



Universidad de Valparaíso

“Características de los Cuidados Otorgados por Cuidadores de Adultos Mayores en Centros de Larga Estadía”

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Tesistas:

Altamirano Urbina Jessica.
Arenas Valdevenito Romina.
Carreño Rojas Michelle.
Condeza Mardones Pamela.
Torres González Ana María.
Valdés Bonomelli Brenda.

Docente Guía:

Profesora Mitzi Letelier.
Profesora Nidia Nuñez.

Valparaíso – Chile, 2008.

Una vez finalizado este arduo proceso, solo nos queda agradecer a Dios por darnos la fortaleza y virtud de avanzar frente a la adversidad, a nuestras familias por su incondicional apoyo y compañía, a las docentes por guiarnos con sus conocimientos en esta travesía y a todos quienes colaboraron en la realización de nuestro sueño.

Las Autoras

“Si uno avanza confiadamente en la dirección de sus sueños y deseos para llevar la vida que ha imaginado, se encontrará con un éxito inesperado”.

Henry David Thoreau.

Índice General

Capítulo 1 Introducción.	Página.
1.1. Introducción.	1
1.2. Delimitación del problema y Definición de Términos.	2
1.3. Limitación del estudio.	
1.3.1. Etapa de diseño.	3
1.3.2. Etapa de Ejecución.	3
1.4. Fundamentación.	4
Capítulo 2 Marco Teórico.	
2.1. Marco Teórico.	
2.1.1. Situación Epidemiológica y demográfica de los AM en Chile y la V región de Valparaíso.	8
2.1.2. Proceso de envejecimiento.	9
2.1.3. Política Nacional para el AM del Gobierno de Chile.	13
2.1.4. Perfil del AM Institucionalizado.	18
2.1.5. Valoración Geriátrica Integral.	19
2.1.6. Funciones del Profesional de Enfermería en Centros de Larga Estadía.	23
2.2. Objetivos	
2.2.1 Objetivo General.	32
2.2.2 Objetivo Específico.	32
2.3. Definición y Operacionalización de Variables.	33

Capítulo 3 Metodología.

3.1. Tipo de Diseño de Investigación.	
3.1.1. Constitución y Organización del grupo tesis.	43
3.1.2. Tipo de Estudio.	43
3.2. Población en Estudio, Definición del Universo.	44
3.3. Métodos de Recolección de datos.	44
3.4. Descripción del Instrumento.	45
3.5. Procesamiento y Análisis de los datos	45
3.6. Organización del Trabajo en Terreno.	46
3.7. Aspectos Éticos.	47

Capítulo 4 Resultados.

4.1. Antecedentes de la Muestra.	48
4.2. Resultados y Análisis Descriptivos y Relacionales.	49

Capítulo 5 Conclusión, Resumen y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.	72
5.2. Recomendaciones.	74
5.3. Resumen.	76

Bibliografía General.

Anexos.

Nº 1 Instrumento de Recolección de Datos.

Nº 2 Criterios de Análisis.

Nº 3 Centros de Larga Estadía Incluidos en la Muestra en Viña del Mar
y Valparaíso 2007.

Nº 4 Índice de Actividades de la Vida Diaria.

Nº 5 Carta Informativa.

Nº 6 Autorización de los Centros de Larga Estadía para participar en el estudio.

Nº 7 Consentimiento informado del Cuidador.

Índice de Tablas

	Página.
Tabla N°1: Número de Centros de Larga Estadía autorizados por región.	16
Tabla N°2: Centros de Larga Estadía en Viña del Mar y Valparaíso 2007.	17
Tabla N° 3: AM asignados por cuidador según nivel de funcionalidad.	54
Tabla N°4: Funcionalidad de los AM institucionalizados según déficit neurosensorial y consumo de fármacos.	62

Índice de Gráficos

	Página
Gráfico N° 1: Edad en años de los cuidadores de CLE.	49
Gráfico N° 2: Escolaridad de los cuidadores de CLE.	50
Gráfico N° 3: Capacitación de los cuidadores de CLE.	51
Gráfico N° 4: Tiempo de servicio de los cuidadores en el actual CLE.	52
Gráfico N° 5: Horas trabajadas en turnos por los cuidadores de CLE.	53
Gráfico N° 6: Edad en años de los AM institucionalizados en CLE.	55
Gráfico N°7: Sexo de los AM institucionalizados en CLE.	56
Gráfico N° 8: Estado civil de los AM institucionalizados en CLE.	57
Gráfico N°9: Situación económica de los AM institucionalizados en CLE.	58
Gráfico N°10: Nivel de funcionalidad de los AM institucionalizados en CLE.	59
Gráfico N°11: Nivel de funcionalidad de los AM institucionalizados en CLE según sexo.	60
Gráfico N°12: Nivel de funcionalidad de los AM institucionalizado en CLE según edad.	61
Gráfico N°13: Intervenciones de Enfermería.	63

Gráfico N°14: Características del cuidado otorgado en AM institucionalizado en CLE.	64
Gráfico N°15: Características del cuidado otorgado según edad del cuidador de CLE.	65
Gráfico N°16: Características del cuidado otorgado según la capacitación del cuidador de CLE.	66
Gráfico N°17: Características del cuidado otorgado según años de servicio del cuidador en el actual CLE.	67
Gráfico N°18: Características del cuidado otorgados según nivel de funcionalidad de los AM institucionalizados en CLE.	68
Gráfico N°19: Características del cuidado otorgado en el AM autovalente según las ABVD.	69
Gráfico N°20: Características del cuidado otorgado en el AM semivalente según las ABVD.	70
Gráfico N°21: Características del cuidado otorgado en el AM dependiente según las ABVD.	71

**CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN**

1.1 Introducción

En los últimos años en nuestro país se ha evidenciado una mayor accesibilidad al sistema sanitario, mejoras socioeconómicas, masificación de los medios de comunicación y un cambio epidemiológico de enfermedades infectocontagiosas a crónicas no transmisibles, lo anteriormente mencionado ha provocado un aumento en la esperanza de vida en la población por lo cual se ha generado una transición demográfica hacia un país cada vez más envejecido.

El cambio de familia extendida a nuclear y el ingreso de la mujer al ambiente laboral, ha dejado a los Adultos Mayores (AM) de la familia carentes de personas que los cuiden y atiendan en sus necesidades, propias de esta etapa de vida, esto ha generado un aumento explosivo en la demanda de cuidados especializados de larga estadía.

Debido a esta demanda, los Centros de Larga Estadía (CLE) han aumentado considerablemente a nivel nacional, respondiendo frente a esta necesidad, el Gobierno se ha propuesto un desafío, que consiste en brindar una atención que satisfaga las necesidades de los AM, para esto en el año 2006 se publicó el nuevo “Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para el AM”, el cual fiscaliza la instalación y funcionamiento de los CLE, y establece la necesidad de contar con el profesional de Enfermería para la gestión de cuidados.

De acuerdo a lo anterior, se hace necesario para la profesión de Enfermería ahondar conocimientos en las características de los cuidados entregados en los CLE a los AM, debido al aumento e importancia que tendrán éstos en un futuro cercano. La información que se obtenga en este estudio es significativa para la profesión, debido a ser responsables de la gestión del cuidado en todo nivel de atención en salud, es nuestra intención, entonces, que sirva de base para próximas investigaciones en esta área emergente.

1.2 Delimitación del Problema y Definición de Términos

Delimitación del Problema

“Características de los cuidados otorgados por los cuidadores de AM, para la satisfacción de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), según el nivel de funcionalidad de los AM institucionalizados en CLE, en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso en el año 2008”.

Definición de Términos

- **Características de los cuidados otorgados:**
Acciones efectivamente ejecutadas para satisfacer las necesidades de cuidados, relacionados con las ABVD, según el nivel de funcionalidad, en los AM institucionalizados en CLE.
- **Cuidadores de AM:**
Personas que otorgan cuidados permanentes en CLE, que reciben remuneración, cumplen horarios e intervienen de acuerdo a un plan de cuidados formulado por un profesional de enfermería.
- **AM institucionalizado en CLE:**
Persona de 60 años o más que vive en hogar común con personas en similar situación, que no necesariamente se debe a abandono y que requiere de cuidados permanentes.
- **ABVD:**
Son aquellas tareas que el AM debe realizar diariamente para su autocuidado (baño, vestirse/desvestirse, uso del WC, movilidad, continencia y alimentación) de acuerdo al nivel de funcionalidad que posea.
- **Nivel de funcionalidad:**
Capacidad del AM de realizar ABVD según el Índice de Katz, definiéndose Autovalente a aquellos que están en la categoría A y B, Semivalente aquellos que estén en la categoría C, D y E y finalmente, los Dependientes a los que se encuentren en la categoría F y G.

1.3 Limitaciones del Estudio

1.3.1 Etapa de diseño

- Escasez de estudios publicados en Chile respecto al cuidado de los AM en los CLE.
- Reiteradas modificaciones en relación a la delimitación del problema por complejidad del tema.
- Selección de muestra por método no probabilístico, debido a que se trató de una muestra por conveniencia, determinada por escaso tiempo para la investigación.

1.3.2 Etapa de ejecución

a) Aplicación del instrumento

- Postergación de la fecha de aplicación del instrumento debido al retraso en autorización, por parte del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, para la utilización de los CLE acreditados.
- Prolongación del tiempo de respuesta de los Centros, para autorizar la aplicación de los instrumentos en ellos.
- Sobrecarga académica y horaria durante la aplicación del instrumento, lo que restringió la disponibilidad de las tesis.
- Dificultad para el acceso a las fichas clínicas de los usuarios integrantes del estudio.

b) Análisis de los datos

- Falta de experiencia en la utilización y aplicación de programas estadísticos.
- Escasa disponibilidad de tiempo por sobrecarga académica, lo cual retrasó este proceso.

1.4 Fundamentación

1. Durante el último siglo, el desarrollo tecnológico ha generado grandes cambios en la salud y la educación, esto se ha traducido en una transición demográfica de orden mundial, entendiéndose ésta como un proceso evolutivo caracterizado por un descenso importante de la mortalidad, fecundidad y natalidad, y un aumento de la esperanza de vida. En Chile, entre el periodo 2005-2010 se proyecta que será de 78,45 años para ambos sexos y se estima que para 2020-2025 será de 80,21 años (71,19 hombres y 83,36 mujeres), siendo uno de los países con más alta expectativa de vida al nacer de Latinoamérica.¹
2. En los años 60 se produce una modificación de la estructura de la población, disminuyendo el aporte porcentual de los menores de 15 años y aumentando el de los AM. Actualmente 1 de cada 10 personas pertenece al grupo de AM y se espera que para el 2025 esta proporción sea 1 de cada 5. Al comparar con la población de 15 años, los AM ascienden actualmente a uno por cada dos niños y niñas. Para el 2025 esta relación sería de 103 por cada 100 menores de 15 años.²
3. Las personas de 60 o más años constituyen una población de 2.005.684 habitantes, equivalentes al 12,1% de la población total al año 2007³, se espera que para el año 2015 represente aproximadamente un 14,7% de la población total⁴. La V región tiene una población total de 1.539.852, de los cuales, 206.872 corresponden a AM (13,43%), 89.200 hombres y 117.672 mujeres, siguiendo el patrón nacional de caracterización femenina del envejecimiento y siendo la región más envejecida del país.⁵ De las 20 comunas de Chile con mayor población de AM figura en primer lugar Viña del Mar, con un 15,12% (43.377 AM) y en tercer lugar Valparaíso con un 13,94% (38.481 AM).⁴
4. En el proceso de transición al envejecimiento, Chile aumentaría su Índice de Dependencia Demográfica (IDD) de 57.2 en el 2005 a 60.0 en el 2020. Esto significa que por cada 100 personas potencialmente activas habría 60 dependientes.³

¹ INE (2004) *Enfoques Estadísticos N° 21*.

² INE(2004) Total país.Esperanza de vida al nacer en años por periodo y sexo, Chile 1950-2025.

³ Gobierno de Chile. Deis-Minsal, (2007) Indicadores básicos de salud Chile 2007.

⁴ INE (2007)Boletín informativo.Enfoque estadístico-AM.

⁵ Miles J. INE.SENAMA. (2003) Documento de trabajo: Catastro de población AM, por regiones, comunas y porcentajes.

5. En Chile, una persona mayor de 65 años tiene una expectativa de vida de 18.6 años y de estos, 14.7 años son saludables, sin discapacidad; asimismo, un AM de 75 años tiene una expectativa de vida de 11.2 años, de los cuales 7.8 son saludables, cuestión muy importante debido a que el objetivo primordial es aumentar los años saludables al máximo, disminuyendo las discapacidades.⁶
6. La encuesta CASEN 2003, por su parte, señala como algunas de las principales tendencias para el segmento de los AM las siguientes:⁷
 - Aumento de participación en la estructura etaria de los rangos de edad de 66 a 75 años y de 76 años y más. Mientras mayor la edad de la población AM, más probable es que exista una alta proporción de ésta semivalente o postrada.
 - Alta proporción de personas en hogares unipersonales, especialmente mujeres solas, en relación a población total.
 - Alta proporción de mujeres jefas de hogar.
 - Tasa de participación en organizaciones sociales más alta que el resto de la población.
 - Entre 1990 y 2003, desciende la indigencia y la pobreza no indigente en AM, aunque ésta última aumenta entre 2000 y 2003.
 - Descenso de analfabetismo en AM entre 1990 y 2003 (vinculado a mayor escolaridad), aunque sigue siendo muy superior a la población menor de 60 años. Las brechas de capital humano según nivel de ingreso repiten la tendencia de la población en general.
 - El 44,7% de la población entre 60 y 65 años se encuentra en la fuerza de trabajo, con una significativa diferencia entre hombres (68,5%) y mujeres (24,1%). Entre los 66 y 75 años, la tasa cae a 20,6% y en las personas de 76 años y más, a 6,5%.
 - La principal razón de inactividad laboral en los AM es la jubilación. El 78,4% de los AM recibe pensión asistencial (PASIS) para la vejez. Entre los que reciben jubilación, crece la participación de las AFP en el pago de pensiones.

⁶ Marín P., Gac H. y Carrasco M. (2006) Geriatria y gerontología 3°ed., Santiago, Universidad Católica de Chile.

⁷ Mideplan (2003) Encuesta Casen, resultados.

7. El 22,2 % en mujeres, un 14,2% en hombres y un total de 19%, presentan limitaciones en al menos 1 Actividad de la Vida Diaria (AVD) en mayor o igual a 60 años, según estudio SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) realizado en el año 2003.⁸ En cuanto a la funcionalidad del AM, según el censo realizado en Junio de 2006 la población de AM bajo control en la atención primaria era 541.026 personas en todo el país, de los cuales 42,8% eran autovalentes; 29,4% con riesgo; 24,3% dependientes y 3,3% postrados. 88,4% de los pacientes postrados eran mayores de 70 años.⁹
8. El 17 de septiembre de 2002 fue promulgada la ley que creó el Servicio Nacional del AM (SENAMA), organismo público cuya misión es garantizar y promover el conocimiento y ejercicio de los derechos de las personas mayores. En el año 2004 se actualiza la política para el AM, estableciendo como gran meta lograr un cambio cultural de la población, que signifique un mejor trato y valoración de los AM, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y la vejez, y así alcanzar mejores niveles de calidad para los AM.¹⁰
9. Enmarcado dentro de esta gran meta, se establece en el año 2005 el Programa de intervenciones innovadoras para el AM, el cual determina la creación de un Plan Nacional Conjunto para el AM, definido como herramienta eficaz de coordinación de la acción pública para esta población. Una de las cuatro áreas a coordinar por este plan es *“Fomentar el acceso de las personas AM a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garantice una mejor calidad de vida en la vejez, la preservación de su funcionalidad y autonomía, y para las personas de edad en instituciones de larga estadía una atención de cuidados eficaces”*, dando el lineamiento de las políticas a implementarse los años siguientes.¹¹
10. En el año 2006 es publicado el nuevo “Reglamento de Establecimientos de larga Estadía para AM”, el cual rige la instalación y funcionamiento de los centros, dando un marco regulatorio y legal, estableciendo la necesidad de contar en éste con el profesional de Enfermería para la gestión de cuidados.¹² Al año 2007 se encuentra un total de 663 CLE registrados por el Servicio Regional Ministerial

⁸ Abala C. INTA-U.Chile (2003)Proyecto Sabe-OPS. Funcionalidad, salud y envejecimiento en América latina. Reunión regional del envejecimiento y salud. Panamá.

⁹ MINSAL-INE (2003) Encuesta nacional de salud.

¹⁰ MIDEPLAN.(2004)AM. Política y Plan de Acción. Obtenida el 15 de mayo de 2008, de <http://www.mideplan.cl/final/categoria.php?catid=59&secid=12>

¹¹ SENAMA. (2004) Programa de intervenciones innovadoras y plan nacional conjunto, obtenida el 15 de mayo de 2008, de <http://www.senama.cl>

¹² Gobierno de Chile (2006) “Reglamento de Establecimientos de larga Estadía para AM” Santiago.

(SEREMI) de salud, 123 (18,5%) pertenecen a la V región, siendo la segunda región con mayor número de CLE después de la región Metropolitana.¹³

11. Así mismo existen 26.854 AM posiblemente institucionalizados según un estudio realizado en el año 2004. Se observa que la gran mayoría (87%) vive en Residencias Colectivas Formales: del total de AM que viven en residencias el 60,9% son mujeres, respecto a su estado civil, el 21% está casado, 35% soltero y el 42% viudo, saben leer y escribir el 83,4%, el 15% se definen como lisiados o presentan parálisis; presentan demencia mental el 13%; el 67,6% refieren no tener discapacidad física, en el ingreso económico el 47% es jubilado o rentista y el 17% está incapacitado permanentemente para trabajar y el 81% dice profesar la religión católica.¹³
12. Otro estudio realizado en octubre de 2002 con personas institucionalizadas en las sedes de la Fundación las Rosas de Ayuda Fraterna, de la Región Metropolitana, revela que ellas son mayoritariamente autosuficientes, tanto desde el punto de vista de la continencia urinaria, como de la alimentación y movilidad, aunque hay un número significativo de AM pobres institucionalizados con importantes alteraciones funcionales, lo que es un factor de mayor costo de atención, tanto humano como económico.¹⁴
13. El cuidado de largo plazo, si bien es requerido por un porcentaje pequeño de la población de AM, estimándose en menos de un 8%. Se observa que cada vez son más necesarios, debido a que la población de AM va aumentando con el paso de los años¹³

¹³ Marín L., Guzmán M., Araya G. (2004) AM Institucionalizados en Chile ¿Cómo saber cuántos son?. *Rev. Méd. Chile*, vol.132, N°7, p. 832-838.

¹⁴ Marín L. P., Hoyl M. T., Gac E. H., *et al.* (2004) Evaluación de 1.497 AM institucionalizados, usando el «sistema de clasificación de pacientes RUG T-18». *Rev. méd. Chile*, vol.132, no.6, p.701-706.

CAPÍTULO 2
MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Situación Epidemiológica y Demográfica de los AM en Chile y la V Región de Valparaíso.

Los cambios políticos, económicos y sociales que han ocurrido desde la década de los ochenta en Chile, hacen que en la actualidad se ubique en una etapa avanzada de “transición demográfica” hacia el envejecimiento poblacional, entendiéndose ésta como la modificación progresiva de la distribución por edad de los miembros de una población, dando paso a las edades avanzadas y disminuyendo cada vez más las edades jóvenes. Chile es así, el tercer país más envejecido de Latino América, luego de Cuba y Uruguay.

Desde la perspectiva de la magnitud del problema del envejecimiento, la V región tiene una población total de 1.539.852 habitantes, de los cuales un 13,43% corresponden a AM (toda persona de 60 años y más, según criterio de Naciones Unidas, asumido por el Gobierno de Chile y establecido en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del AM, SENAMA.¹⁵), 43,12% corresponden al sexo masculino y un 56,88% al sexo femenino, siguiendo el patrón nacional de caracterización femenina del envejecimiento y siendo la región más envejecida del país.⁶

Los datos hasta aquí expuestos, proporcionan un panorama general de la situación de los AM a nivel de país y regional, que permite determinar la representación de un segmento significativo de la población que va en aumento, y requiere de una parte importante de atención en salud, debido a su morbilidad que comprende principalmente, enfermedades crónicas asociadas a estilos de vida no saludables y al desarrollo económico que ha logrado el país este último tiempo.

Lo anterior plantea nuevos desafíos en salud pública, uno de los cuales, es el adecuado manejo de aquellos AM que requieren “cuidados continuos o de largo plazo”, dado que se ven afectados en un 76% por patologías crónicas, degenerativas, tumores malignos, accidentes, infecciones y parásitos.¹³

Si bien, este “cuidado a largo plazo” es requerido por un porcentaje pequeño de la población de AM, estimándose en menos de un 8%, este tipo de pacientes lo demanda durante las 24 horas, ya sea en el hogar o en una institución que inevitablemente generará un alto costo, según el tipo de AM que se atienda y la calidad de atención que se entregue; es por esto que se hace necesario estimar sus necesidades según: edad,

¹⁵ SENAMA (Sin fecha), Definición de AM, Glosario de SENAMA, Chile.

situación y diagnóstico clínico, el estado funcional del diario vivir, con la finalidad de lograr una mejor atención y optimizar la distribución de recursos.

De acuerdo a lo expresado anteriormente, con el fin de llevar a cabo acciones concretas, adecuadas y oportunas para el cuidado del AM, el Gobierno de Chile ha implementado políticas que orientan al desarrollo y cumplimiento de esta meta, promoviendo, además, un cambio cultural a nivel nacional.

2.1.2 Proceso de Envejecimiento

Para un mejor conocimiento del fenómeno se requiere comprender el proceso de envejecimiento.

