengo C ea. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. Index Enferm. 2010; 19(1): p. 14-18.
48. J B. Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. Rev Cubana Salud Pública. 2012 Enero-Marzo; 38(1).
49. Vaquiro S. CUIDADO INFORMAL, UN RETO ASUMIDO POR LA MUJER. Ciencia y Enfermería. 2010; 16(2): p. 9-16.
50. Domínguez M. Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. Médicas uis. 2010 Enero-Abril; 23(1): p. 28-37.

51. Rodríguez Y. El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. Revista Griot. 2012 Diciembre; 5(1).
52. Celina H. Aproximación al uso del coeficiente de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005; 34(4): p.572-580 [cited 2014. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>
53. Vaquiro S, Stiepovich J. Cuidado Informal, un Reto Asumido por la Mujer. Cienc. Enferm. 2010; 16(2): p.9-16 [cited 2012. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000200002&script=sci_arttext
54. Rogero J. La consencuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. Index Enferm Enero-Marzo 2012; 19(1) [cited 2014. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010
55. Castillo J. El Cuidado Cultural de Enfermería. Necesidad y Relevancia. Rev haban cien méd Julio-Septiembre 2008; 7(3) [cited 2012. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003
56. García M, Martínez R. Enfermería y Envejecimiento. 1ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2012. p. 10-69

ANEXOS

ANEXO N° 1: *Instrumento Biosociodemográfico*

INSTRUMENTO BIOSOCIODEMOGRÁFICO

Nombre Completo (iniciales): _____ N° Ficha: _____ RUT: _____ Edad: _____

Sexo:

1. Femenino	
2. Masculino	

Parentesco:

1. Relación Conyugal	
2. Relación Filial	
3. Otro	

Escolaridad:

1. Básica Completa	
2. Básica Incompleta	
3. Media Completa	
4. Media Incompleta	
5. Técnico/Universitario	

Previsión:

1. FONASA A	
2. FONASA B	
3. FONASA C	
4. FONASA D	
5. Isapre	
6. Sin Previsión	

Enfermedades Crónicas SI ___ NO ___ ¿Cuál?

1. HTA	
2. DM	
3. TBC	
4. Artrosis	
5. EPOC	
6. Obesidad	
7. OH	
8. Tabaco	
9. Otras	

Red de apoyo: SI ___ NO ___ Tipo Red de apoyo:

1. Familiar	2. Social	3. Ambas
-------------	-----------	----------

Experiencia de Cuidador (años): _____

ANEXO N° 2: Escala de Bienestar Subjetivo de Cuidadores Familiares



Escala de Bienestar Subjetivo EBEMS/CFAM



- En seguida hay una lista de sentimientos e emociones. Indique que tan fuerte sintió cada una de ellas **en el último mes.**
- Responda en lo cuadrillos que aparecen al lado de cada sentimiento o emoción, marcando con "X" la opción que mejor refleje su situación.

Angustia	No sentí	Sentí un poco	Sentí regular	Sentí mucho	Confianza	No sentí	Sentí un poco	Sentí regular	Sentí mucho
Entusiasmo					Desánimo				
Sufrimiento									
					Gusto				
					Tristeza				
					Felicidad				

- Ahora, por favor indique su grado de satisfacción en diferentes aspectos de la vida, marcando "X" en el cuadrillo que más refleje su grado de satisfacción en esa área.

YO ESTOY:

_____	_____	_____	_____	_____	Con la cantidad de amigos que tengo	_____	_____	_____	_____	Con el dinero que tengo para pagar los gastos diarios
_____	_____	_____	_____	_____	Con la comunicación en mi familia	_____	_____	_____	_____	Con mi dinero para comprar gustos personales
_____	_____	_____	_____	_____	Con el dinero que tengo para divertirme	_____	_____	_____	_____	Con la forma practico mi religión – valores morales
_____	_____	_____	_____	_____	Con las relaciones de amistad que tengo	_____	_____	_____	_____	Con la forma como mi familia la religión – valores morales
_____	_____	_____	_____	_____	Lo que mi situación económica me ha permitido hacer en la vida	_____	_____	_____	_____	

ANEXO N° 3: Carta de Autorización Instrumento



Valparaíso – Chile, Miércoles, 18 de abril de 2013

Dra. Miriam Domínguez Guedea

Coordinadora del Equipo de Investigación y Acción.
Para Cuidadores Familiares de Adultos Mayores.
Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación.
Universidad de Sonora – México.
México.

DRA. MIRIAM DOMÍNGUEZ GUEDEA
PRESENTE

Somos estudiantes de cuarto año del pre-grado de la carrera Enfermería de la Universidad de Valparaíso - Chile y actualmente nos encontramos en nuestro seminario de tesis junto a las investigadoras principales y docentes guías, Johana Vidal Ortega y Paola González Gárate. Nuestro proyecto consiste en conocer el "Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores Adscritos al Programa de Atención Domiciliaria Integral (PADI)" de Quillota.

Por ser autora y titular de los derechos de autor de la *Escala de Bem-Estar Subjetivo EBEMS/CFAM* es que pedimos la autorización del uso de su instrumento en el proyecto y así, poder objetivar el bienestar subjetivo de los adultos mayores que serán encuestados.

Nos comprometemos a hacer un buen uso de su instrumento, hacer las citas respectivas de éste y a dar conocimiento de los resultados del estudio si Ud. otorga los permisos respectivos para esto.

Atentamente;

Investigadoras principales y tesisistas

Yo, Miriam Domínguez Guedea autorizo a Johana Vidal Ortega investigadora principal del proyecto de tesis "Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores Adscritos al Programa de Atención Domiciliaria Integral (PADI)" de Quillota" elaborado por alumnas de pre-grado pertenecientes a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso de Chile, para el uso del instrumento *Escala de Bem-Estar Subjetivo EBEMS/CFAM* de mi autoría en el proyecto ya nombrado.



Miriam Domínguez Guedea
Autora
miriam@sociales.uson.mx



Johana Vidal Ortega
Investigador
johana_vidal@uv.cl

ANEXO N° 4: Carta de Autorización Quillota



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Elos Cuevas 1028, Subida El Ulre, Valparaíso
Teléfono (32) 2507401 - www.uv.cl

Valparaíso, 22 agosto 2013

Sr. Víctor Alvarado Miric
Director
Departamento de Salud
Municipalidad de Quillota

De mi consideración:

Al momento de saludarle, me dirijo a usted con el fin de solicitar su autorización para que un grupo de estudiantes de 4º nivel de la Escuela de Enfermería-Universidad de Valparaíso, puedan llevar a cabo las actividades que se indican a continuación con respecto al Seminario de Tesis que deben realizar.

Nombre del Seminario:	Bienestar subjetivo del cuidador familiar de personas adultas mayores adscritas al Programa de Postrados.	
Objetivo general	Describir el bienestar subjetivo del cuidador familiar de personas adultas mayores adscritas al Programa de Postrados	
Actividades a efectuar:	Conocer la implementación y la población a cargo del programa en los centros de salud pertenecientes al departamento de salud de la Municipalidad de Quillota.	
Establecimiento	Centros de Salud Municipales.	
Fecha o período:	A partir del 26 agosto hasta diciembre 2013.	
Estudiantes:	Betzabeth Fuentes Heredia	17754353-5
	Fernanda Perez Jorquera	18034628-7
	Zahira Vargas Galvez	16748469-7

Docente a cargo: Johana Vidal Ortega Email: johana.vidal@uv.cl
(32) 2507443

Agradeciendo de antemano su atención, le saluda atentamente.



PROF. JOHANA VIDAL O.

ANEXO N° 5: Carta de Compromiso




Departamento de Salud Ilustre Municipalidad de Quillota

CARTA COMPROMISO

Con fecha 2 DE SEPTIEMBRE, JOHANA VIZOL ORTEGA
COORDINADORA CIENCIAS BÁSICAS (Nombre y Cargo), en representación
 de Universidad DE VALPARAÍSO
 y JOHANA VIZOL ORTEGA, Alumno/a tesista
 o investigador/a de la Carrera de ENFERMERÍA de la misma
 Universidad, firman el presente documento, mediante el cual los abajo firmantes
 asumen los siguientes compromisos:

- 1) Tanto la Universidad como el/la Alumno/a tesista o Investigador/a, trabajarán
 únicamente y exclusivamente en el tema:
PRELACTANCIA SUBJETIVO DE EN MADRES PÁRULAS ADULTAS MAYORES
- 2) El / la alumno (a) tesista o investigador/a no realizará ninguna intervención en
 procedimientos clínicos o terapéuticos o acciones de salud.
- 3) Tanto la Universidad como alumno/a tesista o investigador/a, asumen sobre sí
 cualquier riesgo o siniestro que le acontezca a alumno/a
JOHANA VIZOL ORTEGA, en o con motivo su tesis.
- 4) Alumno/a tesista o investigador/a, al término de su tesis o investigación, entregará
 un ejemplar impreso y uno en formato digital, a la Jefatura de Recursos Humanos del
 Departamento de Salud, para que ésta, a su vez, adopte las medidas pertinentes
 para que dicho material sirva de consulta para profesionales de Atención Primaria de
 Salud Municipal de Quillota, entendiéndose que tesista y Universidad autorizan su
 publicación en Biblioteca Digital de Portal Saludquillota, administrada por el
 Departamento de Salud.