El envejecimiento humano es un proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible en el que están involucrados múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación.

Este proceso comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida, durante el cual, va disminuyendo el funcionamiento de la mayoría de los órganos.

Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. En esta etapa a las personas se les denomina AM y este período abarca desde los 60 años hasta la muerte.

Características del envejecimiento

- **Cambios biológicos:** Existen diversos cambios fisiológicos normales que ocurren durante el envejecimiento, es decir, el organismo cambia continuamente con la edad, pero los efectos en un individuo en particular dependen de la salud, el estilo de vida, la existencia de factores de estrés y las condiciones ambientales.
 - **Cambios psicológicos:** Los AM presentan cambios psicológicos y estructurales en el cerebro, como reducción en el número de células, depósitos de lipofucsina y de amiloide en las células y cambios en los valores de los neurotransmisores, que se observan tanto en los sujetos con deficiencias cognitivas como en los que no las poseen. Las tres alteraciones cognitivas más frecuentes son delirio, demencia y depresión. Al ser muy parecidas las tres alteraciones anteriores pueden no ser diagnosticadas correctamente y tratadas de forma inadecuada, transformándose de un trastorno reversible en uno irreversible. Junto a lo

anteriormente mencionado cabe destacar que el consumo de alcohol, además de tener efectos psicológicos, puede afectar el funcionamiento cognitivo del AM.

- **Cambios sociales:** Los años que siguen a los 65 constituyen una etapa que conlleva a cambios en las funciones y en las relaciones, frente a esto las personas pueden experimentar tanto crecimiento como crisis. Nuestra sociedad parece estar dispuesta a impedir que las personas mayores experimenten positivamente sus últimos años. Sus ideas son rechazadas como desfasadas e irrelevantes en lugar de valorar los conocimientos adquiridos a través de la experiencia y de la relación con el pasado, son forzados al retiro cuando muchos son todavía enérgicos y capaces de trabajar. Temas específicos relacionados con estas áreas incluyen el retiro (jubilación), el entorno, el aislamiento social, la sexualidad, la viudez y la muerte.

La Salud del AM

Con respecto al ámbito biológico, el AM, tiene una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, tiene más episodios de enfermedades agudas y enfrenta un riesgo más elevado de accidentes que el resto de la población, tiene una tasa más alta de hospitalización, con una proporción de 2:4 veces mayor que la población general. Es por esto, que la promoción y mantención de la salud, se deben orientar básicamente a las enfermedades que se presentan más comúnmente.

Las patologías cardiovasculares ocupan la primera causa de muerte en Chile y a medida que se avanza en la edad aumenta su prevalencia.

El tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular y de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ya que cerca del 80% de las personas que tiene EPOC tienen antecedentes de tabaquismo. La prevalencia de las enfermedades respiratorias crónicas en este grupo etario es 30%.

La disminución de la agudeza visual es mayor al 90%, lo cual es un factor de riesgo de caídas y accidentes, y la disminución de la agudeza auditiva alcanza a 94% en hombres y 88,7% en mujeres.

Se sabe, que un tercio de la población mayor de 65 años sufre a lo menos una caída durante 12 meses y, si ésta produce fractura y hospitalización, en un 50% de los casos el paciente se agrava, no recupera su funcionalidad y puede terminar en

defunción¹⁶. En el estudio SABE, que abarcó a países de Latinoamérica y del Caribe, se destaca que las caídas en los últimos 12 meses correspondió a 35,3%.

En cuanto a la salud oral de los AM, es importante saber que se puede convertir en un factor de riesgo de desnutrición, mala alimentación y dificultad de relación interpersonal. Solo el 0,7% de los AM son dentados totales, mientras que los desdentados totales alcanza el 33,4%, el promedio de dientes remanentes es de 7 piezas, el porcentaje de prótesis total, tanto maxilar superior e inferior es de 37,1%, pero el 29,1% no la usa por incomodidad y las caries la presentan un 44,7%.¹⁶

En cuanto a la salud mental, los síntomas depresivos en el año 2007 alcanzaron un 17,8% de las mujeres y 7,2% de los hombres, aunque la prevalencia de síntomas depresivos actuales es similar en ambos sexos.

En cuanto a la funcionalidad del AM, según el CENSO realizado en Junio de 2006, la población de AM bajo control en la atención primaria era 541.026 personas, en todo el país, de los cuales, 42,8% eran autovalentes; 29,4%, con riesgo; 24,3%, dependientes y 3,3%, postrados. El 88,4% de los pacientes postrados eran mayores de 70 años.

Se debe tomar en cuenta, además, las discapacidades que puedan presentar los AM. Entendiéndose, una persona con discapacidad como aquella que presenta deficiencias de sus funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en sus actividades y restricciones en su participación, como resultado de la interacción negativa de su condición de salud y los factores ambientales y personales en los que se desarrolla.

Se estima que en Chile, los AM con discapacidad suman 933.853 personas. En relación al total de la población con discapacidad en el país, ellas representan un 45,2%. La distribución de la discapacidad por sexo de la población AM presenta una mayor prevalencia en las mujeres con un 60,6%, en comparación con el 39,4% que son hombres. Del total de personas AM, un 17,3% manifiesta discapacidad leve, el 11,1% presenta discapacidad moderada y un 10,7% de personas tiene discapacidad severa. El 61% de los AM no presenta ninguna discapacidad. Ahora bien, una de las dificultades más comunes de los AM discapacitados en las AVD es la visión (77,7%), aún cuando usen lentes. Sigue en grado de importancia la dificultad para desplazarse (74,8%), el ponerse de pie (65,5%) y estar mínimo 30 minutos de pie (64,8%). En el cuidado personal, los AM discapacitados muestran menos problemas en su capacidad para comer por sí mismos, solo el 9,7% señala tener este tipo de dificultad. Otros problemas más

¹⁶ Ávila, C. (2007) Situación Epidemiológica del AM en Chile. *Perfil epidemiológico de Chile actual*. Año VII, No. 2.

frecuentes son bañarse por sí mismo (27,7%) y vestirse o ponerse los zapatos (28,9%). Las dificultades de comprensión y comunicación de los AM discapacitados que se registran en mayor medida son: recordar cosas importantes (52,2%), aprender cosas nuevas (39,8%) y concentrarse durante 10 minutos (39,6%). El 70% de los AM con discapacidad declara haber recibido algún diagnóstico médico acerca de su problema. Los diagnósticos más frecuentes son los relativos al sistema circulatorio (20,5%) y al sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (17,8%) y un 30,7% carece de un diagnóstico respecto de su discapacidad.¹⁷

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, es posible apreciar un aumento progresivo del número de personas mayores de 60 años, las cuales, por efectos del envejecimiento son más vulnerables a las enfermedades, y requieren de tratamiento farmacológico y atención de los Servicios de Salud. Los mayores de 65 años consumen de 2 a 3 veces más medicamentos que el promedio de la población general y, por lo mismo, tienen mayor probabilidad de sufrir reacciones medicamentosas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), polifarmacia es el consumir más de 3 medicamentos simultáneamente.¹⁸

Otras cifras muestran que entre el 65% a 94% de los AM consume algún tipo de fármaco:

- Las reacciones secundarias a fármacos ocurren en el 25% de las personas mayores de 65 a 70 años.
- De los ingresos a un hospital del 3% al 10% se deben a reacciones secundarias a fármacos, y un tercio de ellos son AM.
- Las reacciones adversas a fármacos son la forma más frecuente de iatrogenia.
- Los fármacos son responsables del 50% de las complicaciones de la hospitalización.
- Reacción Adversa a Medicamentos (RAM): Es cualquier respuesta a un fármaco que sea nociva a las dosis utilizadas en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico o el tratamiento, la cual aumenta exponencialmente con el número de fármacos.

Según el grado de incidencia de los problemas de salud descritos y la dependencia asociada a éstos, los AM se pueden clasificar como:

- **AM autovalente sano:**

¹⁷ INE, SENAMA (2006) Población AM discapacitada. *Primer estudio nacional de discapacidad*, Chile.

¹⁸ Guerra, M. (Sin fecha) Polifarmacia y Farmacología en Geriatría.

Aquella persona mayor de 60 años, cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica (años de edad), es capaz de realizar las actividades funcionales esenciales de autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, bañarse y las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente: leer, usar el teléfono, manejar su medicación, el dinero, viajar y hacer sus trámites.

- *Adulto semivalente:*

Es aquella persona en que se ve afectada su autovalencia por factores físicos, ambientales, psicológicos, sociales y/o económicos.

- *AM dependiente:*

Es aquella persona mayor de 60 años que se ve imposibilitada de efectuar las ABVD y requiere de apoyo constante para desarrollarlas.

La realidad presentada en cuanto al proceso de envejecimiento de los AM ha hecho necesario abordar el problema a nivel gubernamental a través del Política Nacional para el AM (PNAM).

2.1.3 Política Nacional para el Adulto Mayor del Gobierno de Chile.

Al hablar de Política Nacional, se está señalando la necesidad de asumir la vejez y el envejecimiento de la población como una preocupación, no sólo de Gobierno, sino también de toda la sociedad. Es necesario destacar que parte importante de la problemática del AM, debe ser resuelta por la propia comunidad y muy especialmente al interior de la familia.

Esta política fue aprobada en 1996 por el Comité de Ministros del Área Social, siendo concebida en base a los Principios de Naciones Unidas, a favor de los AM y las Recomendaciones de la Asamblea Mundial de Envejecimiento de Viena, 1982.

La PNAM contiene fundamentos valóricos y principios en los cuales se sustenta, dando origen a un gran objetivo que consiste en: “Lograr un cambio cultural que signifique un mejor trato y valoración de los AM en nuestra sociedad, lo que implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y, alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los AM”.¹⁹

Para dar cumplimiento de manera concreta a esta gran meta, se creó el Plan Nacional conjunto, que a su vez propuso “fomentar el acceso de las personas AM a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor

¹⁹ SENAMA, (1996) Política nacional para el AM del gobierno de Chile.

calidad de vida en la vejez, la preservación de su funcionalidad y autonomía, y para las personas de edad en instituciones de larga estadía una atención y cuidados eficaces”.²⁰

Para dar respuesta a los objetivos planteados, la Enfermera tiene una especial responsabilidad, debido a la mayor vulnerabilidad de los AM frente a factores como enfermedades o bien, factores externos, lo que hace necesario dar una atención oportuna a este grupo de la población a través de la red asistencial, así como vigilar la calidad de los cuidados prestados en los CLE, los cuales se han hecho cada vez más necesarios, debido al envejecimiento de la población en Chile y el consiguiente aumento de los AM con deterioro progresivo de sus funciones. Los CLE reciben a aquellos AM que cuentan con familias que se sienten incapaces de otorgar cuidados específicos, o aquellos que se encuentran en situación de abandono; lo que no debe impedir que sus derechos sean respetados, según lo establece la carta de los principios a favor de las personas mayores, la cual plantea que las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vestimenta, vivienda y atención de salud adecuados; mediante apoyo de sus familias, de la comunidad y de su propia autosuficiencia, también recibir un trato digno independiente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valorados independientemente de su contribución económica. Además deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinde cuidados o tratamientos, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre sus cuidados y sobre la calidad de su vida. Deben tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación, estímulo social y mental, en un entorno humano y seguro.²¹

Ahora bien, para dar cumplimiento a dichos principios y a la correcta instalación y funcionamiento de los CLE, Chile cuenta con una normativa legal, definiéndolos como: “aquél en que residen AM que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad, y que cuenta con autorización para funcionar en esa calidad, otorgada por la SEREMI competente en que se encuentra ubicado”.

El mencionado reglamento estipula, además, que serán las SEREMI las encargadas de la fiscalización, control y supervisión de los CLE, siendo necesaria la aprobación de cualquier modificación en la planta física del establecimiento, tales como: aumento de número de camas, cambios en la dirección, propiedad y/o administración del recinto.

²⁰SENAMA, (2004) Plan Nacional Conjunto.

²¹ UNESCO (1991) Carta de los principios a favor de las personas mayores, aprobada por la el 16/12/1991.

El reglamento de CLE establece que los AM residentes deberán ser evaluados y calificados en base a la escala de evaluación Katz, para determinar el nivel de funcionalidad de la persona mayor.

En aquellos establecimientos en que residan personas mayores postradas, definidas en el reglamento como aquellas que están totalmente incapacitadas para desarrollar las ABVD: Vestirse, bañarse, usar el WC, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse, deberá contar con:

- a) Un auxiliar de enfermería 12 horas diurnas y uno de llamada en la noche.
- b) Un cuidador por cada siete residentes, 12 horas del día y uno por cada diez en turno nocturno.

En aquellos CLE en que residan AM dependientes físicos o psíquicos se deberá contar con:

- a) Un auxiliar de enfermería de 2 horas diarias de permanencia y de llamada las 24 horas del día.
- b) Un cuidador por cada doce residentes dependientes, 12 horas del día y uno por cada veinte en horario nocturno.

Respecto de las personas mayores autovalentes, el reglamento establece que se deberá contar con un cuidador por cada veinte residentes, durante las 24 horas.

Las dependencias deberán estar bien diferenciadas e iluminadas, que no tengan barreras arquitectónicas y contar con:

- Al menos una oficina/sala de recepción.
- Si tiene más de un piso, deberá contar con un sistema seguro de traslado de un piso a otro, además que permita el paso de silla de ruedas o de una camilla.
- La sala de estar debe tener la capacidad de tener a todos los residentes de manera simultánea, con luz natural, tener comunicación con el medio exterior y elementos de recreación.
- Zonas exteriores para recreación.
- Dormitorios con un máximo de 4 camas, ventilación e iluminación natural, además con un velador para cada uno.
- Un timbre por pieza, en caso de postrados, uno por cama.
- Contar con catres clínicos para todos los AM que necesiten protección física.
- El baño debe ser de fácil acceso y contar con medidas de protección. (antideslizantes, agarraderas de apoyo, etc.)

La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de un profesional de la salud con título de una carrera de 8 semestres a lo menos y de preferencia con

capacitación en gerontología, en donde la Enfermera puede desempeñarse consecuentemente, ya que cumple con los requisitos establecidos, o un profesional del área de ciencias sociales con formación de postítulo en gerontología. El Director técnico debe permanecer mínimo 4 hrs. semanales en los establecimientos con capacidad de hasta 20 residentes.

La atención médica de las personas mayores residentes de los CLE es provista por la red de salud pública (Consultorios de Atención Primaria y Hospitales).

Las SEREMI de Salud llevan el registro del número de los CLE autorizados, de los que se encuentran en trámite de autorización y de aquellos sometidos a sumario por el incumplimiento de alguna de las normas reglamentarias. En la actualidad, existen en Chile un total de 663 CLE autorizados, distribuidos en el territorio como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla N° 1: Número de CLE autorizados por región.

Región	N° de CLE
I	6
II	8
III	3
IV	11
V	123
VI	32
VII	23
VIII	46
IX	4
X	29
XI	1
XII	6
RM	371
TOTAL	663

Fuente: Subsecretaría de Salud 2007

No se cuenta con información fidedigna sobre el número de CLE no autorizados existentes en el país, sin embargo, estudios realizados a partir de proyecciones de los Censos de población, estiman la existencia de un número de establecimientos informales que duplicaría el de autorizados. Actualmente, el SENAMA se encuentra realizando un catastro de estos establecimientos a nivel nacional.

Con respecto a los CLE en la V región, específicamente en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, se registran a la fecha 47 autorizados de acuerdo a la normativa vigente, los cuales se detallan en la siguiente tabla.

Tabla N°2: CLE en Viña del Mar y Valparaíso 2007

Comuna de Viña del Mar	Comuna de Valparaíso
1. <i>Anni & Bjorn</i>	1. <i>Casa de Reposo</i>
2. <i>Bienestar</i>	2. <i>Casa de Reposo Arco Iris</i>
3. <i>Casa de Estadía del AM Lulú</i>	3. <i>Casa de Reposo Girasol</i>
4. <i>Casa de Reposo Flor de Aromo</i>	4. <i>Casa de Reposo Vista al Mar</i>
5. <i>Casa de Reposo Nataly</i>	5. <i>Casa de Reposo Juan Wiedeman Maire</i>
6. <i>Casa de Reposo Portal del Mar</i>	6. <i>La Alborada</i>
7. <i>Casa de Reposo Recreo</i>	7. <i>La Asunción</i>
8. <i>Casa de Reposo San Rafael</i>	8. <i>Las Alondras</i>
9. <i>Casa de Reposo Santa Victoria</i>	
10. <i>Espiga Dorada</i>	
11. <i>Eterna Primavera</i>	
12. <i>Hermanitas de los Pobres</i>	
13. <i>Hogar Bienestar</i>	
14. <i>Hogar Monte Carmelo</i>	
15. <i>Hogar San José</i>	
16. <i>Izabella</i>	
17. <i>Jeannette</i>	
18. <i>Julio Arenas</i>	
19. <i>La Alborada I</i>	
20. <i>La Alborada II</i>	
21. <i>La Casa de Blanquita</i>	
22. <i>La Floresta I</i>	
23. <i>La Nonna</i>	
24. <i>Las Acacias Cidmar Ltda</i>	
25. <i>Margarita Cárdenas Reyes</i>	
26. <i>María Francisca</i>	
27. <i>Mi Querida Raquelita</i>	
28. <i>Nonna Alicia</i>	
29. <i>Oasis de Recreo</i>	
30. <i>Preciosa Sangre</i>	
31. <i>Rayito de Sol</i>	
32. <i>Regina Pacis</i>	
33. <i>Renacer</i>	
34. <i>Senior Heim</i>	
35. <i>Senior Home</i>	
36. <i>Stella Maris</i>	

37. <i>Villa Dulce</i>	
38. <i>Villa Reñaca</i>	
39. <i>Vivencias</i>	

Fuente: SENAMA 2007

Por otra parte, el Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN) definió una Carta de Derechos del Residente y creó Consejos de Residentes en todos sus centros. Cabe destacar que el CONAPRAN ha recogido las recomendaciones técnicas realizadas por SENAMA, referidas a focalizar su atención en la población más dependiente y a mejorar su calidad de atención, a través de nuevos programas de intervención y de una mayor profesionalización y especialización de sus recursos humanos.

La situación actual de los AM institucionalizados, de acuerdo a los resultados obtenidos en el CENSO de 2002, que fueron analizados por rango de edad y tipo de residencia¹³, señalan la posibilidad de vivir institucionalizado un promedio de 1,56%, pero este porcentaje claramente aumenta con la edad: 0,87% entre los 60 y 74 años, sube a 2,5% entre 75 y 84 años, y a 6,1% en aquellos de 85 años y más. Con respecto al total de chilenos de 90 años y más, sólo el 7,6% estaría viviendo institucionalizado.

2.1.4 Perfil del AM Institucionalizado

El aumento de la institucionalización de los AM se encuentra determinada la mayoría de las veces por el cambio de estructura social familiar generada en el último tiempo, lo que se pone en manifiesto desde una familia extendida a una nuclear, disminuyendo con ésta el número de integrantes y finalmente el número de hijos. Sumado a este cambio de estructura, la incorporación de la mujer al ambiente laboral trae consigo la salida del hogar, lo que provoca que los AM dentro de la familia queden sin cuidadores y pasen la mayor parte tiempo solos; agregado a esto la pérdida de la funcionalidad que los vuelve más requirentes de cuidados complejos, es por lo que la familia al final llega a optar por institucionalizarlos.

Dentro de las características generales de los AM mayores de 60 años en Chile que posiblemente se encuentran institucionalizados, se observa que un 87% vive en Residencias Colectivas Formales, destacando que entre los 85 y 90 años corresponden a un 94,4%. Del total de AM que viven en residencias el 61,3% son mujeres; respecto a su estado civil, el 18,9% está casado, el 35,2% soltero y el 37,5% viudo. Los AM que saben leer y escribir, corresponden al 82,4%. Con respecto al ingreso económico, un 49% es jubilado o rentista y el 19% está incapacitado permanentemente para trabajar. La mayoría de las personas que viven en estas residencias no presentan limitaciones o

discapacidades, ya que solo un 16,5% de los AM son lisiados o presentan parálisis, el 14,3% con deficiencia mental, el 3,1% los con dos y tres discapacidades, el 0,07% con cuatro discapacidades.¹³

2.1.5 Valoración Geriátrica Integral (VGI)

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico dinámico, estructurado, multidimensional que permite identificar y cuantificar los problemas del AM en cuatro esferas: clínica, funcional, mental y social, con el fin de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como también la óptima utilización de recursos para afrontarlos y, lograr de este modo, un mayor grado de independencia en el AM, en definitiva mejorar la calidad de vida.

Valoración de la esfera funcional.

La valoración funcional, es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del AM para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las AVD se clasifican en ABVD, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD).

En las ABVD se incluyen aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (higiene, vestirse y desvestirse, uso WC y continencia, movilidad y alimentación). Las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso del teléfono, etc.) y las AAVD incluyen aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso.

La escala más utilizada para evaluar las ABVD es:

- Índice de actividades de la vida diaria (KATZ): Test mejor conocido, estudiado y validado. Fue elaborado en 1958 y publicado en 1963. Consta de seis ítems: Baño, vestirse/desvestirse, uso del WC, movilidad, continencia y alimentación, según se describen a continuación. (Ver Anexo N°4)

Actividades Básicas de la Vida Diaria:

- **Bañarse (con esponja, ducha o bañera):**

Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

- **Vestirse:**

Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cierres (se excluye el atarse los zapatos).

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

- **Usar el WC:**

Independiente: accede al WC, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o chata o precisa ayuda para acceder al WC y utilizarlo.

- **Movilidad:**

Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

- **Continencia:**

Independiente: control completo de micción y defecación.

Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

- **Alimentación:**

Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).

Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

Esta escala describe lo que se considera como dependencia/independencia para la ejecución de las tareas.

Independiente: significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función, no hace esa función aunque se le considere capaz.

Cada ítem tiene dos posibles respuestas: si lo realiza de forma independiente o con poca asistencia: 1 punto, si requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza: 0 puntos. Según la puntuación total, se clasifican en siete grupos, donde A corresponde a la máxima independencia y G a la máxima dependencia.

-
- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del WC, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del WC y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del WC, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.

Para el presente estudio se valora el cuidado en relación a aquellas actividades de la vida diaria dadas por este Índice (bañarse, vestirse/desvestirse, usar el WC, movilidad, continencia y alimentación), con respecto a la dependencia e independencia que tenga el AM, considerando las actividades descritas para cada una.

El cuidador, al momento de llevar a cabo las ABVD en los AM institucionalizados en CLE, deberá basarse en la funcionalidad de cada uno de ellos, debería ser de forma tal que si es:

- **AM Autovalente (A y B Índice de Katz):** Deberá mantener su condición de valerse por sí mismo, por lo tanto las acciones del cuidador irán enfocadas a educar y supervisar la realización de las ABVD.
- **AM Semivalente (C, D y E Índice de Katz):** Deberá mantener o aumentar su independencia, por lo tanto las acciones del cuidador serán de ayudar en la realización de las ABVD.
- **AM Dependiente (F y G Índice de Katz):** El cuidador deberá asistir completamente al AM, por lo tanto las acciones deberán ser enfocadas a sustituir la realización de las ABVD.

Por lo tanto, de acuerdo a los datos obtenidos en la valoración y según el grado de dependencia e independencia del AM, la Enfermera deberá otorgar el cuidado específico para cada paciente, basándose en el diagnóstico de Enfermería de donde se desprenderán los objetivos que guiarán las actividades que deberá realizar el AM y nivel de participación del equipo de Enfermería.

Teniendo en cuenta los tópicos tratados, la planificación de los cuidados por el profesional de Enfermería, los cuidados que se deben realizar en los CLE, para la satisfacción de las ABVD, serán las siguientes:

Higiene y confort (baño): Proporcionar un ambiente agradable, seguro y cómodo, además de realizar la higiene corporal. Se recomienda un baño diario con jabón neutro, secando cuidadosa y prolijamente la piel.

Vestirse/desvestirse: Es importante realizar un cambio frecuente de camisetas o pijamas, ya que se ayuda al bienestar de la persona mayor.

Uso del WC y continencia: Durante el día es una necesidad importante de satisfacer, la intervención de enfermería será importante en todos los usuarios, presenten o no un grado de compromiso.

Movilidad/actividad física: Es una actividad esencial en la vida del hombre, contribuye a la eficacia del funcionamiento de todos los procesos corporales, es decir, la capacidad de integrar habilidades motoras finas y gruesas que permite realizar autocuidado (alimentación, baño, vestirse/desvestirse, entre otras), deambulación, alineación corporal y buena postura.

En este sentido, es importante considerar lo siguiente: una persona que está en cama durante un tiempo prolongado, se enfrenta con una serie de problemas, tanto físicos como psicológicos, disminuyendo la motivación, el apetito y la orientación, cambio de la imagen corporal y apatía, entre otros; los problemas físicos, debido a la inmovilización, pueden incluso afectar partes del cuerpo que estaban sanas antes del periodo de inactividad.

La movilización y el ejercicio ayudan a mantener la capacidad física y la funcionalidad de la persona mayor, la importancia radica en que aumenta el transporte de oxígeno a todas las células, incluyendo las del cerebro, mejorando la actitud y la capacidad de socialización, es decir, sus beneficios se extienden directamente a la salud mental.

Es por esto, que las intervenciones de enfermería deben estar orientadas a garantizar que las diferentes estructuras que permiten el movimiento, permanezcan en las mejores condiciones, entregando cuidados como masajes y ejercicio, estimulando la circulación, mejorando la nutrición de la piel, disminuyendo el estrés y previniendo caídas.

Alimentación: Constituye uno de los elementos principales, por el cual se obtienen los nutrientes vitales que sostienen los mecanismos fisiológicos y bioquímicos del cuerpo humano, asegurando el crecimiento, el mantenimiento de los tejidos y la energía que permita la mantención de la salud y la realización adecuada de las actividades de la vida diaria.

En este contexto, cabe destacar el rol que le corresponde al Profesional de Enfermería.

2.1.6 Funciones del Profesional de Enfermería en CLE.

De acuerdo al Código Sanitario Chileno (Artículo 113), publicado el 17 de octubre de 1997, “Los servicios profesionales de la enfermera/o comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”.

Los valores éticos en los que se sustentan los cuidados de Enfermería otorgados a las personas, son los cuatro principios éticos básicos o fundamentales²²:

- Autonomía: se refiere a no coartar la libertad de la persona.
- No maleficencia: no inducir sufrimiento o incapacidad evitables.
- Beneficencia: obliga hacer el bien y limitar al máximo los riesgos.
- Justicia: ofrecer atención a la salud en forma equitativa, asegurando a cada usuario el nivel de atención que necesite.

El profesional de Enfermería se inserta en el cuidado integral del AM, siguiendo directrices profesionales, cuya meta es, según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), conseguir una calidad de vida, bienestar y salud óptima, según decidan quienes reciben los cuidados o que sean compatibles con los valores y deseos de las personas.

Los servicios de Enfermería son el pilar de los componentes para entregar los cuidados a las personas mayores frágiles, enfermas y moribundas, y que al mismo tiempo contribuyen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

²² PUC, (Sin fecha)Escuela de Medicina. Manual de Geriatria. *Cuidados de Enfermería en el AM.*

El fomento de la autovalencia y el derecho de las personas mayores a participar en las decisiones sobre el estilo de vida y tratamiento, son aspectos importantes en la función de las Enfermeras, quienes tienen la responsabilidad de mantener su nivel de competencia, planificar y prestar cuidados de calidad, delegar tareas con seguridad y evaluar los servicios entregados respetando la autonomía del AM.

Competencias de enfermería en CLE²³.

Aunque no hay uniformidad en las funciones que debería realizar la Enfermera en una Residencia, se toman como punto de referencia las normadas por la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica:

Función asistencial:

Parcela de la independencia profesional:

Desde esta perspectiva, el desempeño de su rol profesional se extiende a la administración de cuidados que cumplen las siguientes características:

- Diferenciados de los cuidados no profesionales.
- Basados en principios científicos, humanísticos y éticos.
- Mediante intervenciones enfermeras basadas en evidencia científica.
- Asumiendo responsabilidades.

La administración de este tipo de cuidados implica que:

- Valoramos, con instrumentos enfermeros e interpretamos con estándares enfermeros, respuestas humanas.
- Detectamos situaciones de riesgo y las evitamos.
- Identificamos patrones de comportamiento inapropiados en situaciones de salud y enfermedad y las resolvemos.

Lo que permite:

- Dispensar cuidados individualizados.
- Fomentar el autocuidado.
- Retrasar la dependencia, potenciando las capacidades residuales.
- Mejorar la calidad de vida a corto, medio y largo plazo.
- Minimizar costos personales e institucionales.

Función asistencial:

Parcela de la colaboración profesional:

Desde esta perspectiva el desempeño de su rol profesional se extiende a la:

²³ Sociedad Española de Enfermería Geriátrica.(2002)Competencias de enfermería en CLE.

-
- Canalización, ejecución y evaluación de intervenciones enfermeras, derivadas de las actuaciones de otros profesionales del equipo interdisciplinar.
 - Coordinación y participación en el proceso terapéutico interdisciplinar.

Función gestora:

Desde esta perspectiva, el desempeño del rol profesional Enfermero se pueden diferenciar en:

- Gestión de cuidados:
 - ✓ Coordinación al equipo de Enfermería en la planificación y ejecución de cuidados.
 - ✓ Redacción de informes para comunicar los problemas identificados, así como sus consecuencias según el plan de actuación.
- Gestión de recursos:
 - ✓ Gestión de recursos materiales y personales: control de ropa, de utillaje, de material fungible.
- Gestión del campo administrativo asistencial: tramitación de documentos, informes, etc.

Función docente:

Desde esta perspectiva, en el desempeño del rol profesional, la Enfermera es responsable de:

- Formación y reciclaje del equipo de enfermería.
- Participación en actividades de formación continuada.
- Identificación de necesidades de formación del equipo de Enfermería y canalización de éstas a la enfermera especialista.
- Formación al anciano y a su familia en estrategias de salud y resolución de problemas.

Función investigadora:

Desde esta perspectiva, en el desempeño de su rol profesional, la enfermera es responsable de:

- La participación en proyectos de investigación propios del campo disciplinar Enfermero y de otras disciplinas, haciendo que los resultados obtenidos reviertan en la mejora de los cuidados.

Teoría de Virginia Henderson

De acuerdo a las funciones que cumple el profesional de Enfermería descritas anteriormente, el objetivo primordial de su quehacer se basa en entregar un cuidado integral, que va desde los cuidados más básicos que requiere una persona hasta los más complejos. Para dar cumplimiento a este objetivo, es importante la existencia de un amplio conocimiento y sustento teórico de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, los cuales son generados por la disciplina de Enfermería a través de sus modelos y teorías, dentro de estas últimas la más importante es la de **Virginia Henderson**, considerada como una filosofía definitoria de Enfermería, que se basa en las necesidades básicas humanas. Virginia Henderson define a la Enfermería en términos funcionales como: *"La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"*, Henderson (1966, p. 15)

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La Enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1°.- Respirar con normalidad.
- 2°.- Comer y beber adecuadamente.
- 3°.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5°.- Descansar y dormir.
- 6°.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7°.- Mantener la temperatura corporal.
- 8°.- Mantener la higiene corporal.
- 9°.- Evitar los peligros del entorno.
- 10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

-
- 11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
 - 12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
 - 13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
 - 14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Normalmente, estas necesidades están satisfechas por la persona cuando tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (**independiente**), pero cuando algo falta o falla, pudiendo ser por causas de tipo físicas, psicológicas o sociológicas, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (**dependiente**). Es entonces cuando la Enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener sus necesidades cubiertas.

Esto partiendo de la base de que, para Virginia Henderson, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Es importante aclarar, que dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- ✓ **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- ✓ **Variables:** estados patológicos:
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
 - Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las Enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades, es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería, los cuales, se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Afirmaciones Teóricas

-Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación Enfermera-paciente y estos son:

La Enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la Enfermera es un sustituto de las carencias del paciente, debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La Enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia, la Enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La Enfermera como compañera del paciente: la Enfermera supervisa y educa al paciente, pero es él quien realiza su propio cuidado.

-Relación Enfermera – Médico: La Enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

-Relación Enfermera – Equipo de Salud: La Enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente, pero no deben realizar las tareas ajenas.

La teoría descrita, es aplicada por el profesional de Enfermería, a través de su herramienta profesional: el Proceso de Enfermería, el cual consta de una serie de etapas que sirven para planear y proporcionar cuidados de una manera organizada. Este proceso tiene como elementos esenciales: el ser planeado, centrado en el paciente, orientado en el problema y dirigido a metas.²⁴

Las etapas que compone el Proceso de Enfermería son:

1. **Valoración:** Es la primera fase, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos, sobre el estado de salud del paciente a

²⁴ Dueñas. J (2001). Cuidados de Enfermería. Enfermeras Teóricas, Virginia Henderson.

través de diversas fuentes: anamnesis, examen físico, revisión de documentos y de la familia.

2. **Diagnóstico:** Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de Enfermería, con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Diagnóstico de Enfermería real; se refiere a una situación que existe en el momento actual.
3. **Planificación del cuidado:** Establecimiento de los objetivos del usuario, intervenciones de Enfermería y finalmente la evaluación, es decir, en esta fase, se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de Enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.
4. **Ejecución:** La fase de ejecución es la tercera etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.
5. **Evaluación:** Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Cabe para efectos de este estudio, hacer una mención especial a la valoración, que incluye la obtención de toda la información pertinente, análisis, síntesis, las fuentes y la identificación del problema. Esta valoración se acentúa de acuerdo a la etapa del ciclo vital que esté viviendo cada persona, en este caso la Valoración será enfocada en el AM.

De acuerdo a lo expuesto, a continuación se presenta lo que han de ser las funciones del cuidador.

Funciones del Cuidador del AM en CLE.

En la planificación del cuidado por parte del profesional de Enfermería, no solo debe considerar las acciones a realizar por la propia Enfermera, sino además, aquellas que serán realizadas por el técnico paramédico o cuidador, entendiéndose por este último a “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”.²⁵

²⁵ Hernández, Z. (2006) Cuidadores del AM residente en asilos.

Se debe hacer la diferencia entre cuidador formal e informal, siendo el primero toda persona que cuida en forma directa a un AM en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un pago o beneficio pecuniario (dinero) por su trabajo, e informal aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios, es brindado por familiares, amigos y vecinos. Estos se diferencian en cuidadores principales o primarios y cuidadores secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de los AM.

Entre las características del cuidador según Hernandez, Z, se destaca que sólo el 3% de los pacientes AM discapacitados, tienen cuidadores remunerados.

De acuerdo a la escolaridad de los cuidadores, solo un 8% de los CLE exige enseñanza básica completa y un 37% enseñanza media completa. A pesar de la baja exigencia vista en estos CLE, la mayor parte de los establecimientos (53%) exige poseer, al menos, estudios técnicos completos en el área del AM para poder trabajar en contacto directo con ellos.²⁶

Además de lo mencionado anteriormente, los cuidadores deben ser personas capacitadas a través de cursos teórico-prácticos, dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia, para brindar atención preventiva, asistencial y educativa al AM y a su núcleo familiar.

El deseo de formar cuidadores de AM, nació del convencimiento de que el cuidado requiere del conocimiento y la técnica, y no meramente de buenas intenciones.

Su campo de acción cubre el hogar, centros y hospitales de día, clubes y centros de jubilados, algunos servicios hospitalarios, asilos, residencias geriátricas y servicios sanatoriales.

La formación de cuidadores de AM, posibilita solucionar una demanda social, sanitaria y cultural.

²⁶ Morris, P., G. Troncoso D, Rivera, I. Valderrama, C. (2007) Estudio para el diseño de un sistema y plan de mejoramiento de calidad del servicio que ofrecen los hogares o establecimientos de larga estadía para AM, ELEAM. *Análisis de la calidad de los ELEAM según algunas dimensiones de calidad.*

Entre sus actividades más frecuentes se debe mencionar:

- Participan en programas para la asistencia de AM y en la difusión de manuales de autovalencia y cartillas médico - preventivas.
- Descubren signos físicos de preocupación y alteraciones de conducta, informando lo detectado a familiares e integrantes del equipo de salud.
- Realizan actividades para dar cumplimiento a las medidas higiénicas, dietéticas y terapéuticas prescritas.
- Administran medicación oral horaria.
- Colaboran en la aplicación de técnicas recreativas, fisioterapéuticas, de laborterapia, etc.
- Ayudan en la rotación de enfermos paréticos y fracturados.
- Brindan información y asesoramiento familiar para la mejor asistencia del AM.
- Aconsejan respecto a modificaciones edilicias y a la utilización de elementos de uso diario que permitan el mejor desempeño del AM en actividades cotidianas.
- El cuidador apoya al profesional de Enfermería y a los equipos geriátrico-gerontológicos de trabajo, cubre horas de soledad brindando compañía, aplicando técnicas para evitar la dependencia, previniendo accidentes, ayudando a los discapacitados e investigando indicios de alteraciones físicas o mentales en los ancianos bajo su cuidado.²⁷

De acuerdo a lo anterior, se hace necesario destacar la participación de la Enfermera en la planificación de las intervenciones que ejecutará el cuidador de AM, con el fin de mantener o mejorar la calidad de vida de éstos durante su permanencia en CLE.

²⁷ Valderrama, H. (2001) Cuidadores de ancianos profesionales, *Cuidados de Ancianos*.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo General.

- ✓ Conocer las características de los cuidados otorgados por los cuidadores, en relación de la satisfacción de las ABVD, de acuerdo al nivel de funcionalidad, en los AM institucionalizados en CLE.

2.2.2 Objetivos Específicos.

1. Identificar las características personales, socioculturales y laborales de los cuidadores en CLE según: edad, sexo, escolaridad, formación, horas trabajadas diarias, cantidad de AM asignados, años de servicio, conocimiento de plan de cuidados de enfermería, y si basa su atención en él.
2. Identificar las características biopsicosociales de los AM en CLE según: edad, sexo, estado civil, situación económica, déficit neurosensorial y uso de fármacos.
3. Identificar el nivel de funcionalidad de los AM en CLE, según Índice de Katz.
4. Conocer la existencia de las intervenciones de Enfermería, en cuanto a: evaluación de funcionalidad al ingreso, reevaluación funcional durante el tiempo de estadía, educación de autocuidado a los AM y un plan de cuidados específico para cada uno de ellos.
5. Determinar si las características de los cuidados otorgados por los cuidadores del estudio, responden a una evaluación previa del profesional de Enfermería sobre el nivel de funcionalidad.

2.3 Definición y Operacionalización de Variables

Variable: Características personales, socioculturales y laborales del cuidador.

Definición conceptual: Conjunto de factores personales, socioculturales y laborales que determinan la individualidad del cuidador.

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores
Edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente. • Adulto joven. • Adulto medio. • Adulto tardío. 	<ul style="list-style-type: none"> • 18 a 20 años. • 21 a 40 años. • 41 a 60 años. • 61 y más años.
Sexo.		<ul style="list-style-type: none"> • Femenino. • Masculino.
Escolaridad.	<ul style="list-style-type: none"> • Último año cursado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza básica incompleta. • Enseñanza básica completa. • Enseñanza Media incompleta. • Enseñanza Media completa. • Superior Técnico incompleto. • Superior Técnico completo. • Superior Profesional incompleto. • Superior Profesional completo.
Capacitación del cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia previa respecto a cuidados otorgados a AM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno. • Experiencia cuidando a un familiar u otro AM. • Curso de la cruz roja. • Curso en centro técnico de cuidados.
Horas trabajadas diarias.	<ul style="list-style-type: none"> • En turno de día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno. • 1 - 8 Hrs. • 9- 12 Hrs. • 13 – 23 Hrs. • 24 Hrs. o más.
Horas trabajadas diarias.	<ul style="list-style-type: none"> • En turno de noche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno. • 1- 8 Hrs. • 9- 12 Hrs. • 13- 23 Hrs.

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores
Cantidad de AM asignados.	• Autovalentes.	• Ninguno. • 1 a 20. • 21 o más.
	• Semivalentes.	• Ninguno. • 1 a 15. • 16 o más.
	• Dependientes.	• Ninguno. • 1 a 7. • 8 o más.
Tiempo de servicio en actual Centro, en años.		• Menos de 1 año. • 1 a 5. • 6 a 10. • 11 a 20. • 21 o más años.
Conocimiento de la existencia de un plan de cuidados elaborado por la Enfermera.		• Si. • No.
Sus cuidados se basan en el plan de cuidados elaborado por la Enfermera.		• Si. • No.

Variable: Características biopsicosociales de los AM.

Dimensión: Conjunto de condiciones físicas, psicológicas y sociales, de acuerdo a su edad cronológica.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores
Sus cuidados se basan en el plan de cuidados elaborado por la Enfermera.	• Si. • No.	

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores
Edad.	<ul style="list-style-type: none"> • 60 a 64 años. • 65 a 69 años. • 70 a 74 años. • 75 a 79 años. • 80 a 84 años. • 85 a 90 años. • 91 y más años. 	
Sexo.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	
Estado Civil.	<ul style="list-style-type: none"> • Casado. • Soltero. • Viudo. • Separado. • Otro: especificar: _____ 	
Situación Económica	<ul style="list-style-type: none"> • Jubilación • Aportes Familiares • Ambos • Otro: especificar _____ 	
Déficit neuro-sensorial.	<ul style="list-style-type: none"> • Físico. • Intelectual/cognitiva. • Visual. • Auditiva. • Psíquica. • Multidéficit. • Otros: especificar _____ 	
Uso de fármacos.	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno. • 1 a 5 fármacos. • 6 a 10 fármacos. • 11 a 28 fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuáles.

Variable: Nivel de funcionalidad AM.

Definición conceptual: Capacidad del AM de realizar ABVD según el índice de Katz.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores
Autovalente.	<ul style="list-style-type: none"> Independiente o dependiente en 1 ABVD (Katz A y B). 	<ul style="list-style-type: none"> A B
Semivalente.	<ul style="list-style-type: none"> Dependiente en 2 o 3 ABVD (Katz C, D y E). 	<ul style="list-style-type: none"> C D E
Dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> Dependiente en 4 o más ABVD (Katz F y G). 	<ul style="list-style-type: none"> F G

Variable: Cuidados otorgados por el cuidador al AM en CLE.

Definición conceptual: Atención otorgada por el equipo de Enfermería (constituido por el profesional de enfermería y cuidador de AM) en la realización las 6 ABVD, según el nivel de funcionalidad del AM, determinado a través del Índice de Katz.

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
Intervención de la Enfermera según el Nivel de funcionalidad. (Autovalente, Semivalente y Dependiente) del AM.		<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de la funcionalidad al ingreso. Planificación de cuidado individualizado. Educación según nivel de funcionalidad. Reevaluación funcional durante la estadía. 	<ul style="list-style-type: none"> Si. No.