Nombre, Rut y Timbre de
Representante Universidad
JOHANA VIZOL ORTEGA
COORDINADORA CIENCIAS BÁSICAS
10.864.467-1
 Cerro del Velt N° 520 Población México, Quillota - Chile
 Fono: 33-296200 fax 33-296215
 Mail: victor.alvarado@saludquillota.cl




Nombre y Rut de Alumno/a
Tesista o Investigador/a
JOHANA VIZOL ORTEGA
10.864.467-1

ANEXO N° 6: Carta de Compromiso




Departamento de Salud Ilustre Municipalidad de Quillota

CARTA COMPROMISO

Con fecha 02 de Septiembre Johana Vial Ortega
Coordinadora de Campo Clínico (Nombre y Cargo) en representación
 de Universidad de Valparaíso
 y Betzabet Ternes Heredia Alumno/a tesista
 o investigador/a de la Carrera de Enfermería de la misma
 Universidad, firman el presente documento, mediante el cual los abajo firmantes
 asumen los siguientes compromisos:

- 1) Tanto la Universidad como el/la Alumno/a tesista o Investigador/a, trabajarán
 únicamente y exclusivamente en el tema
Bicicleta: Subjetivo de Cuestiones Formuladas Adulto Juvencos.
- 2) El / la alumno (a) tesista o investigador/a no realizará ninguna intervención en
 procedimientos clínicos o terapéuticos o acciones de salud.
- 3) Tanto la Universidad como alumno/a tesista o investigador/a, asumen sobre sí
 cualquier riesgo o siniestro que le acontezca a alumno/a
Betzabet Ternes Heredia, en o con motivo su tesis.
- 4) Alumno/a tesista o investigador/a, al término de su tesis o investigación, entregará
 un ejemplar impreso y uno en formato digital, a la Jefatura de Recursos Humanos del
 Departamento de Salud, para que ésta, a su vez, adopte las medidas pertinentes
 para que dicho material sirva de consulta para profesionales de Atención Primaria de
 Salud Municipal de Quillota, entendiéndose que tesista y Universidad autorizan su
 publicación en Biblioteca Digital de Portal Saludquillota, administrada por el
 Departamento de Salud.

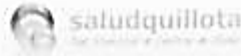


Nombre, Rut y Timbre de
 Representante Universidad
COLOMBA DORA DE CAMPOS
JOHANA VIAL ORTEGA
10.884.467-1
 Claudio Véliz N° 520 Población México, Quillota - Chile
 Fono: 33-296200 fax: 33-296215
 Mail: victor.alvarado@saludquillota.cl



Nombre y RUT de Alumno/a
 Tesista o Investigador/a
BETZABETH TERNES HEREDIA
17.754.853-5

ANEXO N° 7: Carta de Compromiso




Departamento de Salud Ilustre Municipalidad de Quillota

CARTA COMPROMISO

Con fecha 02 de septiembre del 2021, Johana Vicela Ortega
Coordinadora de Campos Clínicos (Nombre y Cargo) en representación
de Universidad de Valparaíso
y Fernanda Pérez Segura Alumno/a tesista
o investigador/a de la Carrera de Psicología de la misma
Universidad, firman el presente documento, mediante el cual los abajo firmantes
asumen los siguientes compromisos:

- 1) Tanto la Universidad como el/la Alumno/a tesista o Investigador/a, trabajarán
únicamente y exclusivamente en el tema:
Prevalencia subjetiva de cuidadores familiares adultos mayores.
- 2) El / la alumno (a) tesista o investigador/a no realizará ninguna intervención en
procedimientos clínicos o terapéuticos o acciones de salud.
- 3) Tanto la Universidad como alumno/a tesista o investigador/a, asumen sobre sí
cualquier riesgo o siniestro que le acontezca a alumno/a
Fernanda Pérez Segura en o con motivo su tesis.
- 4) Alumno/a tesista o investigador/a, al término de su tesis o investigación, entregará
un ejemplar impreso y uno en formato digital, a la Jefatura de Recursos Humanos del
Departamento de Salud, para que ésta, a su vez, adopte las medidas pertinentes
para que dicho material sirva de consulta para profesionales de Atención Primaria de
Salud Municipal de Quillota, entendiéndose que tesista y Universidad autorizan su
publicación en Biblioteca Digital de Portal Saludquillota, administrada por el
Departamento de Salud.


Nombre, Rut y Timbre de
Representante Universidad
JOHANA VICELA ORTEGA
COORDINADORA DE CAMPOS CLÍNICOS
10.864.467-1
Clonido Véliz N° 520 Población México, Quillota - Chile.
Fono: 33-296200 fax 33-296215
Mail: victor.alvarado@saludquillota.cl


Nombre y Rut de Alumno/a)
Tesista o Investigador/a
Fernanda Pérez Segura
18.034.628-7

ANEXO N° 8: Carta de Compromiso




Departamento de Salud Ilustre Municipalidad de Quillota

CARTA COMPROMISO

Con fecha 02 Septiembre de 2013 Jehana Vidal Ordoñez
 (Coordinadora de Campos de Salud) (Nombre y Cargo) en representación
 de Universidad de Valparaíso
 y Zahira Mariana Vargas Galvez Alumno/a tesista
 o investigador/a de la Carrera de Ingeniería de la misma
 Universidad, firman el presente documento, mediante el cual los abajo firmantes
 asumen los siguientes compromisos:

- 1) Tanto la Universidad como el/la Alumno/a tesista o Investigador/a, trabajarán únicamente y exclusivamente en el tema Estreos Subjetivos de Saludores Familiares Adultos Mayores.
- 2) El / la alumno (a) tesista o investigador/a no realizará ninguna intervención en procedimientos clínicos o terapéuticos o acciones de salud.
- 3) Tanto la Universidad como alumno/a tesista o investigador/a, asumen sobre sí cualquier riesgo o siniestro que le acontezca a alumno/a Zahira Vargas Galvez en o con motivo su tesis.
- 4) Alumno/a tesista o investigador/a, al término de su tesis o investigación, entregará un ejemplar impreso y uno en formato digital, a la Jefatura de Recursos Humanos del Departamento de Salud, para que ésta, a su vez, adopte las medidas pertinentes para que dicho material sirva de consulta para profesionales de Atención Primaria de Salud Municipal de Quillota, entendiéndose que tesista y Universidad autorizan su publicación en Biblioteca Digital de Portal Saludquillota, administrada por el Departamento de Salud.


 Nombre, Rut y Timbre de Representante Universidad
JEHANA VIDAL ORDOÑEZ
COORDINADORA CAMPOS SALUD
 Glorinda Véliz N° 520 Población México, Quillota - Chile
 Fono: 33-295200 fax: 33-295215
 Mail: victor.ilvarado@saludquillota.cl



 Nombre y Rut de Alumno/a
 Tesista o Investigador/a
ZAHIRA VARGAS GALVEZ
 RUT: 16.748.469-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio de pregrado titulado "Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares AM Adscritos al PADI perteneciente al Departamento de Salud de Quillota", cuya investigadora principal es la Sra. Johana Vidal Ortega, RUT: 10.884.467-1, enfermera docente del departamento de enfermería del adulto de la Escuela de enfermería de la Universidad de Valparaíso. La investigación se realizará con la colaboración de las tesis Betzabeth Fuentes, Fernanda Pérez y Zahira Vargas, alumnas de IV año de la carrera de Enfermería, perteneciente a la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso.

1. El adulto mayor cuidador principal informal, es considerado como usuario crónico en los centros de atención primaria; sin tomar en cuenta su labor de cuidador de una persona dependiente. Esta labor podría comprometer su salud física, psicológica, social y espiritual. En esta investigación se pretende evidenciar el grado en que la labor de cuidados desempeñada por un adulto mayor puede influir en su bienestar subjetivo.
2. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración: Se realizará una visita domiciliar de lunes a viernes, en los horarios de 9:30-12:00 hrs y de 14:30 a 17:30 hrs. Durante el segundo semestre de 2013. Se accederá a los domicilios a través de los datos obtenidos en el CES o CESFAM perteneciente al Departamento de Salud Municipal de Quillota que le corresponda por zona geográfica. La visita constará de la aplicación de la "Escala de Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adulto Mayor" (EBEMS/CFAM) que consta de 20 preguntas. La duración aproximada de la visita será de 20 a 30 minutos. Dado que la entrevista se realizará en el contexto de una intervención de Enfermería, es posible que surjan situaciones derivadas de cada caso particular. Estas situaciones serán atendidas de inmediato si es posible, o, en su defecto, serán derivadas con carácter de urgente si así lo ameritan al profesional que corresponda dentro del establecimiento de atención primaria al que usted está adscrito.
3. Los resultados de esta investigación contribuirán a mejorar la práctica de la disciplina de enfermería en torno a la mantención del bienestar del adulto mayor que cuida de otro adulto mayor: la relevancia del estudio radica en la exigua cantidad de estudios al respecto y a la poca atención que se le brinda al cuidador de adultos dependientes.
Con este estudio pretendemos aportar al conocimiento existente acerca de los cuidadores, la sobrecarga que éstos experimentan y en cómo ésta afecta a su propia vida, tanto personal como familiar.
4. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y usted puede desistir de ella en cualquier momento, incluso si ya ha firmado el presente documento. Cabe destacar que la decisión de no participar, no le traerá a usted ningún daño ni perjuicio en la atención habitual en su CESFAM. No recibirá dinero ni otro tipo de retribución por su participación.
5. Usted posee todo el derecho de manifestar sus dudas antes, durante y después de la aplicación del instrumento y acceder a los resultados de la investigación solicitándolo a la investigadora principal al teléfono 2507445 o a través del correo electrónico tesisbienestarsubjetivo@gmail.com.
6. Su nombre no será revelado, en su lugar se utilizará un código numérico. El registro de los datos será reservado y éstos serán resguardados en archivos confidenciales. Sólo tendrá acceso a ellos la investigadora principal. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados en publicaciones de tipo científicas y/o académicas, siempre preservando la identidad del participante.
7. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaría administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