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
Cuidados otorgados por el cuidador, según nivel de funcionalidad.	Intervención del Cuidador para el AM Autovalente.	<p>Higiene: <i>Fomento y supervisión de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aseo, baño y/o ducha diaria. • Lavado de manos. • Aseo de cavidades. • Corte de uñas o vello. • Lubricar la piel diariamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
		<p>Vestir y desvestirse: <i>Fomento y supervisión de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de ropa diaria. • Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
		<p>Uso WC y Continencia: <i>Fomento y supervisión de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Concurrencia al WC. • Limpieza de órganos excretores después de concurrir al baño. • Arreglo adecuado de prendas de vestir. • Accesibilidad al WC 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
		<p>Movilidad : <i>Fomento y supervisión de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deambulación. • Transferencias y traslados. • Rutinas de ejercicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores

(Continuación) Cuidados otorgados por el cuidador, según nivel de funcionalidad	(Continuación) Intervención del Cuidador para el AM Autovalente.	<u>Alimentación:</u> <i>Fomento y supervisión de:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
	Intervención del Cuidador para el AM Semivalente (frágil).	<u>Higiene :</u> <i>Ayuda para :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Aseo, baño y/o ducha diaria. • Evitar la exposición innecesaria del cuerpo. • Lavado de manos. • Secado meticuloso, en especial de pliegues y zonas interdigitales. • Aseo de cavidades. • Corte de uñas o vello. • Lubricación de piel diariamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
		<u>Vestir y desvestirse:</u> <i>Ayuda para:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de ropa diaria. • Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar. • Preparar ropa limpia con anticipación para evitar descubrirlo innecesariamente. • Mantener ropa limpia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores

<p>(Continuación) Cuidados otorgados por el cuidador, según nivel de funcionalidad</p>	<p>(Continuación) Intervención del Cuidador para el AM Semivalente (frágil).</p>	<p><u>Uso WC y Continencia:</u> <i>Ayuda para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar exposición innecesaria del cuerpo. • Adquirir posición natural para la micción y defecación. • Concurrir al baño. • Accesibilidad al WC. • Proporcionar y retirar utensilios de eliminación urinaria e intestinal. • Retirar los utensilios de eliminación urinario e intestinal de manera inmediata después de su utilización. • Brindar medio necesario para el lavado de manos. • Limpieza de órganos excretores después de cada eliminación urinaria/ intestinal. • Arreglo adecuado de prendas de vestir. • Realizar cambio de sábanas y ropa en caso de que las ensucie o moje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores

(Continuación) Cuidados otorgados por el cuidador, según nivel de funcionalidad	(Continuación) Intervención del Cuidador para el AM Semivalente (frágil).	<p><u>Movilidad:</u> <i>Ayuda para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deambulación. • Transferencias y traslados. <p>Rutinas de ejercicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
		<p><u>Alimentación:</u> <i>Ayuda para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado..
	Intervención de Cuidador para el AM Dependiente.	<p><u>Higiene:</u> <i>Asiste en :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aseo, baño y/o ducha diaria. • Evitar exposición innecesaria del cuerpo. • Lavado de manos. • Aseo de cavidades. • Corte de uñas o vello. • Lubricación piel diariamente. • Secado meticoloso, en especial de pliegues y zonas interdigitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores

(Continuación) Cuidados otorgados por el cuidador, según nivel de funcionalidad	(Continuación) Intervención de Cuidador para el AM Dependiente.	<p><u>Vestir y desvestirse:</u> <i>Asiste en:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de ropa diaria. • Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar. • Preparar ropa limpia con anticipación para evitar descubrirlo innecesariamente. • Mantener ropa limpia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
		<p><u>Uso WC y Continencia:</u> <i>Asiste en:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar exposición innecesaria del cuerpo. • Limpieza de órganos excretores después de cada eliminación urinaria/ intestinal. • Cambio de muda/ cuidado de la sonda. • Arreglo adecuado de prendas de vestir. • Lavado de manos. • Cambio de sábanas y ropa en caso de que las ensucie o moje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
(Continuación) Cuidados otorgados por el cuidador, según nivel de funcionalidad	(Continuación) Intervención de Cuidador para el AM Dependiente.	<p><u>Movilidad:</u> <i>Asiste:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza prevención de accidentes. • Realiza ejercicios pasivos. • Trasladar y desplazar al AM. • Motivar a la persona a que ayude en toda actividad (pedir colaboración). • Levantar a diario y en caso que no se levante realizar prevención de UPP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.
		<p><u>Alimentación:</u> <i>Asiste:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar al AM adecuadamente en la silla, fowler o semifowler. • Supervisar la temperatura de los alimentos. • Alimentación. • Realizar lavado de dientes post alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. • No aplica. • No observado.

**CAPÍTULO 3
METODOLOGÍA**

3.1 Tipo de Diseño de Investigación

3.1.1 Constitución y Organización del grupo tesis.

El grupo de seminario de tesis, lo conformaron 6 alumnas durante el 6to semestre, correspondiente al 3er año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, en el año 2007.

De modo preliminar, el tema seleccionado para el desarrollo de la tesis correspondió a la Funcionalidad del AM Institucionalizado en CLE, posteriormente durante el desarrollo de las asesorías, se determinó que el problema específico a estudiar serían los cuidados que otorgan al AM el cuidador y la Enfermera de estos centros.

Durante el desarrollo de la tesis se contó con la asesoría de una docente del Departamento de Enfermería del Adulto y Senescente de la Escuela, Enfermera Matrona profesora Mitzi Letelier Valdivia, Licenciada en Enfermería, Magíster en Gerontología Social y durante el Octavo semestre del desarrollo de este estudio, se contó con la asesoría de la docente del Departamento de Enfermería del Niño y Adolescente, profesora Nidia Núñez Alvarado, quien además es Coordinadora de Seminario de Tesis de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

El trabajo se inició en Agosto del 2007. Durante las primeras sesiones, la docente guía dio a conocer la forma de desarrollo del Seminario de Tesis, se distribuyeron los cargos organizacionales: Presidenta: Pamela Condeza M; Secretarias: Jessica Altamirano U, Brenda Valdés B; Tesorera: Romina Arenas V, Encargada de Fichas Bibliográficas: Michelle Carreño R, cargos que se mantuvieron hasta el primer semestre del año 2008, en donde se realizaron rotaciones que quedaron: Presidenta: Jessica Altamirano; Subrogante: Ana María Torres, Secretarias: Romina Arenas V, Brenda Valdés B; Tesorera: Michelle Carreño R, Encargada de material bibliográfico: Pamela Condeza M.

También, se comenzó con la búsqueda de material bibliográfico, físico y virtual, para la confección de fichas y posterior selección del tema y delimitación del problema.

El trabajo fue dividido en sesiones regulares de las tesis, los días miércoles de 14:30 hasta 18:00 hrs. y algunos días extraordinarios con la docente guía.

3.1.2 Tipo de Estudio

Estudio Cuantitativo, Descriptivo, Transversal.

3.2 Población en Estudio, Definición del Universo

Población en estudio

Primeramente se pensó realizar el estudio abarcando los cuidadores de los 47 CLE acreditados por los SEREMI de Salud de Viña del Mar-Quillota y Valparaíso-San Antonio. Con posterioridad, debido a trámites de autorización por los directores de los CLE y por factibilidad de tiempo de los tesisistas, solo se tuvo acceso a 16 centros, ello condujo a una muestra de conveniencia que estuvo constituida por 25 cuidadores de AM.

Con respecto a los criterios de inclusión, se consideró que los cuidadores de los centros a participar fueran los autorizados por el servicio de salud, trabajaran en la función de cuidadores de AM, recibieran remuneración por ésta, sin importar la antigüedad en el centro actual, además de contar o no con estudios respecto al tema. Se excluirán a aquellos cuidadores que se encontrasen haciendo algún remplazo o prestando alguna pasantía de apoyo al cuidado.

Para el estudio se determinó como unidad muestral, los registros de Enfermería y los cuidadores de AM que trabajan en CLE que cumplieran con los criterios de inclusión, durante el periodo comprendido entre el 10 de Octubre y el 22 de Noviembre del 2008.

Definición del Universo

Para el estudio se determinó un Universo compuesto por la totalidad de los cuidadores de los 16 CLE de las Comunas de Valparaíso y Viña del Mar que a voluntad desearan participar del estudio. Por lo tanto, el universo total correspondió a 91 cuidadores de AM, de los cuales se obtuvo una muestra a conveniencia de 25 cuidadores (27, 4%).

3.3 Método de Recolección de Datos

Para la investigación se utilizó un instrumento (**Ver Anexo N°1**), conformado por un cuestionario y una lista de cotejo, el primero posee dos partes: la parte A para los AM (datos obtenidos de las fichas clínicas) y la parte B para los cuidadores; la segunda es observacional, la cual incluye una sección que requiere revisar los registros de Enfermería y otra sección que necesita ver la realización de los cuidados otorgados por los cuidadores; dicho instrumento fue elaborado y aplicado por las alumnas tesisistas.

El instrumento fue confeccionado entre los meses de Mayo y Agosto del año 2008. Estos fueron evaluados por Don Alberto Caro, Estadístico y docente de la Facultad

de Ciencias de la Universidad de Valparaíso y Don Alfonso Arribada, Psicólogo de la Universidad Andrés Bello, respecto a su confiabilidad y validez.

Además, este instrumento fue probado por las alumnas tesistas, mediante la aplicación a 6 cuidadores de AM, distribuidos en 3 CLE, que cumplieran con los criterios de inclusión, a través de dichas aplicaciones, se corrigieron los errores de redacción y de comprensión.

3.4 Descripción del Instrumento

El instrumento está constituido por una lista de cotejo observacional y un cuestionario compuesto por 2 partes. (**Ver anexo N° 1**)

3.5 Procesamiento y Análisis de los Datos.

Para la realización del procesamiento de los datos, el grupo de tesistas utilizó el programa estadístico SPSS. Los datos fueron tabulados por las integrantes de la tesis y posteriormente utilizados en el programa estadístico antes mencionado.

Una vez obtenida la información a través de tablas de frecuencias y porcentajes, se confeccionaron los gráficos en el programa Microsoft Excel, comenzando posteriormente, el análisis de los datos a partir de cada tabla y gráfico respectivamente.

Los criterios utilizados para analizar los datos fueron en base a una selección de trazadores de la lista de cotejo (**Ver Anexo N° 2**), los cuales se escogieron para clasificar el cuidado en las siguientes categorías en cada uno de los niveles de funcionalidad:

- **Clasificación del cuidado.**

General: Este criterio se utilizó para clasificar la realización de las ABVD, derivado de la información obtenida de la lista de cotejo observacional.

- ✓ *Adecuado:* Corresponde al 71% o más de las ABVD adecuadas según el criterio específico anteriormente descrito.
 - ✓ *Medianamente adecuado:* Corresponde al rango entre 36% a 70% de las ABVD adecuadas según el criterio específico anteriormente descrito.
 - ✓ *No adecuado:* Corresponde a 35% o menos de las ABVD adecuadas según el criterio específico anteriormente descrito.
-

Específico de la lista de cotejo observacional: Este criterio se utilizó para clasificar los ítems de cada una de las ABVD.

- ✓ *Adecuado:* El cuidador realiza intervenciones que se desprenden de las ABVD de acuerdo al nivel de funcionalidad del AM.
- ✓ *Medianamente adecuado:* El cuidador realiza sólo algunas de las intervenciones que se desprenden de las ABVD de acuerdo al nivel de funcionalidad del AM.
- ✓ *No adecuado:* El cuidador no realiza ninguna de las intervenciones que se desprenden de las ABVD de acuerdo al nivel de funcionalidad del AM.
- ✓ *No aplica:* Intervenciones que no corresponde realizar de acuerdo al nivel de funcionalidad del AM.

3.6 Organización del Trabajo en Terreno

Previo a la aplicación de los instrumentos, fue necesario entrevistarse y enviar cartas al Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio y Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para contar con su autorización para la aplicación del instrumento en los CLE. Además, en la carta se mencionaba, en términos generales, la finalidad del estudio y el periodo de aplicación de las encuestas propuesto por las tesis.

Posteriormente se visitaron los CLE para entrevistarse con los Directores, a quienes se les entregó una carta informativa (**Ver Anexo N° 5**) en donde se explicaban los objetivos y la metodología del estudio, conjunto a ésta se hizo entrega la autorización (**Ver Anexo N°6**) que ellos debían firmar para acceder al estudio. Una vez conseguida ésta, se dió a conocer a los cuidadores un consentimiento que era necesario que firmaran (**Ver Anexo N°7**), éste estaba dirigido a explicar el objetivo y metodología de la investigación, cabe destacar que en cada uno se cauteló la confidencialidad y reserva de la información obtenida, se aseguró la posibilidad de abandonar en todo momento la investigación sin repercusiones posteriores para el participante y derecho a realizar preguntas en caso de duda.

Los instrumentos fueron aplicados entre el 10 de Octubre y 22 de Noviembre del año 2008 por las alumnas tesis, quienes se dividieron para cubrir la totalidad de los centros aceptados. Luego de la aplicación de los instrumentos de prueba, las alumnas tesis realizaron reuniones para afinar aspectos de la aplicación del mismo.

3.7 Aspectos Éticos

En el desarrollo de una investigación es fundamental velar por el cumplimiento de los principios éticos, es por este motivo que desde el diseño de la investigación se trabajó en cumplir con este fin. Para no transgredir la confidencialidad de la información obtenida, los instrumentos aplicados fueron manejados de manera exclusiva por las tesis, se entregó una carta de autorización al Director del CLE y un consentimiento informado a los cuidadores. En el caso de los AM que residen en estas instituciones, debido a que reciben un servicio particular, se decidió no intervenir directamente en ellos, dada su condición clínica y derecho a no ser expuestos a situaciones que puedan producir alteraciones en sus rutinas diarias.

**CAPÍTULO 4
RESULTADOS**

4.1 Antecedentes de la Muestra.

La muestra está formada por 25 Cuidadores de AM, que se caracterizan principalmente por ser completamente de sexo femenino, mayoritariamente de 41 a 60 años, de escolaridad medio técnica completa y técnico superior completa, de los cuales la mayoría realizó un curso de cuidado en centro técnico y presentan una antigüedad de 1 a 5 años en el actual CLE.

Con respecto a los datos obtenidos de la revisión de las fichas clínicas de los 35 AM institucionalizados, se componían principalmente por viudos, mayoritariamente de sexo femenino, de 85 a 90 años, dependientes, con multidéficit y polifarmacia.

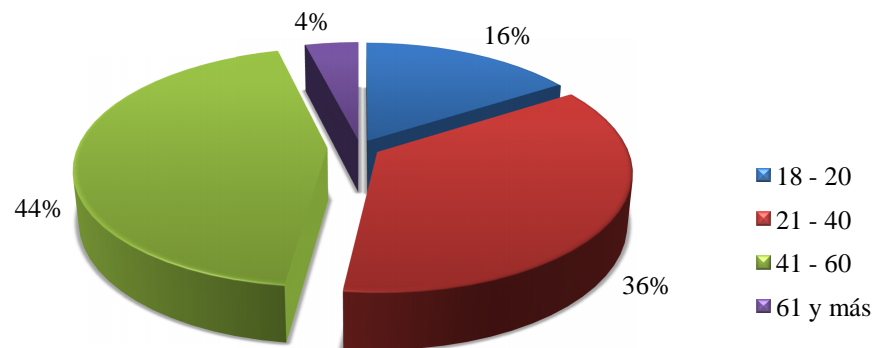
Finalmente, cabe mencionar que los aportes de la familia del AM ocupan la primera mayoría en cuanto a la remuneración mensual al CLE.

4.2 Resultados y Análisis Descriptivos.

Características socioculturales y laborales del cuidador

Gráfico N° 1:

Edad en años de los Cuidadores de CLE.

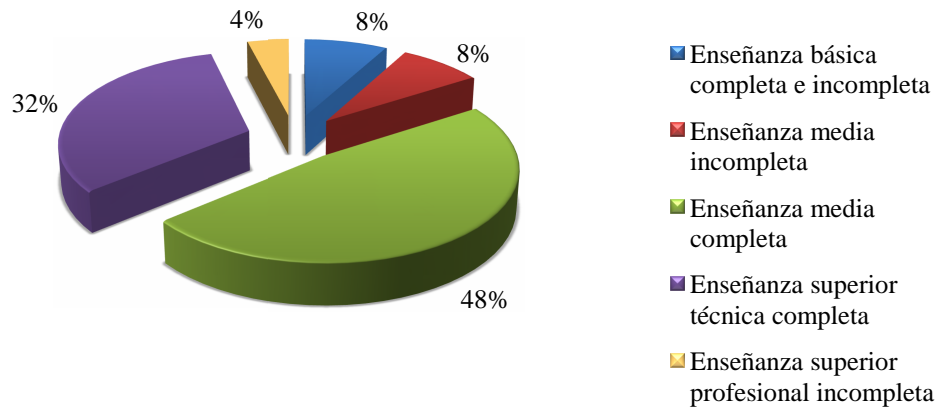


El mayor porcentaje: 44% corresponde al rango entre **41 y 60 años**, le sigue de cerca el de **21 a 40 años**: 36%. Finalmente, los rangos más inferiores corresponden a los rangos de edad entre los **18 - 20** y **61 y más**.

La totalidad de los cuidadores de AM entrevistados en los CLE, corresponden a **sexo femenino**.

Gráfico N°2:

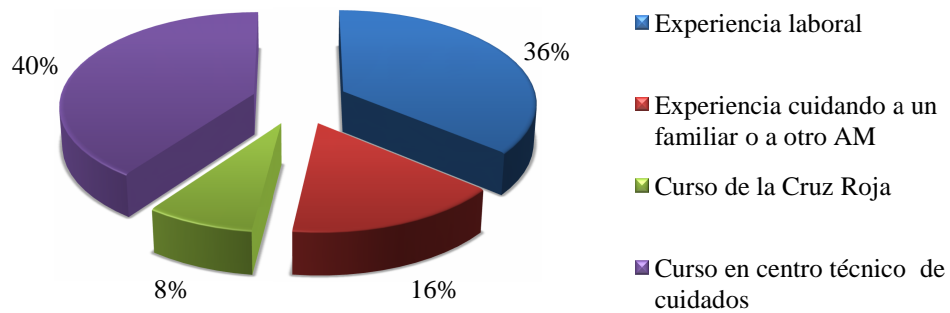
Escolaridad de los Cuidadores de CLE.



En relación a la capacitación, existe una diferencia del 16% entre los cuidadores que tienen **Enseñanza media completa** con los que tienen **Enseñanza superior técnica completa**, liderando estos últimos con un 48% y en un porcentaje menor de un 4% están los cuidadores de **Enseñanza superior profesional incompleta**. Por otro lado existe una similitud en cuanto al porcentaje de los cuidadores con **Enseñanza básica completa e incompleta y media incompleta**.

Gráfico N°3:

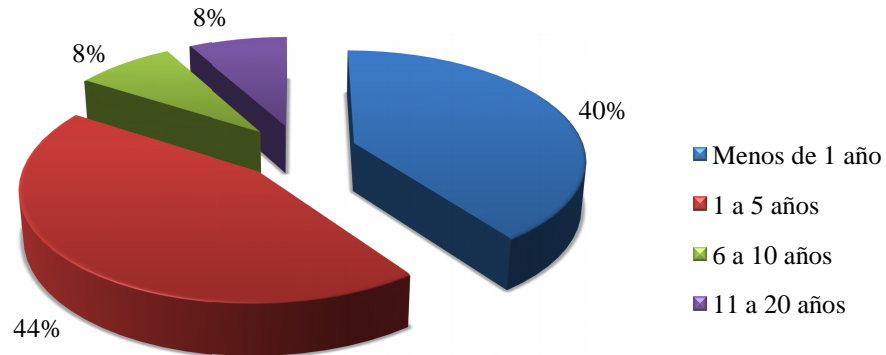
Capacitación de los Cuidadores de CLE.



Se observa que sólo hay una diferencia del 4% entre los cuidadores con **Experiencia laboral** y aquellos que han realizado los **Cursos en centros técnicos de cuidados**, por otro lado el 8% de los cuidadores su capacitación es en la **Cruz roja**.

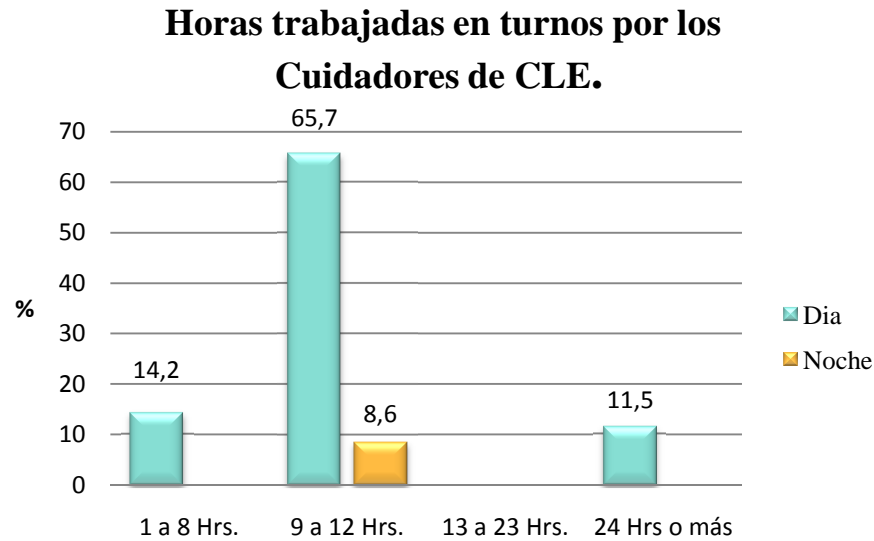
Gráfico N°4:

Tiempo de servicio de los Cuidadores en el actual CLE.



Se observa que el 44% del tiempo de servicio del cuidador corresponde al rango de **1 a 5 años**, luego le sigue con un 40% a los cuidadores que llevan **Menos de 1 años** y finalmente con un 8% aquellos cuidadores que han permanecido entre **6 a 20 años**.

Gráfico N°5:



Se observa claramente que la mayoría de los cuidadores trabajan de 9 a 12 horas en **turno de día**, si bien se observa que un bajo porcentaje trabaja durante la **noche**, ésta es solo la realidad de quienes participaron en el estudio y no refleja la realidad general de cuidadores que trabaja en CLE, lo anterior pasa porque la observación se realizó en horarios diurnos por mutuo acuerdo entre las alumnas tesistas y los directores/as de CLE.

Tabla N°3:

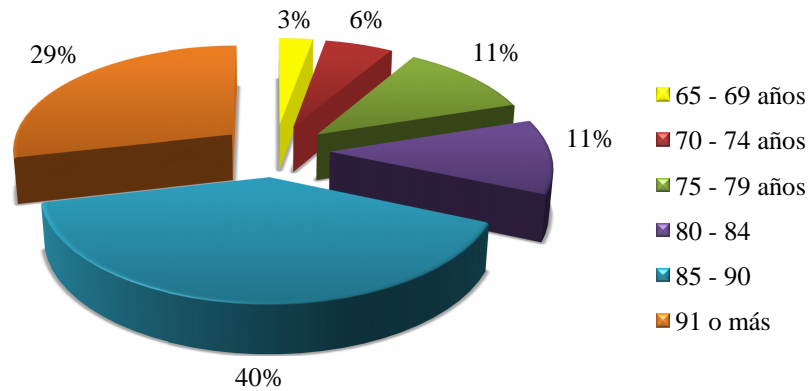
AM asignados por cuidador según nivel de funcionalidad

Funcionalidad	Por cuidador (frecuencia)	N° de AM asignados
Autovalente	18	1 a 20
		21 o más
Semivalente	14	1 a 15
		16 o más
Dependiente	20	1 a 7
		8 o más

La mayoría de los cuidadores, tienen asignados AM de los diferentes niveles de funcionalidad, en el caso de los **autovalentes**, 18 cuidadores señalan tener a cargo entre 1 y 20 AM, mientras que en los **semivalente** 14 cuidadores refieren tener de 1 a 15 AM asignados y finalmente en los **dependientes**, 20 expresan tener de 1 a 7 AM a cargo, lo que indica que todos se encuentran dentro de lo establecido por la normativa legal para CLE.

Gráfico N°6:

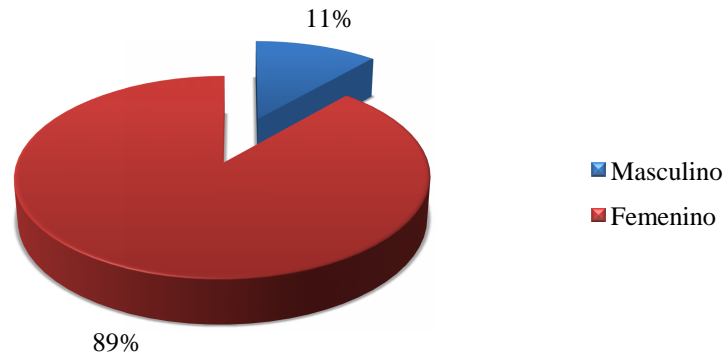
Edad en años de los AM institucionalizados en CLE.



La muestra estudiada se compone mayoritariamente por el grupo de edad de **85 a 90 años** (40%), seguido por el grupo de **91 o más años** (29%). Lo cual coincide con la información de otro estudio, que señala que de los AM posiblemente institucionalizados, un 94,4% corresponden a la categoría de 85 a 90 años¹³.

Gráfico N°7:

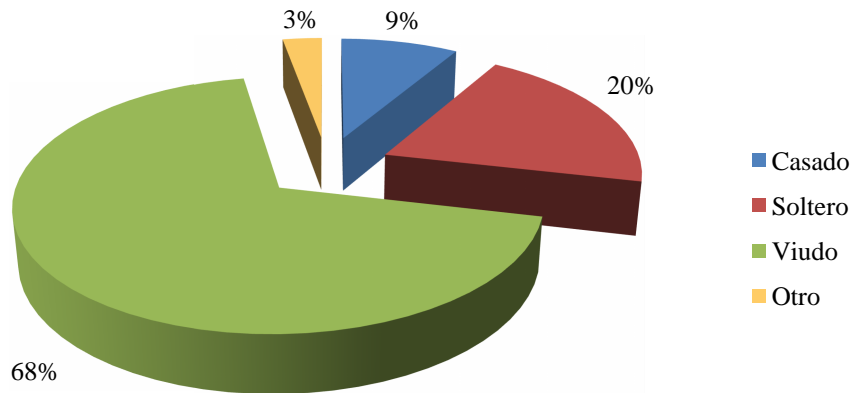
Sexo de los AM institucionalizados en CLE.



Se observa que la muestra de AM se compone mayoritariamente del sexo **Femenino** (89%), lo que se refiere a una feminización del envejecimiento, concordando con la información expuesta en el marco teórico.

Gráfico N° 8:

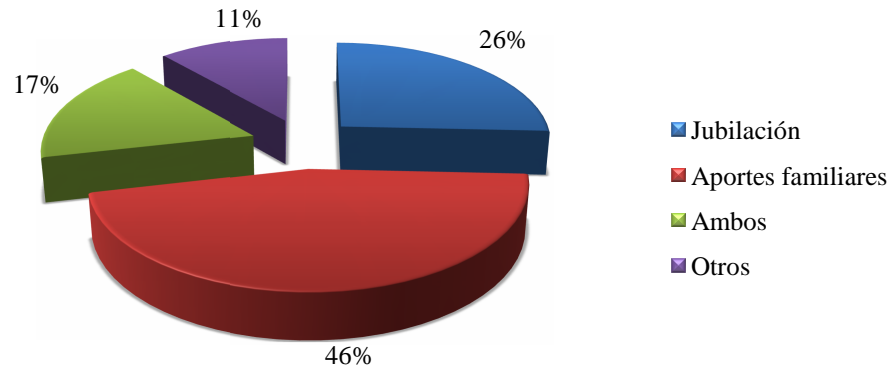
Estado civil de los AM institucionalizados en CLE.



Se observa que el 68% de los AM institucionalizados de la muestra son **Viudos**, mientras que el 20% es **Soltero** y solo el 9% es **Casado**. Lo que concuerda con otro estudio, el cual señala que la mayoría son viudos (37,59%).

Gráfico N°9:

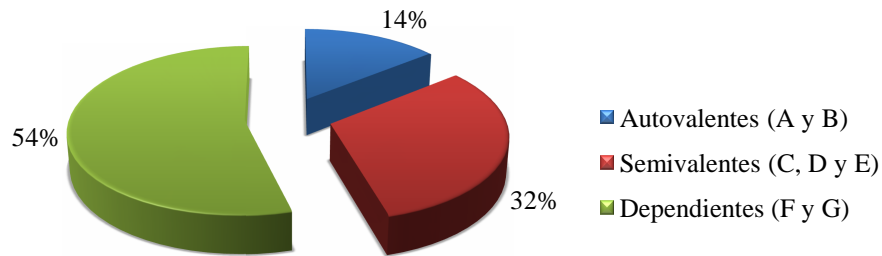
Situación económica de los AM institucionalizados en CLE.



Se observa que el 46% de los AM institucionalizados de la muestra reciben **Aportes Familiares** para costear su estadía en el Centro, mientras que un 26% lo hace a través de su **Jubilación** y solo un 17% por medio de **Ambos**.

Gráfico N°10:

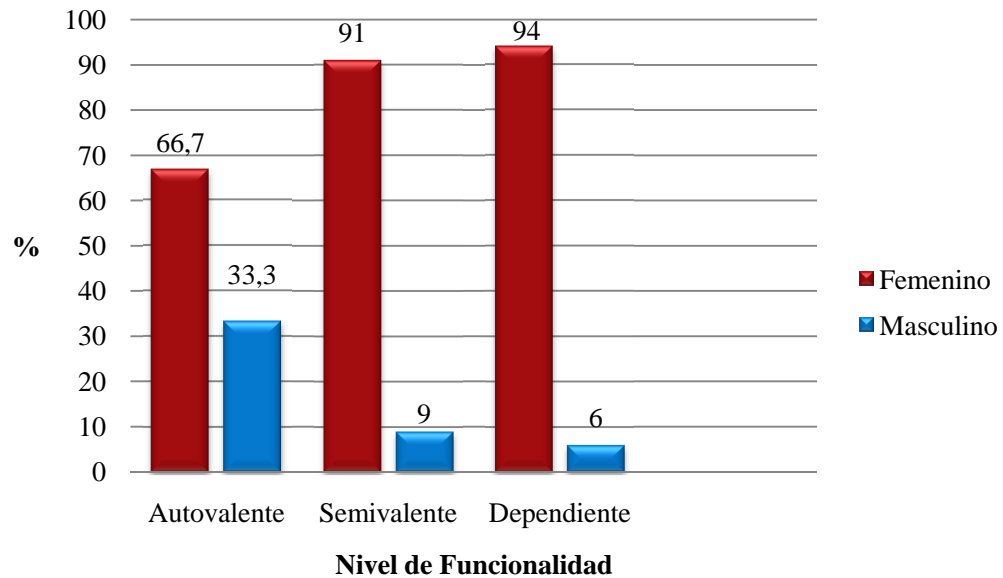
Nivel de Funcionalidad de los AM institucionalizados en CLE.



Destaca el nivel **Dependiente** con un 54% y con un menor porcentaje (14%) el **Autovalente**, esto se puede explicar debido a que los AM que ingresan a estos centros generalmente lo hacen de forma indefinida, por lo tanto continúan envejeciendo, lo que conlleva a un aumento en su nivel de dependencia. Esto significa que los cuidados que se deben otorgar requieren mayor utilización en cuanto a recursos humanos y materiales en los CLE.

Gráfico N°11:

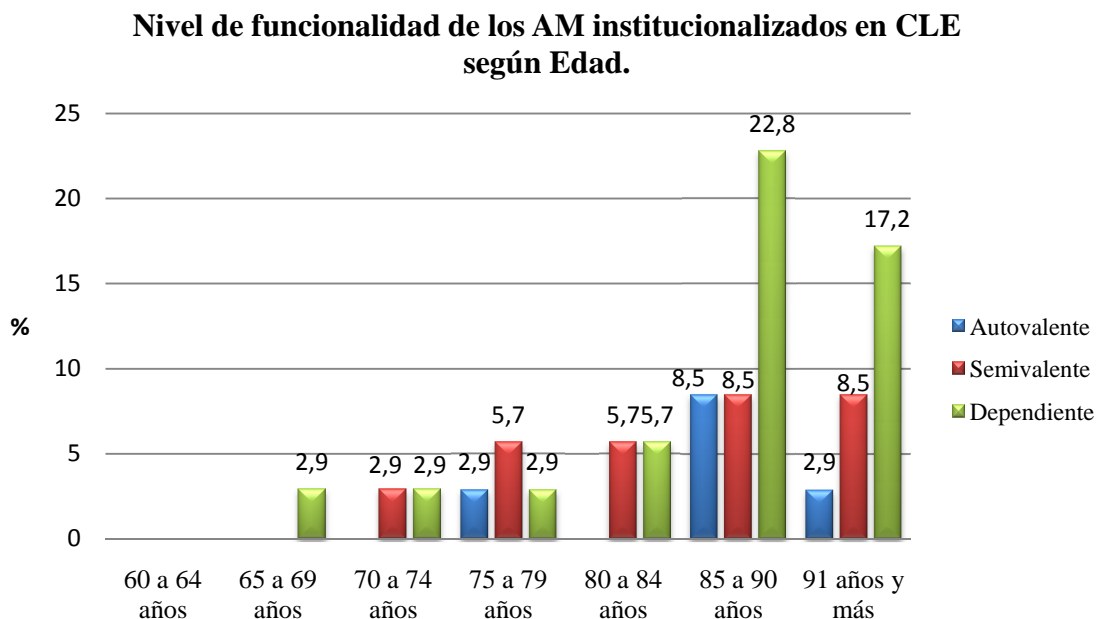
Nivel de funcionalidad de AM institucionalizados en CLE según sexo.



En las tres categorías de funcionalidad, el sexo **Femenino** supera considerablemente al sexo **Masculino**. Llegando incluso a sobrepasar el 80% en las categorías de semivalente y dependiente.

En relación a lo anterior, cabe destacar que la muestra estudiada fue predominantemente femenina. Razón por la cual, este resultado no se puede extrapolar a la población general, puesto que solo da cuenta de la realidad observada.

Gráfico N° 12:



Se puede observar que en el grupo mayoritario de 85 a 90 años, el nivel de funcionalidad que más destaca es el **Dependiente** con un porcentaje de 22,9%, seguido por el grupo de 91 años y más, es decir, a mayor edad aumenta el nivel de dependencia, lo que se condice con la realidad nacional, por lo tanto el objetivo de los cuidados será fomentar la funcionalidad, con la finalidad de obtener AM cada vez más envejecidos, pero **Autovalentes**.

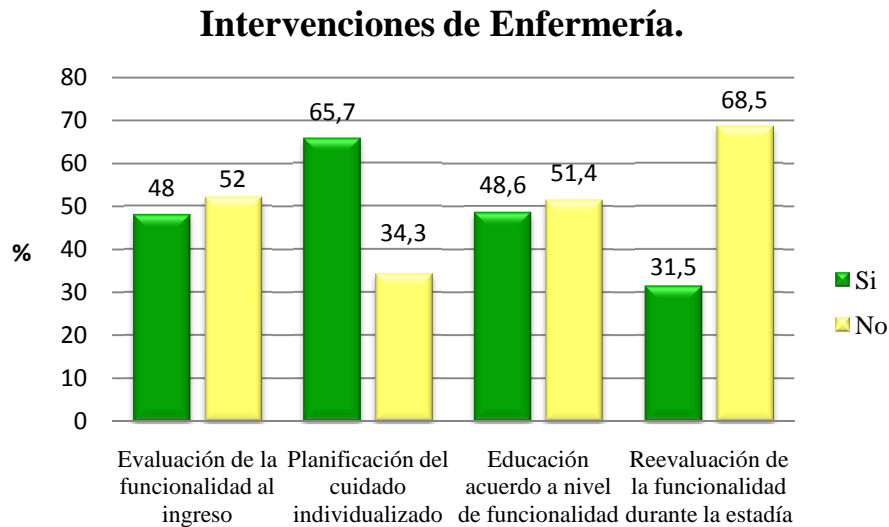
Tabla N° 4:

Funcionalidad del AM Institucionalizados según D. Neurosensorial y Consumo de Fármacos.				
		Porcentaje %		
		Autovalente	Semivalente	Dependiente
Déficit Neurosensorial	Físico	0	8,5	8,5
	Intelectual / Cognitivo	0	2,8	0
	Visual	0	2,8	0
	Auditivo	2,8	0	0
	Psíquico	8,5	2,8	2,8
	Multidéficit	0	14,2	40
	Otro	2,8	0	2,8
Consumo de Fármacos	Ninguno	0	2,8	2,8
	1 -5 Fármacos	0	22,8	45,7
	6 - 10 Fármacos	5,7	5,7	5,7

Se puede observar que el **multidéficit neurosensorial** (40%) y el **consumo de 1 a 5 fármacos** (45,7%) se encuentran principalmente en el nivel de funcionalidad **dependiente**, confirmándose lo señalado en la teoría, la cual expresa que a mayor nivel de dependencia aumenta el déficit neurosensorial a consecuencia de los años y con ello el consumo de fármacos.

Intervención de enfermería

Gráfico N°13:



Se observa que la **evaluación de la funcionalidad al ingreso** de los AM, tiene una leve diferencia, ya que aquellos CLE que realizan una dicha evaluación representan el 48% y aquellos que no lo realizan un 52% de los CLE visitados, lo que no significa que la **reevaluación del nivel de funcionalidad** de los AM represente este mismo porcentaje, ya que una vez realizado el ingreso solo el 31,5% son reevaluados durante su estadía.

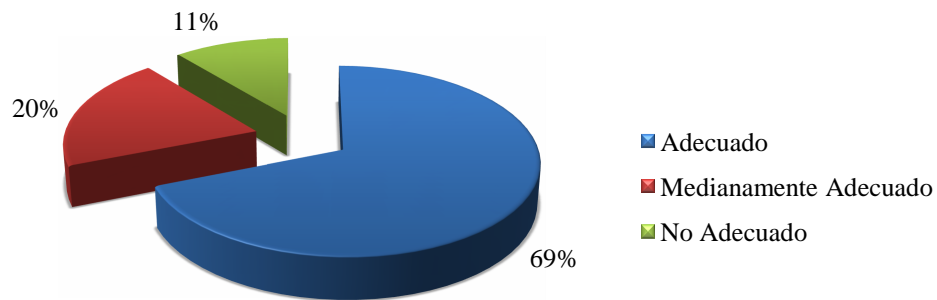
En cuanto a la **planificación individualizada del cuidado** para cada AM durante su permanencia en CLE, se observa que un importante número posee dicha planificación, reflejado en un 65,7%, por lo tanto el porcentaje restante de AM podría no recibir cuidados específicos, ya que éstos no estarían basados en un previo juicio profesional de enfermería fundamentado en principios científicos, humanísticos y éticos.

En lo que refiere a la **educación** que reciben los AM relacionado a su autocuidado no muestra una cifra muy desigual entre quienes reciben y quienes no reciben dicha educación, lo que deja de manifiesto un posible déficit de esta competencia del profesional de enfermería en la formación del AM.

Por último, cabe destacar que si bien la planificación de las intervenciones de enfermería muestra un alto porcentaje, ésta no podría realizarse efectivamente, sin una reevaluación constante sobre el nivel de funcionalidad que vaya actualizando datos para tal planificación.

Gráfico N°14:

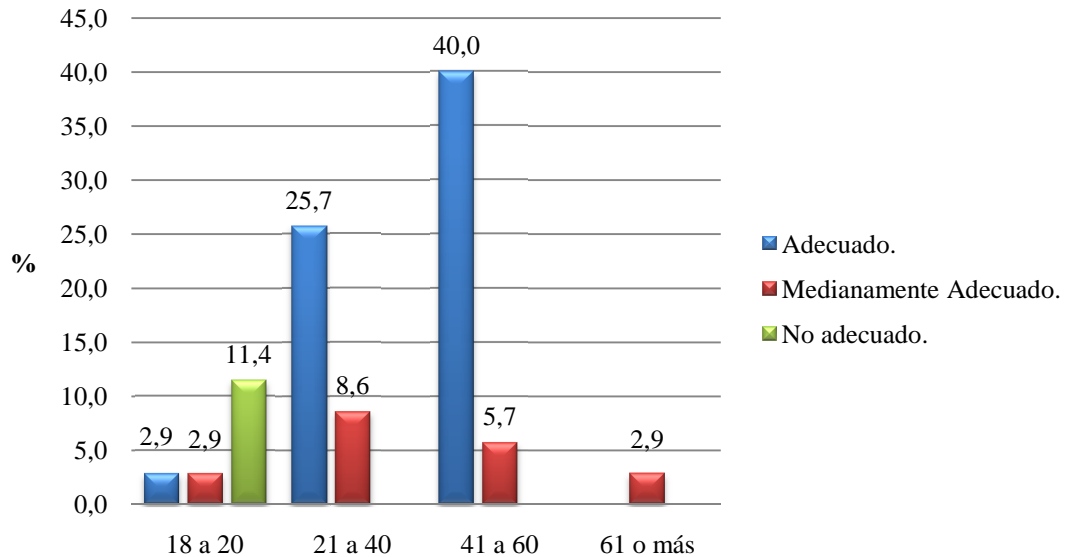
Características del Cuidado Otorgado en AM institucionalizados en CLE.



Se observa claramente, que en lo relacionado a las características del cuidado otorgado por los cuidadores a los AM institucionalizados en CLE, supera ampliamente el cuidado **Adecuado** con un 69%, recibiendo de este modo atención acorde a sus necesidades, en tanto a las otras dos categorías, el 20% es **Medianamente adecuado**, y solo el 11% es **No adecuado**.

GraficoN°15:

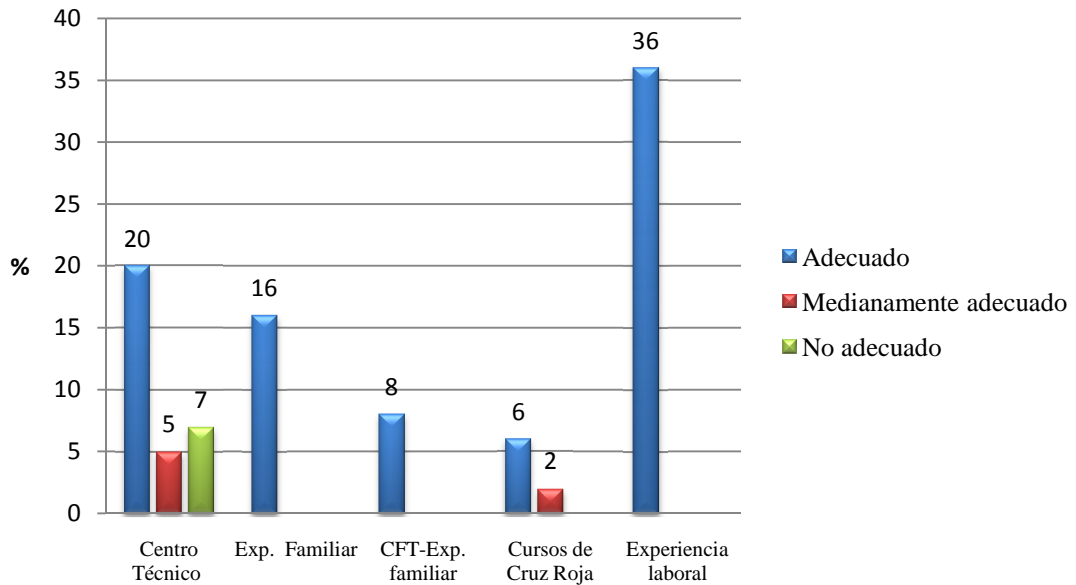
Características del Cuidado Otorgado según Edad del Cuidador de CLE.