Ficha de Consentimiento Informado: "Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares AM Adscritos al PADI perteneciente al Departamento de Salud de Quillota"

Yo, _____, RUT _____, DECLARO que la investigadora principal, Sra. Johana Vidal Ortega, Enfermera docente de la Escuela de Enfermería, RUT: 10.884.467-1, con la colaboración de las tesis Betzabeth Fuentes, Fernanda Pérez y Zahira Vargas alumnas de IV años de la carrera de Enfermería perteneciente a la facultad de medicina de la Universidad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares AM Adscritos al PADI perteneciente al Departamento de Salud de Quillota" que se llevará a cabo durante el año 2013 sobre los adultos mayores que son cuidadores de otro adulto mayor que está adscrito al PADI, y me han explicado en qué consistiría mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

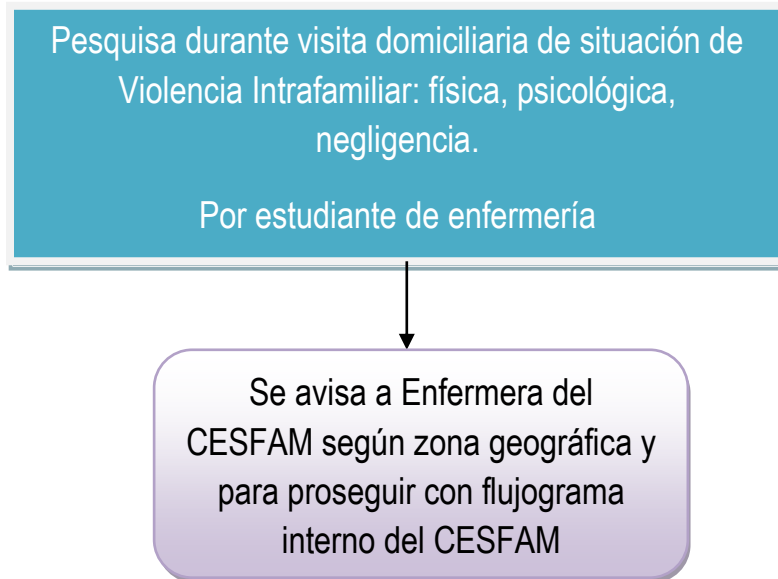
1. El objetivo de la investigación es describir el bienestar subjetivo de los cuidadores principales adultos mayores entre 60 y 75 años de personas adscritas al programa de dismovilizado severo de la CORMUVIÑA. Cuyo desglose se especifica en la identificación de las características biopsicosociales, grado de satisfacción personal, grado de satisfacción material, sentimientos positivos y sentimientos negativos del cuidador en estudio.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en contestar las 20 preguntas de que consta la "Escala de Bienestar Subjetivo en Cuidadores Familiares de Adulto Mayor": EBEMS/CFAM. Su aplicación se llevará a cabo por estudiantes de la carrera de Enfermería de cuarto año en el contexto de una visita domiciliar que podrá realizarse de lunes a viernes entre 9:30-12:00 y 14:30-17:30 y durará aproximadamente 30 minutos.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí, pues la metodología no considerará exámenes ni otras técnicas invasivas. En el caso de que yo perciba que mi seguridad emocional se ve vulnerada con las preguntas del formulario que me aplicarán, podré avisarle al entrevistador, quien tomará las medidas adecuadas a mi situación. De ser necesario me derivarán con premura al profesional que satisfaga mi salud emocional dentro del CESFAM al que pertenezco por zona geográfica.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, ya que se reemplazará por un código numérico y sólo podrán ser utilizados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardándose mi identidad. Entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
5. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gastos de la investigación.
7. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí.
8. Tengo todo el derecho de manifestar dudas antes, durante y después de la aplicación del instrumento y acceder a los resultados de la investigación solicitándolo a la investigadora principal al teléfono 2507445 o a través del correo electrónico tesisbienestarsubjetivo@gmail.com.
9. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