Se observa que los cuidadores entre 21 y 60 años realizan una atención **Adecuada** a los AM, y por el contrario en el grupo de cuidadores menores de 21 años el porcentaje que alcanza la mayor cifra corresponde a **No adecuado**, lo que se puede deber a que este grupo no tiene experiencia en el cuidado de AM institucionalizados.

Gráfico N° 16:

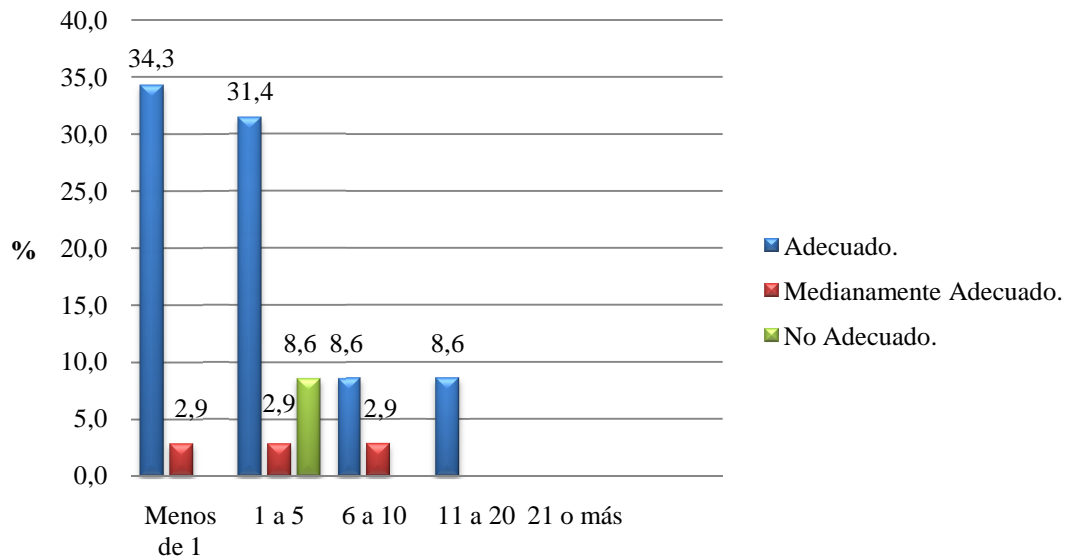
Características del Cuidado Otorgado según la Capacitación del Cuidador de CLE.



Llama la atención que el mayor porcentaje que entrega un cuidado **Adecuado** son los cuidadores que tienen sólo experiencia laboral, seguida por aquellos que tienen formación técnica en el área. Esto estaría indicando que, tanto la experiencia en años como la formación técnica, son las herramientas más importantes para llevar a cabo un cuidado óptimo según el grado de funcionalidad del AM.

Gráfico N°17:

Característica del Cuidado según Años de servicio del Cuidador en el actual CLE.

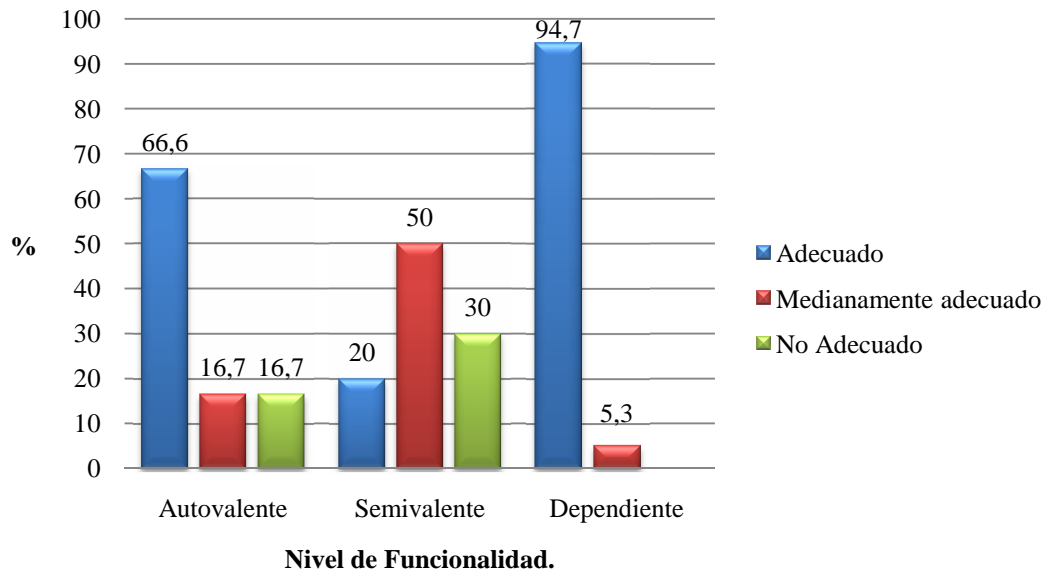


Se observa que los cuidados otorgados por los cuidadores con diferente cantidad de años de servicio siempre es mayoritariamente **Adecuado**, sin embargo destaca el alto porcentaje que presentan los que llevan menor tiempo trabajando (menor a 5 años) en los CLE visitados, esto podría deberse a que aún no se encuentran inmersos en la rutina que puede presentarse con el paso de los años.

Características del cuidado otorgado de acuerdo al nivel de funcionalidad

Gráfico N° 18:

Características del Cuidado Otorgado según Nivel de Funcionalidad de los AM institucionalizados en CLE.

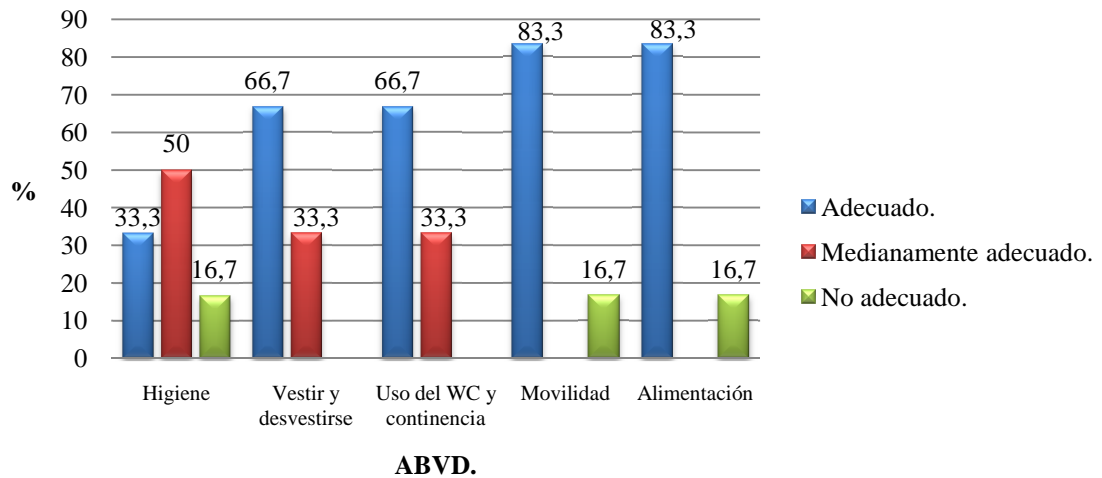


Se observa que, al mostrar el nivel de funcionalidad según las características del cuidado, éstas resultan **Adecuadas** con un alto porcentaje en los niveles de funcionalidad autovalente y dependiente, se destaca en este último la ausencia de cuidados **No Adecuados**, lo que indica que a mayor nivel de funcionalidad los cuidados parecen más minuciosos. Cabe destacar, que el único nivel de funcionalidad en que los cuidados **Medianamente Adecuados** sobrepasan al **Adecuado** es en los semivalentes, al no recibir los cuidados que realmente necesitan, sugiere la posibilidad de que estas personas frágiles pasen a ser dependientes.

Lo anteriormente descrito, se fundamenta en que el AM con el paso de los años, se deteriora progresivamente, disminuyendo así su nivel de funcionalidad y, por lo tanto, requiere de cuidados más especializados para satisfacer las ABVD, pasando incluso el cuidador a sustituirlo en gran parte de ellas.

Gráfico N°19:

Características del Cuidado Otorgado en el AM autovalente según las ABVD.

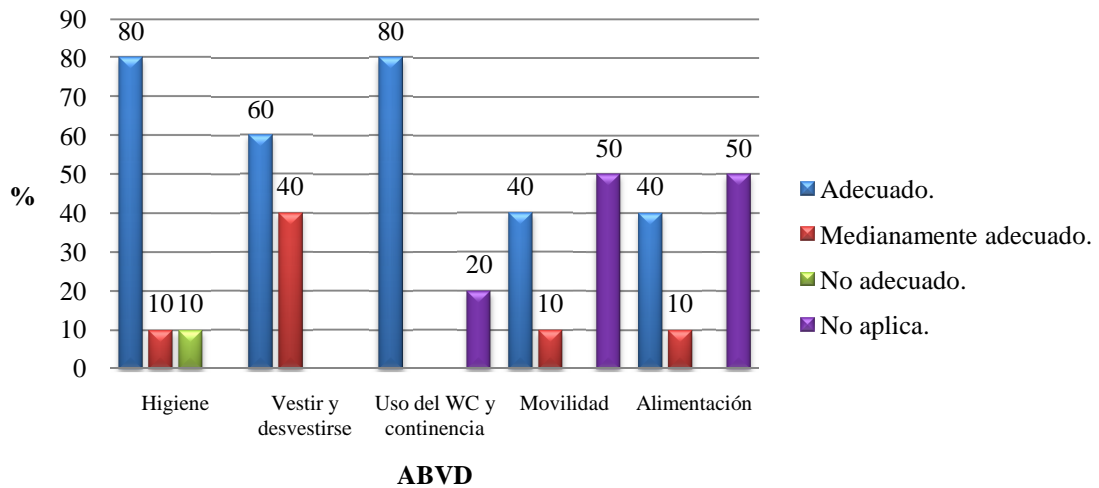


Se observa que la supervisión por parte del cuidador en la realización de las ABVD en los AM autovalentes es **Adecuada** en casi todos los ámbitos, a excepción de la **Higiene** donde no se observa al cuidador fomentar y verificar el lavado de manos al momento del aseo, baño y/o ducha diaria. Lo anterior podría deberse a la escasa importancia que tiene esta técnica en la rutina de los cuidadores.

Con respecto al resto de las ABVD el cuidador monitorea e incentiva al AM para mantener su autovalencia en la realización de dichas actividades, otorgando de esta manera un cuidado eficaz.

Gráfico N°20:

Características del Cuidado Otorgado en el AM Semivalente según las ABVD.

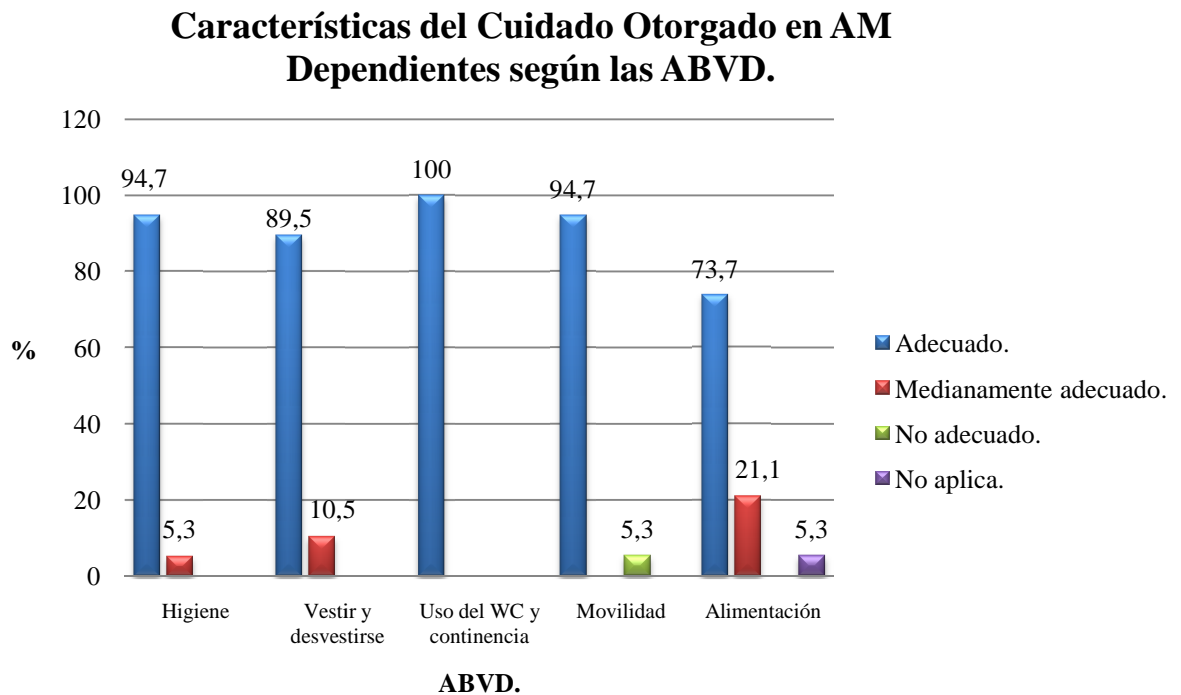


Se observa que la ayuda entregada por el cuidador en la totalidad de las ABVD es **Adecuada** sobre el 40% en cada una de ellas, llegando incluso hasta el 80%, lo que indica que el cuidado es acorde al nivel de funcionalidad. Es importante destacar que no se observa en 5 ABVD un cuidado **No Adecuado**.

Con respecto a la actividad de vestir y desvestirse, existe un 40% en que ésta es **Medianamente Adecuada**, debido a que el cuidador no ayuda en el cambio de ropa diaria al AM.

Finalmente, en las actividades de movilidad y alimentación, se aprecia que existe un alto porcentaje (50%) para cada una, en que las características del cuidado **No Aplican**, puesto que el AM no requiere ayuda en la deambulaci3n ni en la alimentaci3n.

Gráfico N°21:



Se describe que la sustitución del cuidador alcanza más del 70% en las ABVD, un nivel **Adecuado**, llegando incluso en una de ellas al 100%. Con respecto al criterio **No Adecuado**, se observa que existe un bajo porcentaje (5,3%) en una de las actividades, mientras que en las otras no se presenta, lo que refleja un excelente cuidado entregado al AM dependiente en todas las ABVD.

Cabe destacar, que el 5,3% que corresponde a **No Aplica** en la actividad de Alimentación, es debido a que el AM a pesar de ser dependiente, es capaz de alimentarse por sí mismo.

**CAPÍTULO 5
CONCLUSIÓN, RESUMEN Y
RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones

Una vez realizado el análisis de los resultados, se pudo concluir que el objetivo general planteado al comienzo fue factible de realizar, ya que se logró describir el cuidado otorgado por los cuidadores a los AM según nivel de funcionalidad en parte de los CLE de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso. De acuerdo a esto, es posible señalar:

- La mayoría de los cuidados entregados por los cuidadores de estos centros fueron adecuados para el nivel de funcionalidad de los AM.
- En lo referente a las características personales, socioculturales y laborales de los cuidadores observados, se pudo determinar que la mayoría de ellos se encontraba en un rango de edad entre 41 a 60 años, resultando además la totalidad de sexo femenino, un 48% refirió tener enseñanza media completa. En cuanto a la capacitación, un gran número ha realizado un curso en centro técnico de cuidados, sin embargo, este número se asemeja a aquellos que sólo poseen experiencia laboral. En relación a los turnos de trabajo, gran parte de los cuidadores observados sólo trabajaban en turnos de día y tienen asignados AM de los diferentes niveles de funcionalidad, de éstos el nivel que resultó menos significativo fue el de AM semivalentes. Respecto al tiempo de servicio en el actual centro, el rango mayoritario fue de 1 a 5 años, seguido de muy cerca por aquellos que lo hacían desde hace menos de 1 año. Por último, un importante porcentaje de cuidadores refirió conocer la existencia de un plan de cuidados elaborado por la enfermera y un número similar basaba sus cuidados en él.
- De acuerdo a las características biopsicosociales del AM, se pudo observar que la mayoría fue de sexo femenino, coincidiendo con la preponderancia de AM a nivel regional que es de 56.88%. El rango de edad que más se presentó fue entre 85 y 90 años. Por otro lado, el estado civil que más se destacó fue el de viudez. Cabe señalar que los aportes familiares resultaron ser el mayor sustento en lo relacionado al costo del centro. Es necesario considerar que el nivel de funcionalidad que más se observó fue el dependiente, así mismo el déficit neurosensorial que más se presentó fue el multidéficit. Finalmente, el consumo de 1 a 5 fármacos alcanzó la gran mayoría.
- Con respecto a las actividades que realiza la enfermera, en la mayor parte de los casos, no efectuaba una evaluación de la funcionalidad al ingreso ni una educación sobre autocuidado a los AM en CLE. Tampoco se realizaba una reevaluación del nivel de funcionalidad a los AM durante su estadía en los CLE. Sin embargo, se observó que la planificación del cuidado sí se llevaba a cabo en la gran mayoría de los centros, pero ésta no se basa en una valoración individualizada.

- Al relacionar el nivel de funcionalidad con las características del cuidado entregado por los cuidadores, se observó que a medida que aumentó el nivel de dependencia, el AM requirió de cuidados más específicos, siendo éstos adecuados en su mayoría.

Es importante señalar que debido a que la muestra fue por conveniencia, los resultados del estudio no se pueden extrapolar a la población general, puesto que, sólo da cuenta de la realidad de la población observada.

5.2 Recomendaciones

1. Elaborar criterios de calidad específicos de cuidado, según el nivel de funcionalidad del AM institucionalizados en CLE.
 2. Reforzar en la malla curricular de la carrera de enfermería, a nivel de pregrado, los contenidos educativos, en forma detallada, con respecto a la realidad de estos centros y la importancia del profesional de enfermería en los cuidados a personas geriátricas.
 3. Posicionar la profesión de Enfermería en este tipo de CLE, debido al aumento explosivo que tienen en la actualidad, como el único profesional encargado de la planificación del cuidado.
 4. Aumentar las horas semanales mínimas requeridas para el profesional de enfermería en los CLE, debido a que éstas pueden ser una causa por la cual la labor de la enfermera no se encuentra muy visible en los centros.
 5. Fomentar la función investigativa del profesional de Enfermería, con el objetivo de aumentar los conocimientos en relación a otros factores que puedan influir en la entrega de cuidados de calidad.
 6. Continuar con esta investigación relacionada con la evaluación de las características de los cuidados otorgados, en la implementación de planes de cuidado estandarizados de acuerdo al nivel de funcionalidad dado por el Índice de Katz.
 7. El establecimiento de una planificación de las intervenciones de enfermería es fundamental, para entregar cuidados de calidad.
 8. Otorgar importancia en el aumento de la supervisión por la Enfermera en la realización de los cuidados otorgados por los cuidadores de estos centros.
 9. Que el profesional de Enfermería realice evaluaciones periódicas del nivel de funcionalidad en los AM institucionalizados dejando registros claros y precisos de lo detectado, en las fichas.
 10. Promover la educación para la salud en autocuidado, principalmente a los AM cognitivamente capacitados para recibirla.
 11. Planificar actividades a realizar por los AM que fomenten la funcionalidad de éstos en los CLE, de esta manera obtener AM envejecidos pero autovalentes.
-

12. Fomentar la participación del AM en todas las actividades que se realicen, integrándolo en la toma de decisiones frente a los cuidados recibidos.

13. Aumentar en número y el nivel de las capacitaciones constantes del personal que trabaja en estos centros, en especial los cuidadores, con orientación hacia el fomento de cuidados de calidad.

14. Importancia en la detección de Síndrome del estrés del cuidador y el establecimiento de turnos de no más de 12 hrs. de trabajo, debido al cansancio que se genera y a consecuencia de esto un posible empeoramiento de la calidad de la atención brindada.

5.3 Resumen

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, cuyo objetivo principal fue conocer las características de los cuidados otorgados por los cuidadores de AM institucionalizados en CLE de las comunas de Viña del mar y Valparaíso.

Para efecto de la investigación se trabajó con 16 CLE, con una muestra constituida por 25 cuidadores.

Luego de la recolección, procesamiento y análisis de los datos se puede decir que la totalidad de cuidadores son de sexo femenino, la mayoría se encuentra en un rango de edad entre 41 a 60 años, 12 de ellos refirieron tener enseñanza media completa. En cuanto a la capacitación, un gran número ha realizado un curso en centro técnico semejándose al número de aquellos que sólo poseen experiencia laboral, en relación a los turnos de trabajo, gran parte de los cuidadores sólo trabajaban en turnos de día y tienen asignados AM de los diferentes niveles de funcionalidad, respecto al tiempo de servicio en el actual centro, el rango mayoritario fue de 1 a 5 años y por último, un importante grupo de cuidadores refirió conocer la existencia de un plan de cuidados elaborado por la enfermera y un número similar basa sus cuidados en él.

En cuanto a los AM, la mayoría fue de sexo femenino y de edades entre 85 y 90 años, el estado conyugal que más se destacó fue el de viudez, los aportes familiares pasaron a ser el mayor sustento en lo relacionado a la remuneración del centro. Es necesario considerar que el nivel de funcionalidad que más se observó fue el dependiente, con déficit neurosensorial múltiple y con un consumo de fármacos de 1 a 5 medicamentos.

Con respecto a las actividades que realiza la enfermera, se puede decir que en la mayor parte de los casos, ella no realiza una evaluación inicial y reevaluación de la funcionalidad de los AM institucionalizados, no lleva a cabo la educación sobre autocuidado a los AM, pero sí se observa que la planificación del cuidado se desarrolla en la gran mayoría de los centros.

Al relacionar el nivel de funcionalidad con las características del cuidado entregado por los cuidadores, se puede decir que a medida que aumenta el nivel de dependencia el AM requiere de cuidados más específicos, que son entregados satisfactoriamente a beneficio de él.

Bibliografía General

LIBROS:

1. Marín, P (2006) *Geriatría y gerontología*. (3ª ed.) Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
2. Papalia, D (2001) *Desarrollo Humano*. (8ª ed.). Mexico: McGraw – Hill.
3. Perry y Potter (2002) *Fundamentos de enfermería*. (5ª ed.). Madrid: Elsevier.
4. Papalia, D (1987) *Psicología*. (1ª ed.). México: McGraw – Hill.

TESIS:

5. Aguirre C., Cisterna M., Grondona A., Rastello A., Zepeda A. (2001). *Estudio descriptivo del grado de estrés del cuidador de adultos mayores institucionalizados*. Trabajo de grado, Licenciado en Enfermería, Universidad de Valparaíso, Valparaíso.
6. Adriazola M., Barros A., Cornejo M., Diaz P., Galea A., Lantadilla M., Lorié N. *Cuidados otorgados por el equipo de enfermería a los Adultos Mayores hospitalizados según grado de funcionalidad*. Trabajo de grado, Licenciado en Enfermería, Universidad de Valparaíso, Valparaíso.

PÁGINAS WEB:

7. Abala C. INTA-U.Chile (2003) *Proyecto Sabe-OPS. Funcionalidad, salud y envejecimiento en América latina. Reunión regional del envejecimiento y salud. Panamá*. Obtenida el 7 de Mayo de 2008 de: www.eclac.org/celade/noticias/paginas/8/12138/CAbala.ppt
8. Araya M., Piwonka A.,(2000). *Manual de geriatría y gerontología: Cuidados de enfermería al AM*. Obtenida el 3 de Octubre de 2007 de: <http://escuela.med.puc.cl/ManualGeriatría/>
9. Ávila, C. (2007). *Situación Epidemiológica del AM en Chile. Perfil epidemiológico de Chile actual*. Obtenida el 7 de Mayo de 2008 de: www.medwave.cl/enfermeria/Enfgeriatrica/1/1.act - 27k

10. CIE. (2006). *La atención de enfermería a las personas mayores*. Obtenida el 3 de Octubre de 2007 de: <http://www.icn.ch/psoldersp.htm>
11. Departamento de Estudios y Desarrollo (2006) *Perfil epidemiológico del AM en Chile*. Obtenida el 14 de Mayo de 2008 de: www.supersalud.cl/documentacion/569/article-4020.html - 33k
12. Dueñas. J (2001). *Cuidados de Enfermería. Enfermeras Teóricas, Virginia Henderson*. Obtenida el 28 de Mayo de 2008 de: www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm - 13k
13. Fernández A., Mesa M^a .San Joaquín Romero A. García. *Valoración geriátrica integral*. Obtenida el 3 de Octubre de 2007 de: [Http://www.segg.es/segg/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2004I.pdf](http://www.segg.es/segg/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2004I.pdf)
14. Hernández Z. (2006). *Cuidadores del adulto mayor residente en asilos*. Obtenida el 3 de Octubre de 2007 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009&lng=en&nrm=
15. INE. *Chile y los Adultos Mayores en la Sociedad del 200º*. Obtenida el 10 de octubre de 2007 de: <http://www.senama.cl>
16. INE (2004) *Enfoques Estadísticos N° 21*. Obtenida el 10 de Junio de 2008 de: www.ine.cl/canales/sala_prensa/archivo_documentos/enfoques/2005/files/estadisticasvitalismayo2005.pdf
17. INE (2003) *Encuesta nacional de salud*. Obtenida el 17 de Junio de 2008 de: epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS.htm - 25k
18. INE (2004) *Total país. Esperanza de vida al nacer en años por periodo y sexo, Chile 1950-2025*. Obtenida el 23 de Junio de 2008 de: deis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/index.asp - 8k
19. INP. *Programas sociales, Cuidados básicos para el adulto y adulta mayor dependiente*. Obtenida el 1 de Noviembre de 2007 de: http://www.inp.cl/portal/Documentos/Manual_Cuidados_PBS.pdf

-
20. Guerra, M. *Polifarmacia y Farmacología en Geriatría*. Obtenida el 2 de Julio de 2008 de: www.facmed.unam.mx/deptos/salud/POLIFA~1.htm - 133k -
 21. Marín P., Hoyl M., Gace H. (2004). *Evaluación de 1.497 AM institucionalizados, usando el «sistema de clasificación de pacientes RUG T-18*. Obtenida el 9 de Julio de 2008 de: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000600006&script=sci_arttext - 38k -
 22. MIDEPLAN. *Adultos Mayores / Política y Plan de Acción*. Obtenida el 25 de Septiembre de 2007 de: <http://www.mideplan.cl/final/categoria.php?secid=43&catid=113>
 23. MINSAL. (1998). *Artículo 113. Código Sanitario*. Obtenida el 20 de Septiembre de 2007 de: www.bcn.cl/
 24. MINSAL. *Estadísticas de salud*. Obtenida el 3 de Octubre de 2007 de: <http://deis.minsal.cl/index.asp>
 25. MINSAL. DEIS (2007) *Indicadores básicos de salud Chile 2007*. Obtenida el 16 de Julio de 2008 de: www.redsalud.gov.cl/informese/estadisticasindicadores.html - 14k -
 26. MINSAL. *Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Documento N° 134 de 2005. Publicado en el Diario Oficial de 15.03.06*. Obtenida el 25 de Septiembre de 2007 de: <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=591>
 27. Morris P., Tassara G., Rivera I., Valle M., Troncoso D. (2007). *Estudio para el diseño de un sistema y plan de mejoramiento de calidad del servicio que ofrecen los hogares o establecimientos de larga estadía para AM*. Obtenida el 23 de Julio de 2008 de: www.senama.cl/Archivos/ACTUALIZACIONREGISTROELEAM.pdf -
 28. PUC, Escuela de Medicina. *Manual de Geriatría. Cuidados de Enfermería en el AM*. Obtenida el 11 de Julio de 2008 de: escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/CuidadosEnfermeria.pdf -
-

29. SENAMA. *Carta de los Principios a favor de las personas Mayores, Aprobada en la resolución 2/6/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de Diciembre de 1991*. Obtenida el 9 de Octubre de 2007 de en: <http://www.senama.cl>
30. SENAMA(2003) *Catastro de población adulta mayor*. Obtenida el 2 de octubre de 2007 de: <http://www.senama.cl>
31. SENAMA. *Plan Nacional Conjunto*. Obtenida el 25 de Septiembre de 2007 de: <http://www.senama.cl/>
32. SENAMA(2004) *Programa intervenciones innovadoras para el adulto mayor*. Obtenida el 25 de Septiembre de 2007 de: <http://www.senama.cl/>
33. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica (2002). *Competencias de enfermería en CLE*. Obtenida el 1 de Julio de 2008 de: www.mecesup.cl/deposito_doc/tuning2007/competencias_especificas/ENFER_resultados_CE.pdf -
34. Valderrama, H. (2001). *Cuidadores de ancianos profesionales, Cuidados de Ancianos*. Obtenida el 8 de Julio de 2008 de: www.cuidadoresdeancianos.com/csda/csda.htm - 32k -

ARTICULOS DE REVISTAS:

35. Marín P., Guzmán J., Araya A. (2004). *¿Cómo saber cuántos son? Adultos mayores institucionalizados en Chile*. 132, 832-838.

APUNTES:

36. Romero E. (2005). *La mujer adulta mayor*. Escuela de enfermería y obstetricia, Universidad de Valparaíso.

ANEXOS

Anexo N° 1

Instrumento de Recolección de datos.

Instructivo Cuestionario Parte A.

La parte A hace referencia a características personales, socioculturales y laborales del cuidador, identificando las características que posee éste para brindar atención a los AM de CLE. Considera 9 ítems para recoger los siguientes datos del cuidador: edad, sexo, nivel educacional, capacitación, horas trabajadas diarias, cantidad de AM asignados, tiempo en el actual CLE, conocimiento respecto a la existencia de un plan de cuidados realizado por la enfermera y si los cuidados se basan en dicho plan, donde las preguntas son de respuesta múltiple y cada pregunta consta de categorías que van desde 2 a 10 opciones diferentes, donde la tesista elegirá la alternativa que mejor se ajuste a las respuestas del cuidador.

Definiciones:

- AM: toda persona, mayor de 60 años, que presente o no algún nivel de ayuda para realizar las ABVD.
- Cuidador: toda persona que brinda los cuidados al AM institucionalizado. Se considerará dentro de la encuesta a quien entregue los cuidados necesarios para las ABVD.
- Plan de Cuidados: planificación que se basa en la valoración realizada a un paciente, para definir las intervenciones a efectuarse de acuerdo a su nivel de dependencia, por lo tanto, debe ser individualizado.

Instructivo Cuestionario Parte B.

La parte B hace referencia a características biopsicosociales del AM en CLE. Considera 7 ítems para recoger los siguientes datos del AM de la ficha clínica: clasificación según Katz, edad en años, sexo, estado civil, situación económica, déficit neurosensorial y utilización de fármacos. Donde existen preguntas abiertas y cerradas, estas últimas con 2 a 7 opciones diferentes de cada una, donde la alumna de enfermería elegirá la alternativa que mejor se ajuste a la información recaba.

Definiciones:

- Clasificación según Índice de Katz:
 - **A.** Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del WC, vestirse y bañarse.
 - **B.** Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
 - **C.** Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
 - **D.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
 - **E.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del WC y otra función adicional.
 - **F.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del WC, movilidad y otra función adicional.
 - **G.** Dependiente en las seis funciones.

- Autovalente: (A y B Índice de Katz): deberá mantener su condición de valerse por si mismo, por lo tanto las acciones serán de compañía y/o educar.

- Semivalente: (C, D y E Índice de Katz): deberá fomentar la independencia en la realización de las ABVD, las intervenciones serán de ayuda.

- Dependiente: (F y G Índice de Katz): deberá asistirlo completamente en cada una de las ABVD por lo tanto las acciones deberán ser enfocadas a sustituir las actividades realizadas.

- Multidéficit: Cuando el AM presenta dos o más alteraciones neurosensoriales (física, intelectual/cognitiva, visual, auditiva, psíquica u otra).

Lista de Cotejo Observacional.

La lista de cotejo observacional, ha sido diseñada para recolectar información de un estudio descriptivo, que pretende describir las características de los cuidados que otorga el cuidador, según el nivel de funcionalidad del AM institucionalizado.

Está conformada por 2 secciones, la primera referida al trabajo de la enfermera con 4 preguntas dicotómicas, las cuales, se obtendrán de la ficha clínica, y una segunda sección con 3 categorías: Autovalente, semivalente y dependiente, cada una contempla la observación al trabajo del cuidador con respecto a 5 ítems (Higiene, vestir y desvestirse, uso del WC y continencia, movilidad y alimentación), los cuales, se dividen a su vez hasta en 10 sub ítems con 4 alternativas de respuesta, evaluando si los cuidados otorgados por los cuidadores a los AM son o no realizados según el grado de dependencia, de acuerdo a la satisfacción de las necesidades de las ABVD de acuerdo al índice de Katz.

Instrucciones para la lista de cotejo.

1ª sección:

- En cada subdivisión (autovalente, semivalente o dependiente) se observará si se realiza la planificación del profesional de Enfermería según:
 - Ingreso según funcionalidad, considerando si es autovalente, semivalente o dependiente.
 - Planificación de intervención individualizada.
 - Educación según nivel de funcionalidad.
 - Reevaluación del nivel de funcionalidad.

2ª sección:

I Autovalente: Dentro de las alternativas de respuesta, se considerarán: Sí, No, No aplica (N. A) y No observado (N. O). Considerando que No aplica se utiliza cuando la actividad no corresponde al nivel de dependencia del AM.

Higiene:

- 1.1 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa el aseo, baño o ducha diaria.
- 1.2 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa la realización del lavado de manos antes y después de ir al baño, de cada comida, cuando sea necesario.
- 1.3 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa el aseo de cavidades diariamente o después de cada comida, en el aseo de cavidades se considera cara, orejas y cepillado de dientes después de cada comida.

1.4 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa el corte de uñas o vello, una vez por semana.

1.5 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa la lubricación de la piel diariamente.

Vestir y Desvestirse:

2.1 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa el cambio de ropa diaria.

2.2 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa el uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar.

Uso WC y continencia:

3.1 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa la concurrencia el WC.

3.2 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa la limpieza de órganos excretores.

3.3 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa el arreglo adecuado de prendas de vestir.

3.4 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa que el AM tenga el espacio libre para acceder al WC.

Movilidad:

4.1 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa la deambulación.

4.2 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa las transferencias y traslados.

4.3 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa la rutina de ejercicios.

Alimentación:

5.1 Se considera si el cuidador fomenta y supervisa la alimentación.

II. Semivalente: Dentro de las alternativas de respuesta, se considerarán: Sí, No, No aplica (N. A) y No observado (N. O). Considerando que No aplica se utiliza cuando la actividad no corresponde al nivel de dependencia del AM.

Higiene:

1.1 Se considera si el cuidador ayuda parcialmente en el aseo, baño o ducha diaria.

1.2 Se considera si el cuidador ayuda en evitar la exposición innecesaria del cuerpo.

1.3 Se considera si el cuidador ayuda en el lavado de manos antes y después de ir al baño, de cada comida, cuando sea necesario.

1.4 Se considera si el cuidador ayuda en el secado meticuloso, en especial en pliegues y zonas interdigitales.

- 1.5 Se considera si el cuidador ayuda en el aseo de cavidades diariamente o después de cada comida, en el aseo de cavidades se considera cara, orejas y cepillado de dientes después de cada comida.
- 1.6 Se considera si el cuidador ayuda en el corte de uñas o vello una vez por semana.
- 1.7 Se considera si el cuidador ayuda a lubricar la piel diariamente.

Vestir y Desvestirse:

- 2.1 Se considera si el cuidador ayuda en el cambio de ropa diaria.
- 2.2 Se considera si el cuidador ayuda en el uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar.
- 2.3 Se considera si el cuidador ayuda a preparar ropa limpia con anticipación para evitar descubrirlo innecesariamente.
- 2.4 Se considera si el cuidador ayuda para mantener ropa limpia.

Uso WC y continencia:

- 3.1 Se considera si el cuidador ayuda evitar exposición innecesaria del cuerpo.
- 3.2 Se considera si el cuidador ayuda al AM a asumir posición natural para la micción y defecación.
- 3.3 Se considera si el cuidador ayuda para concurrir al baño.
- 3.4 Se considera si el cuidador ayuda en que el AM tenga el espacio libre para acceder al WC.
- 3.5 Se considera si el cuidador ayuda a proporcionar utensilios para la eliminación urinario e intestinal, tales como chata o pato.
- 3.6 Se considera si el cuidador ayuda a retirar los utensilios de eliminación urinaria e intestinal de manera inmediata después de su utilización.
- 3.7 Se considera si el cuidador ayuda a proporcionar los medios necesarios para el lavado de manos.
- 3.8 Se considera si el cuidador ayuda a la limpieza de órganos excretorios.
- 3.9 Se considera si el cuidador ayuda en el arreglo adecuado de prendas de vestir.
- 3.10 Se considera si el cuidador ayuda a realizar cambio de sábanas y ropa en caso de que las ensucie o moje.

Movilidad:

- 4.1 Se considera si el cuidador ayuda en la deambulación del AM.
- 4.2 Se considera si el cuidador ayuda en las transferencias y traslados.
- 4.3 Se considera si el cuidador ayuda en la rutina de ejercicios.

Alimentación:

- 5.1 Se considera si el cuidador ayuda en la alimentación.

III Dependiente: Dentro de las alternativas de respuesta, se considerarán: Sí, No, No aplica (N. A) y No observado (N. O). Considerando que No aplica se utiliza cuando la actividad no corresponde al nivel de dependencia del AM

Higiene:

- 1.1 Se considera si el cuidador asiste completamente en el aseo, baño o ducha diaria.
- 1.2 Se considera si el cuidador asiste en evitar la exposición innecesaria del cuerpo.
- 1.3 Se considera si el cuidador asiste en el lavado de manos después de cada comida o cuando sea necesario.
- 1.4 Se considera si el cuidador asiste en el aseo de cavidades diariamente o después de cada comida; en el aseo de cavidades se considera cara, orejas y cepillado de dientes después de cada comida.
- 1.5 Se considera si el cuidador asiste en el corte de uñas o vello, una vez por semana.
- 1.6 Se considera si el cuidador asiste en la lubricación de la piel diariamente.
- 1.7 Se considera si el cuidador asiste en el secado meticuloso, en especial en pliegues y zonas interdigitales.

Vestir y Desvestirse:

- 2.1 Se considera si el cuidador asiste en el cambio de ropa diaria.
- 2.2 Se considera si el cuidador asiste en el uso de ropa cómoda, fácil de poner y sacar.
- 2.3 Se considera si el cuidador asiste en la preparación de ropa limpia con anticipación, para evitar descubrirlo innecesariamente.
- 2.4 Se considera si el cuidador asiste en la mantención de ropa limpia.

Uso WC y continencia:

- 3.1 Se considera si el cuidador asiste a evitar exposición innecesaria de su cuerpo.
- 3.2 Se considera si el cuidador asiste en la limpieza de órganos excretores después de cada eliminación urinaria/intestinal.
- 3.3 se considera si el cuidador asiste en el cambio de muda o cuidados de la sonda.
- 3.4 Se considera si el cuidador asiste en el arreglo adecuado de prendas de vestir.
- 3.5 Se considera si el cuidador asiste en el lavado de manos luego de acudir al WC.
- 3.6 Se considera si el cuidador asiste en el cambio de sábanas y ropa en caso de que las ensucie o moje.

Movilidad:

- 4.1 Se considera si el cuidador realiza prevención de accidentes, tales como cama con barandas en alto, no dejar solo cuando realice el AM alguna actividad, como baño, acudir al WC, comer, etc.

- 4.2 Se considera si el cuidador realiza ejercicios pasivos, para fortalecer la musculatura.
- 4.3 Se considera si el cuidador realiza el traslado y desplazamiento del AM.
- 4.4 Se considera si el cuidador realiza la motivación al AM para que ayude en toda actividad que se le va a realizar.
- 4.5 Se considera si el cuidador levanta a diario al AM, si no es así, si realiza prevención de UPP, tales como: cambio de posición cada 2 horas, acojinar los puntos de apoyo (talones, zona sacra, nuca y escápulas), mantener sábanas estiradas y limpias, sin restos de comida como migas de pan.

Alimentación:

- 5.1 Se considera si el cuidador posiciona adecuadamente al AM dependiendo de su estado (si se levanta o no) en silla, fowler o semifowler
- 5.2 Se considera si el cuidador supervisa la temperatura de alimentos.
- 5.3 Se considera si el cuidador realiza la alimentación asistida oportunamente.
- 5.4 Se considera si el cuidador realiza el lavado de dientes post alimentación al AM.

Cuestionario Parte A.

Folio 0000	
Parte A Instrumento: Características personales, socioculturales y laborales del Cuidador de CLE	
Examinador:	
Nombre cuidador (iniciales)	Nombre usuario (iniciales)
Fecha:	Código CLE:
1. Edad en años (1) 18 a 20 _____ (2) 21 a 40 _____ (3) 41 a 60 _____ (4) 61 y más _____	
2. Sexo (01) Masculino _____ (02) Femenino _____	
3. Escolaridad (último año cursado) (01) Básico incompleto _____ (02) Básico completo _____ (03) Medio incompleto _____ (04) Medio completo _____ (05) Superior Técnico incompleto _____ (06) Superior Técnico completo _____ (07) Superior Profesional incompleto _____ (08) Superior Profesional completo _____	
4. Capacitación del cuidador (Lugar, año y duración) (01) Experiencia cuidando a un familiar o a otro AM _____ (02) Curso de la Cruz Roja _____ (03) Curso en Centro Técnico de cuidados _____ especificar (04) Experiencia laboral. _____	
5. Horas trabajadas diarias: Turno día: (01) 8 Hrs. o menos _____ (02) 9-12 Hrs. _____ (03) 13-23 Hrs _____ (04) 24 y más Hrs. _____ Turno noche: (01) 8 Hrs. o menos _____ (02) 9-12 Hrs. _____ (03) 13-23 Hrs _____	
6. AM asignados por turno: Autovalentes: (01) Ninguno _____ (02) 1 a 20 AM _____ (03) 21 o más AM _____ Semivalentes: (01) Ninguno _____ (02) 1 a 15 AM _____ (03) 16 o más AM _____ Dependientes: (01) Ninguno _____ (02) 1 a 7 AM _____ (03) 8 o más AM _____	
7. Tiempo de servicio en actual CLE: (01) Menos de 1 año _____ (02) 1 a 5 años _____ (03) 6 a 10 años _____ (04) 11 a 20 años _____ (05) 21 o más años _____	
8. Conoce la existencia de un Plan de cuidados realizado por la enfermera: Si _____ No _____ * Si la respuesta es si, pase a la pregunta 9	
9. Sus cuidados se basan en el Plan de cuidados: Si _____ No _____	

Cuestionario Parte B.