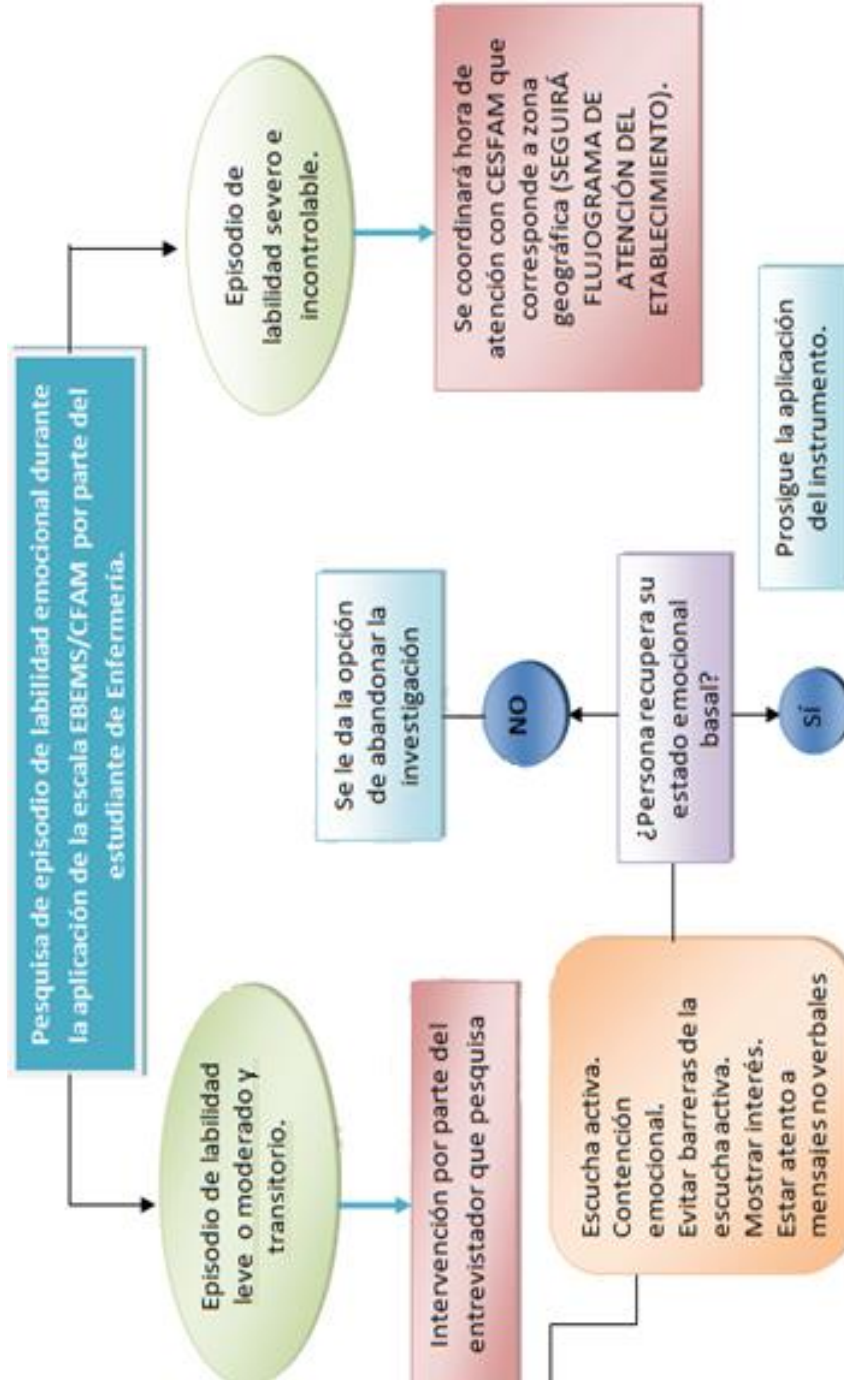
**Nombre y FIRMA
Participante**

**Johana Vidal Ortega
Investigador**
johana.vidal@uv.cl

ANEXO N° 10: *Flujograma de Derivación*



ANEXO N° 11: *Flujograma de Pesquisa de Labilidad Emocional*



ANEXO DE TABLAS

Tabla N° 1: “Edad de los Cuidadores”

Promedio de edad de cuidadores	Máxima de edad (años)	Mínima de edad (años)	Media	Desviación Estándar	Percentil 25	Percentil 95
68,51	85	60	68,51163	7,414182	62	83

Tabla N° 2: “Distribución de la Edad de los Cuidadores”

Rango Edad	Frecuencia	%	% Acumulado
60-64	15	34,88%	34,88%
65-69	11	25,58%	60,47%
70-74	8	18,60%	79,07%
75-79	4	9,30%	88,37%
80 y más	5	11,63%	100,00%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 3: “Sexo de los Cuidadores”

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	5	11,6%
Mujer	38	88,4%
TOTAL	43	100,0%

Tabla N° 4: “Máxima y Mínima en Edad/ Sexo”

Edades según sexos	Máxima	Mínima
Mujeres	85 años	60 años
Hombres	78 años	68 años

Tabla N° 5: “Experiencia de los Cuidadores”

Promedio experiencia (años)	Máxima experiencia (años)	Mínima experiencia (años)	Media	Desviación Estándar	Percentil 25	Percentil 95
4,29	18	0,6	4,296744	3,724114	2	10

Tabla N° 6: “Distribución de años de Experiencia de los Cuidadores”

Rango de años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0-4	27	62,79%	62,79%
5-9	10	23,26%	86,05%
10-14	5	11,63%	97,67%
15 y más	1	2,33%	100,00%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 7: “Distribución del Parentesco de los Cuidadores”

Tipo	f.	%	Tipo	f.	% Total	TOTAL	% Categoría	% Acumulado
Filial	3	79,07%	Hija	15	34,88%	17	50%	39,53%
			Hijo	2	4,65%			
			Hermana	9	20,93%	11	32,35%	25,58%
			Hermano	2	4,65%			
			Nuera	4	9,30%	4	11,76	9,30%
			Madre	1	2,33%	1	2,94%	2,33%
			Prima	1	2,33%	1	2,94%	2,33%
			Total sub.	34	79,07%	34	100%	79,06
Conyugal	9	20,93%	Esposa	8	18,60%	9	88,89%	20,93%
			Esposo	1	2,33%		11,11%	
			Total sub.	9	20,93%	9	100%	20,93%
Otro	0	0,00%	0	0	0	0	0	
TOTAL	43	100%	----	43	100	43	--	100%

Tabla N° 8: “Distribución de la Escolaridad del Cuidador”

Escolaridad	Frecuencia.	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Básica Completa.	8	18,60%	18,60%
Básica Incompleta	9	20,93%	39,53%
Media Completa.	9	20,93%	60,47%
Media Incompleta	8	18,60%	79,07%
Técnico/universitario	9	20,93%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 9: “Distribución de la Previsión de Salud del Cuidador”

Previsión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
FONASA A	31 casos	72,09%	72,09%
FONASA B	9 casos	20,93%	93,02%
FONASA C	1 caso	2,32 %	95,35%
FONASA D	1 caso	2,32 %	97,67%
ISAPRE	1 Caso	2,32 %	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 10: “Distribución de las Enfermedad Crónicas y Estilos de Vida del Cuidador”

ECNT/ Estilos de Vida	SI		NO		TOTAL
HTA	29	67.44%	14	32.55%	43
DM	25	58.13%	18	41.86 %	43
Artrosis	17	39.53%	26	60.46%	43
EPOC	2	4.65 %	41	95.34%	43
Obesidad	18	41.86%	25	58.13%	43
OH	4	9.30 %	39	90.69%	43
Tabaco	5	11.62%	38	88.37%	43
Otras	20	46,51%	23	53,49%	43

Tabla N° 11: “Distribución de Otras Enfermedades en el Cuidador”

Patología	Frecuencia	Porcentaje de otras patologías	Porcentaje Acumulado
Arritmia	3	15%	15%
Asma	2	10%	25%
IC	2	10%	35%
IRC	2	10%	45%
DLP	3	15%	60%
Depresión	6	30%	90%
Helicobacter pylori	1	5%	95%
HNP	1	5%	100%
TOTAL	20	100%	

Tabla N° 12: “Distribución de los Cuidadores que presentan Depresión”

Depresión	Frecuencia.	Porcentaje.
Con tratamiento.	4	66,67%
Sin tratamiento.	2	33,33%
Total.	6	100,00%

Tabla N° 13: “Distribución de la Presencia de Red de Apoyo en el Cuidador”

Red de apoyo	Frecuencia	Porcentaje	Tipo Red de Apoyo	f.	Porcentaje
Sí	40	93,02%	Familiar	20	46,51%
			Social	4	9,30%
			Ambas	16	37,21%
No	3	6,98%	Ninguna	3	6,98%
TOTAL	43	100,00%			100%

Tabla N° 14: “Distribución de la presencia e intensidad de Entusiasmo”

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No sentí	10	23,26%	23,26%
Sentí poco	18	41,86%	65,12%
Sentí regular	13	30,23%	95,35%
Sentí mucho	2	4,65%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 15: “Distribución de la presencia e intensidad de Gusto”