Folio 0000 Parte B Instrumento Características biopsicosociales del AM en CLE		Código CLE:
Examinador:		Fecha:
Nombre cuidador (iniciales):		Nombre usuario (iniciales):
1. Clasificación según Katz (01) A ___ (02) B ___ (03) C ___ (04) D ___ (05) E ___ (06) F ___ (07) G ___		
2. Edad en años (01) 60 a 64 años ___ (02) 65 a 69 años ___ (03) 70 a 74 años ___ (04) 75 a 79 años ___ (05) 80 a 84 años ___ (06) 85 a 90 años ___ (07) 91 más años ___		3. Sexo (01) Masculino ___ (02) Femenino ___
4. Estado civil : (01) Casado ___ (02) Soltero ___ (03) Viudo ___ (04) Separado ___ (05) Otro: especificar _____		
5. Situación económica: (01) Jubilación ___ (02) Aportes familiares ___ (03) Ambos ___ (04) Otro: _____ especificar		
6. Déficit neurosensorial: (01) Física ___ (02) Intelectual/ cognitiva ___ (03) Visual ___ (04) Auditiva ___ (05) Psíquica ___ (06) Multidéficit ___ (07) Otros especificar _____		
7. Fármacos: (01) Ninguno ___ (02) 1 a 5 ___ (03) 6 a 10 ___ (04) 11 a 28 ___ Cuáles: _____		

Lista de Cotejo.

A	Autovalentes (A y B)						
I	Enfermera			Si (1)	No(0)		
1	Evaluación de la funcionalidad al ingreso.						
2	Planificación de intervención individualizada.						
3	Educación según nivel de funcionalidad.						
4	Reevaluación sobre nivel de funcionalidad.						
II	Cuidador (<i>Fomento y supervisión</i>)			Si(3)	No(2)	N.A.(1)	N.O.(0)
1	Higiene	1.1	Aseo, baño y/ o ducha diaria.				
		1.2	Lavado de manos.				
		1.3	Aseo de cavidades.				
		1.4	Corte de uñas o vello.				
		1.5	Lubricación de la piel diariamente.				
2	Vestir y desvestirse	2.1	Cambio de ropa diaria.				
		2.2	Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar.				
3	Uso de WC y continencia	3.1	Concurrencia al WC.				
		3.2	Limpieza de órganos excretores después de concurrir al baño.				
		3.3	Arreglo adecuado de prendas de vestir.				
		3.4	Accesibilidad al WC.				
4	Movilidad	4.1	Deambulación.				
		4.2	Transferencias y Traslados.				
		4.3	Rutina de ejercicio.				
5	Alimentación	5.1	Alimentación.				

B	Semivalente (C, D y E)						
I	Enfermera		Si(1)	No(0)			
1	Evaluación de la funcionalidad al ingreso.						
2	Planificación de intervención individualizada.						
3	Educación según nivel de funcionalidad.						
4	Reevaluación sobre nivel de funcionalidad.						
II	Cuidador (Ayuda)		Si(3)	No(2)	N.A.(1)	N.O.(0)	
1	Higiene	1.1	Aseo, baño y/ o ducha diaria.				
		1.2	Evita exposición innecesaria del cuerpo.				
		1.3	Lavado de manos.				
		1.4	Secado meticuloso,(pliegues y zonas interdigitales).				
		1.5	Aseo de cavidades.				
		1.6	Corte de uñas o vello.				
		1.7	Lubricación de la piel diariamente.				
2	Vestir y desvestirse	2.1	Cambio de ropa diaria.				
		2.2	Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar.				
		2.3	Preparar ropa limpia con anticipación para evitar descubrir innecesariamente.				
		2.4	Mantener ropa limpia.				
3	Uso de WC y continencia	3.1	Evitar exposición innecesaria del cuerpo.				
		3.2	Adquirir posición natural para la micción y defecación.				
		3.3	Concurrir al baño.				
		3.4	Accesibilidad al WC.				
		3.5	Proporcionar y retirar utensilios de eliminación urinaria e intestinal.				
		3.6	Retirar utensilios de eliminación urinario e intestinal de manera inmediata después de su utilización.				
		3.7	Brindar medio para lavado de manos.				
		3.8	Limpieza de órganos excretores después de cada eliminación urinaria e intestinal.				
		3.9	Arreglo adecuado de prendas de vestir.				
		3.10	Cambio de sábanas y ropa en caso de que las ensucie o moje.				
4	Movilidad	4.1	Deambulación.				
		4.2	Transferencias y Traslados.				
		4.3	Rutina de ejercicio.				
5	Alimentación	5.1	Alimentación.				

C		Dependiente (F, G y H)					
I	Enfermera	Si(1)			No(0)		
1	Evaluación de la funcionalidad al ingreso.						
2	Planificación de intervención individualizada.						
3	Educación o mantención del cuidado.						
4	Reevaluación sobre nivel de funcionalidad.						
II	Cuidador (Asiste)	Si(3)			No(2) N.A(1) N.O.(0)		
1	Higiene	1.1	Aseo, baño y/ o ducha diaria.				
		1.2	Evitar exposición innecesaria del cuerpo.				
		1.3	Lavado de manos.				
		1.4	Aseo de cavidades.				
		1.5	Corte de uñas o vello.				
		1.6	Lubricación de la piel diariamente.				
		1.7	Secado meticuloso (pliegues y zonas interdigitales).				
2	Vestir y desvestirse	2.1	Cambio de ropa diaria.				
		2.2	Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar.				
		2.3	Preparar ropa limpia con anticipación para evitar descubrir innecesariamente.				
		2.4	Mantener ropa limpia.				
3	Uso de WC y continencia	3.1	Evitar exposición innecesaria del cuerpo.				
		3.2	Limpieza de órganos excretores después de cada eliminación urinaria/ intestinal.				
		3.3	Cambio de muda/ cuidado de la sonda.				
		3.4	Arreglo adecuado de prendas de vestir.				
		3.5	Lavado de manos.				
		3.6	Cambio de sábanas y ropa en caso de que las ensucie o moje.				
4	Movilidad	4.1	Realizar prevención de accidentes.				
		4.2	Realizar ejercicios pasivos.				
		4.3	Trasladar y desplazar al AM.				
		4.4	Motivar a la persona a que ayude en toda actividad.				
		4.5	Levantar a diario y en caso que no se levante realizar prevención de UUP.				
5	Alimentación	5.1	Posicionar al AM adecuadamente en silla, fowler o semifowler.				
		5.2	Supervisar temperatura de alimentos.				
		5.3	Alimentación.				
		5.4	Realizar lavado de dientes post alimentación.				

Anexo N° 2

Criterios de Análisis.

Autovalente

AVBD	Adecuado	Medianamente adecuado	No adecuado	No Aplica
Higiene	Realiza: 1.1 Aseo, baño y/ o ducha diaria. 1.2 Lavado de manos.	Solo realiza 1 de: 1.1 Aseo, baño y/ o ducha diaria. 1.2 Lavado de manos.	No realiza ninguno de: 1.1 Aseo, baño y/ o ducha diaria. 1.2 Lavado de manos.	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Vestir y desvestirse	Realiza: 2.1 Cambio de ropa diaria. 2.2 Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar.	Solo realiza 1 de: 2.1 Cambio de ropa diaria. 2.2 Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar.	No realiza ninguno de: 2.1 Cambio de ropa diaria. 2.2 Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar.	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Uso WC y continencia	Realiza: 3.1 Concurrencia al WC. 3.4 Accesibilidad al WC.	Solo realiza 1 de: 3.1 Concurrencia al WC. 3.4 Accesibilidad al WC.	No realiza ninguno de: 3.1 Concurrencia al WC. 3.4 Accesibilidad al WC.	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Movilidad	Realiza: 4.1 Deambulación. 4.2 Transferencias y Traslados.	Solo realiza 1 de: 4.1 Deambulación. 4.2 Transferencias y Traslados.	No realiza ninguno de: 4.1 Deambulación. 4.2 Transferencias y Traslados.	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Alimentación	Realiza: 5.1 Alimentación.		No realiza: 5.1 Alimentación.	No cabe dentro de las categorías anteriores.

Semivalente.

AVBD	Adecuado	Medianamente adecuado	No adecuado	No Aplica
Higiene	Solo realiza 2 de : 1.1 Aseo, baño y/ o ducha diaria. 1.3 Lavado de manos. 1.4 Secado meticuloso (pliegues y zonas interdigitales).	Solo realiza 1 de: 1.1 Aseo, baño y/ o ducha diaria. 1.3 Lavado de manos. 1.4 Secado meticuloso (pliegues y zonas interdigitales).	No realiza ninguno de: 1.1 Aseo, baño y/ o ducha diaria. 1.3 Lavado de manos. 1.4 Secado meticuloso (pliegues y zonas interdigitales).	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Vestir y desvestirse	Solo realiza 2 de: 2.1 Cambio de ropa diaria. 2.2 Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar. 2.3 Prepara ropa limpia con anticipación para evitar descubrir innecesariamente.	Solo realiza 1 de: 2.1 Cambio de ropa diaria. 2.2 Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar. 2.3 Prepara ropa limpia con anticipación para evitar descubrir innecesariamente.	No realiza ninguno de: 2.1 Cambio de ropa diaria. 2.2 Uso de ropa cómoda fácil de poner y sacar. 2.3 Prepara ropa limpia con anticipación para evitar descubrir innecesariamente.	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Uso WC y continencia	Solo realiza 3 de: 3.3 Concurrir al baño. 3.4 Accesibilidad al WC. 3.5 Proporciona y retira utensilios de eliminación urinaria e intestinal. 3.6 Retira utensilios de eliminación urinario e intestinal de manera inmediata después de su utilización.	Solo realiza 2 de: 3.3 Concurrir al baño. 3.4 Accesibilidad al WC. 3.5 Proporciona y retira utensilios de eliminación urinaria e intestinal. 3.6 Retira utensilios de eliminación urinario e intestinal de manera inmediata después de su utilización.	Solo realiza 1 de: 3.3 Concurrir al baño. 3.4 Accesibilidad al WC. 3.5 Proporciona y retira utensilios de eliminación urinaria e intestinal. 3.6 Retira utensilios de eliminación urinario e intestinal de manera inmediata después de su utilización.	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Movilidad	Realiza: 4.1 Deambulación. 4.2 Transferencias y Traslados.	Solo realiza 1 de: 4.1 Deambulación. 4.2 Transferencias y Traslados.	No realiza ninguno de: 4.1 Deambulación. 4.2 Transferencias y Traslados.	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Alimentación	Realiza: 5.1 Alimentación.		5.1 Alimentación.	No cabe dentro de las categorías anteriores.

Dependiente.

AVBD	Adecuado	Medianamente adecuado	No adecuado	No aplica
Higiene	Solo realiza 2 de: 1.1 Aseo, baño y/ o ducha diaria. 1.6 Lubricación de la piel diariamente. 1.7 Secado meticuloso (pliegues y zonas interdigitales).	Solo realiza 1 de: 1.1 Aseo, baño y/ o ducha diaria. 1.6 Lubricación de la piel diariamente. 1.7 Secado meticuloso,(pliegues y zonas interdigitales).	No realiza ninguno de: 1.1 Aseo, baño y/ o ducha diaria. 1.5 Lubricación de la piel diariamente. 1.6 Secado meticuloso,(pliegues y zonas interdigitales).	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Vestir y desvestirse	Solo realiza 2 de: 2.1 Cambio de ropa diaria. 2.3 Prepara ropa limpia con anticipación para evitar descubrir innecesariamente. 2.4 Mantiene ropa limpia.	Solo realiza solo 1 de los 3 siguientes: 2.1 Cambio de ropa diaria. 2.3 Prepara ropa limpia con anticipación para evitar descubrir innecesariamente. 2.4 Mantiene ropa limpia.	No realiza ninguno de: 2.1 Cambio de ropa diaria. 2.3 Prepara ropa limpia con anticipación para evitar descubrir innecesariamente. 2.4 Mantiene ropa limpia.	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Uso WC y continencia	Solo realiza 2 de: 3.2 Limpieza de órganos excretores después de cada eliminación urinaria/ intestinal. 3.3 Cambio de muda/cuidado de la sonda. 3.4 Arreglo adecuado de las prendas de vestir.	Solo realiza 1 de: 3.2 Limpieza de órganos excretores después de cada eliminación urinaria/ intestinal. 3.3 Cambio de muda/cuidado de la sonda. 3.4 Arreglo adecuado de las prendas de vestir.	No realiza ninguno de: 3.2 Limpieza de órganos excretores después de cada eliminación urinaria/ intestinal. 3.3 Cambio de muda/cuidado de la sonda. 3.4 Arreglo adecuado de las prendas de vestir.	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Movilidad	Solo realiza 2 de: 4.1 Realiza prevención de accidentes. 4.3 Trasladar y desplazar al AM. 4.5 Levanta a diario y en caso que no se levante realiza prevención de UPP.	Solo realiza 1 de: 4.1 Realiza prevención de accidentes. 4.3 Trasladar y desplazar al AM. 4.5 Levanta a diario y en caso que no se levante realiza prevención de UPP.	No realiza ninguno de: 4.1 Realiza prevención de accidentes. 4.3 Trasladar y desplazar al AM. 4.5 Levanta a diario y en caso que no se levante realiza prevención de UPP.	No cabe dentro de las categorías anteriores.
Alimentación	Solo realiza 2 de: 5.1 Posiciona al AM adecuadamente en silla, fowler o semifowler. 5.2 Supervisa temperatura de los alimentos. 5.3 Alimentación.	Solo realiza 1 de: 5.1 Posiciona al AM adecuadamente en silla, fowler o semifowler. 5.2 Supervisa temperatura de los alimentos. 5.3 Alimentación.	No realiza ninguno de: 5.1 Posiciona al AM adecuadamente en silla, fowler o semifowler. 5.2 Supervisa temperatura de los alimentos. 5.3 Alimentación.	No cabe dentro de las categorías anteriores.

Anexo N° 3

**Centros de Larga Estadía Incluidos en la Muestra en Viña del Mar y Valparaíso
2007**

Comuna de Viña del Mar	Comuna de Valparaíso
1. <i>Anni & Bjorn</i>	1. <i>Casa de Reposo</i>
2. <i>Rayito de Sol</i>	2. <i>La Alborada</i>
3. <i>Espiga Dorada</i>	3. <i>Casa de Reposo Juan Wiedeman Maire</i>
4. <i>Eterna Primavera</i>	
5. <i>Izabella</i>	
6. <i>La Casa de Blanquita</i>	
7. <i>La Floresta I</i>	
8. <i>Margarita Cárdenas Reyes</i>	
9. <i>Estella Maris</i>	
10. <i>Mi Querida Raquelita</i>	
11. <i>Preciosa Sangre</i>	
12. <i>Regina Pacis</i>	
13. <i>Senior Home</i>	

Anexo N° 4

ÍNDICE DE KATZ DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

<p>BAÑO/LAVADO: <i>Independiente.</i> Necesita ayuda solo para lavarse una parte del cuerpo o lo hace solo. <i>Dependiente.</i> Requiere ayuda al menos para lavarse más partes del cuerpo o para entrar o salir de la bañera.</p>
<p>VESTIDO: <i>Independiente.</i> Se viste sin ayuda, incluye coger las cosas del armario. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. <i>Dependiente.</i> No se viste solo o lo hace de forma incompleta.</p>
<p>USO DEL RETRETE: <i>Independiente.</i> No precisa ningún tipo de ayuda para entrar o salir del cuarto de aseo. Usa el retrete, se limpia y se viste adecuadamente. Puede usar un orinal por la noche. <i>Dependiente.</i> Precisa ayuda para llegar hasta el retrete y para utilizarlo adecuadamente. Incluye el uso del orinal y de la cuña.</p>
<p>MOVILIZACIÓN (CAMA/SILLÓN) <i>Independiente.</i> No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla, ni para entrar o salir de la cama (puede utilizar ayuda mecánica como un bastón) <i>Dependiente.</i> Requiere alguna ayuda para una u otra acción.</p>
<p>CONTINENCIA: <i>Independiente.</i> Control completo de la micción y de la defecación. <i>Dependiente.</i> Incontinencia total o parcial. Incluye el control total de los esfínteres mediante enemas, sonda o el empleo reglado de orinal y/o cuña.</p>
<p>ALIMENTACIÓN: <i>Independiente.</i> Lleva la comida del plato a la boca sin ayuda. <i>Dependiente.</i> Es ayudado a llevar la comida del plato a la boca. Incluye no comer y alimentación parenteral o a través de una sonda.</p> <p>Debe recogerse lo que el paciente hace realmente, no lo que es capaz de hacer. Clasificación :</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Independiente en todas las actividades. B. Independiente en todas las actividades, salvo en una. C. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño y otra más. D. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido y otra más. E. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete y otra más. F. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete, la transferencia y otra más. G. Dependiente en todas las actividades.

Fuente: www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf

Anexo N° 5

Universidad de Valparaíso.
Escuela de Enfermería y Obstetricia.
Valparaíso, Septiembre 2008.

DE: Directora Escuela de Enfermería y Obstetricia.

A: Director de Centro de Larga Estadía

De mi consideración:

Al momento de saludarlo(a), me dirijo a usted con el fin de solicitar su importante colaboración en el sentido de autorizar a los(as) alumnas de 4° año de la Carrera de Enfermería, Universidad de Valparaíso, para que puedan llevar a cabo las actividades que se indican a continuación, con respecto a su **Seminario Tesis**.

Nombre del Seminario de Tesis: “Características de los cuidados otorgados por los cuidadores de AM, para la satisfacción de las ABVD, según el nivel de funcionalidad de los AM institucionalizados en CLE, en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso en el año 2008”,

Servicio a utilizar: Centros de larga estadía de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

Actividad a efectuar: Entrevista con persona encargada del centro.

Con el objeto de: Exponer el tema y los objetivos de la investigación.
Verificar la factibilidad de realizar el estudio en dicho establecimiento.

Periodo: Julio- Noviembre 2008.

Nombre de las alumnas: Jessica Altamirano, Romina Arenas, Michelle Carreño, Pamela Condeza, Ana María Torres, Brenda Valdés.

Docente a cargo: Enfermera Universitaria Nidia Núñez Alvarado.

Agradeciendo de antemano su atención, le saluda atentamente,

PROF. LILIANA PASTÉN IBAÑEZ

Directora

Escuela de Enfermería y Obstetricia.

Universidad de Valparaíso.

Blas Cuevas 1028 Valparaíso Fono (32) 2507443 Fax 2507411

Anexo N°6

Valparaíso, Septiembre de 2008

Autorización del Centro de Larga Estadía para participar en el estudio:

“Características de los cuidados otorgados por los cuidadores de Adultos Mayores (AM), para la satisfacción de las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según el nivel de funcionalidad de los AM institucionalizados en Centro de Larga Estadía (CLE), en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso en el año 2008”.

Estimado Sr/Sra. Director(a) de CLE para AM:

Solicitamos tenga a bien autorizar la participación del CLE bajo su digna dirección en el estudio “Características de los cuidados otorgados por los cuidadores de AM, para la satisfacción de las ABVD, según el nivel de funcionalidad de los AM institucionalizados en CLE, en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso en el año 2008”, patrocinado por la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso.

El objetivo es Conocer las características de los cuidados otorgados por los cuidadores, en relación de la satisfacción de las ABVD, de acuerdo al nivel de funcionalidad, en los AM institucionalizados en CLE.

Este estudio no tiene la finalidad de fiscalizar, solo de observar qué cuidados y cómo se prestan éstos, para describirlos por medio de la aplicación de un instrumento. En ningún caso habrá intervención hacia los AM por parte de las estudiantes.

El instrumento a aplicar, está conformado por un cuestionario con 2 partes y una lista de cotejo observacional. La parte A hace referencia a las características personales, socioculturales y laborales del cuidador por medio de un cuestionario anónimo y administrado por las tesis, la parte B busca recabar información de las características biopsicosociales del AM, datos que serán obtenidos de la ficha clínica de éste, finalmente la lista de cotejo en donde se observarán los cuidados otorgados según nivel de funcionalidad del AM, dado por el Índice de Katz

Con respecto a la aplicación del instrumento mencionado, éste se llevará a cabo entre los meses de Octubre y Noviembre del año 2008, previo acuerdo de días y horarios entre el director y las 2 alumnas tesis de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

El acceder al estudio es totalmente voluntario, sin que la negativa a ello lo perjudique en ningún aspecto en el funcionamiento de su establecimiento. Ud. podrá

desistir o rechazar en cualquier momento su participación en el estudio, lo cual, tampoco afectará su funcionamiento. Se asegura la confidencialidad de todos los datos obtenidos.

Cabe destacar que, dependiendo del número de establecimientos que acepten participar, se hará una selección por muestreo aleatorio, por lo tanto, no todos los CLE serán incluidos en este estudio, lo que será informado oportunamente por las alumnas tesisistas.

Le agradecemos su cooperación.

**Responsables de la Investigación: E. U. Profesora Nidia Núñez
Escuela de Enfermería y Obstetricia
Universidad de Valparaíso**

Autorizo _____

Anexo N°7

Valparaíso, Octubre de 2008.

Consentimiento Informado

Estoy informado/a que las alumnas testistas de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, están efectuando un estudio llamado “Características de los cuidados otorgados por los cuidadores de AM, para la satisfacción de las ABVD, según el nivel de funcionalidad de los AM institucionalizados en CLE, en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso en el año 2008”

Estoy informado/a que todo lo conversado y observado durante el estudio se mantendrá en estricta confidencialidad, sé que tengo derecho a dar por terminada mi participación en cualquier momento del estudio.

Si tengo alguna duda o preocupación la haré saber de inmediato a la persona que me este entrevistando.

En total conocimiento, otorgo mi consentimiento para:

- Ser observado/a, entrevistado/a y dar respuesta al cuestionario.
- Permitir que la información obtenida (sin mi nombre) sea compartida para fines educacionales.

A continuación firmo la opción que he elegido

Acepto

No acepto