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No sentí	5	11,63%	11,63%
Sentí poco	21	48,84%	60,47%
Sentí regular	15	34,88%	95,35%
Sentí mucho	2	4,65%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 16: “Distribución de la presencia e intensidad de Felicidad”

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No sentí	6	13,95%	13,95%
Sentí poco	14	32,56%	46,51%
Sentí regular	18	41,86%	88,37%
Sentí mucho	5	11,63%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 17: “Distribución de la presencia e intensidad de Confianza”

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No sentí	8	18,60%	18,60%
Sentí poco	14	32,56%	51,16%
Sentí regular	13	30,23%	81,39%
Sentí mucho	8	18,60%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 18: “Distribución de la presencia e intensidad de Angustia”

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No sentí	4	9,30%	9,30%
Sentí poco	8	18,60%	27,90%
Sentí regular	14	32,56%	60,46%
Sentí mucho	17	39,53%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 19: “Distribución de la presencia e intensidad de Sufrimiento”

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No sentí	15	34,88%	34,88%
Sentí poco	15	34,88%	69,76%
Sentí regular	8	18,60%	88,36%
Sentí mucho	5	11,63%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 20: “Distribución de la presencia e intensidad de Tristeza”

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No sentí	6	13,95%	13,95%
Sentí poco	17	39,53%	53,48%
Sentí regular	14	32,56%	86,04%
Sentí mucho	6	13,95%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 21: “Distribución de la presencia e intensidad de Desánimo”

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No sentí	4	9,30%	9,30%
Sentí poco	10	23,26%	32,56%
Sentí regular	19	44,19%	76,75%
Sentí mucho	10	23,26%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 22: “Distribución de la Frecuencia de Número de amigos”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	10	23,26%	23,26%
Poco satisfecho	10	23,26%	46,52%
Satisfecho	14	32,56%	79,08%
Muy satisfecho	9	20,93%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 23: “Distribución de la Frecuencia de la Comunicación familiar”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	2	4,65%	4,65%
Poco satisfecho	5	11,63%	16,28%
Satisfecho	20	46,51%	62,79%
Muy satisfecho	16	37,20%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 24: “Distribución de la Frecuencia de las Relaciones de amistad”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	6	13,95%	13,95%
Poco satisfecho	15	34,88%	48,83%
Satisfecho	15	34,88%	83,71%
Muy satisfecho	7	16,28%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 25: “Distribución de la Frecuencia de la Práctica de la religión y/o valores”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	1	2,33%	2,33%
Poco satisfecho	6	13,95%	16,28%
Satisfecho	21	48,83%	65,11%
Muy satisfecho	15	34,88%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 26: “Distribución de la Frecuencia de la Práctica de la religión y/o valores en la familia”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	2	4,65%	4,65%
Poco satisfecho	4	9,30%	13,95%
Satisfecho	29	67,44%	81,39%
Muy satisfecho	8	18,60%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 27: “Distribución de la Frecuencia de los Resultados de la práctica”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	0	00,00%	00,00%
Poco satisfecho	2	4,65%	4,65%
Satisfecho	25	58,14%	62,79%
Muy satisfecho	16	37,20%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 28: “Distribución de la Frecuencia de Dinero para diversión”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	8	18,60%	18,60%
Poco satisfecho	16	37,21%	55,81%
Satisfecho	16	37,21%	93,02%
Muy satisfecho	3	6,98%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 29: “Distribución de la Frecuencia de Dinero para adquisición de bienes”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	3	6,98%	6,98%
Poco satisfecho	14	32,56%	39,54%
Satisfecho	26	60,47%	100%
Muy satisfecho	0	00,00%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 30: “Distribución de la Frecuencia de Dinero para gastos diarios”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	3	6,98%	6,98%
Poco satisfecho	10	23,26%	30,24%
Satisfecho	26	60,47%	90,71%
Muy satisfecho	4	9,30%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 31: “Distribución de la Frecuencia de Dinero para gustos personales”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	9	20,93%	20,93%
Poco satisfecho	20	46,51%	67,44%
Satisfecho	11	25,58%	93,02%
Muy satisfecho	3	6,98%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 32: “Distribución de la Frecuencia de la Situación económica actual”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	3	6,98%	6,98%
Poco satisfecho	19	44,19%	51,17%
Satisfecho	18	41,86%	93,03%
Muy satisfecho	3	6,98%	100%
TOTAL	43	100,00%	

Tabla N° 33: “Distribución de la Frecuencia de los Logros permitidos”

Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Nada satisfecho	1	2,33%	2,33%
Poco satisfecho	10	23,26%	25,59%
Satisfecho	24	55,81%	81,4%
Muy satisfecho	8	18,60%	100%
TOTAL	43	100,00%	