



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO.
FACULTAD DE MEDICINA.
ESCUELA DE PSICOLOGÍA.



**NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO
Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL
PRINCIPAL**

**CARMEN FUENTES GALAZ
VALESKA MARTÍNEZ OSORIO
ROBERTO RODRÍGUEZ YURAZECK
CAMILO SILVA DONOSO
KARINA VERGARA CABRERA**

**PROFESORA GUÍA:
CLAUDIA MIRANDA CASTILLO**

**SEMINARIO PRESENTADO A LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
DE VALPARAÍSO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA Y AL
TÍTULO DE PSICÓLOGO.**

**ENERO, 2012
VALPARAÍSO, CHILE**

AGRADECIMIENTOS

Durante esta investigación y en el largo proceso que conllevó, tuvimos el apoyo y colaboración de variadas personas, es por ello que no podemos evitar darnos el tiempo de agradecer debidamente a cada uno de ellos:

Un especial agradecimiento a nuestra profesora guía Claudia Miranda, por su apoyo en cada uno de los momentos que vivimos dentro de la investigación y por su orientación en cada una de las temáticas abordadas, y particularmente por su flexibilidad, guía y contención en las decisiones que tomamos como grupo.

Debemos agradecer al Centro de Salud Marcelo Mena, por abrir sus puertas a nuestra investigación, a su Directora Eliana Calderón por darnos la autorización y oportunidad de trabajar con la población perteneciente a su Programa Postrados y a Raúl Vicuña enfermero encargado del programa, quién nos facilitó la información para hacer más expedita la comunicación, con las personas pertenecientes al programa.

Agradecemos enormemente a cada uno de los participantes de la investigación, tanto cuidador como dismovilizado, por su tiempo y confianza, puesto que estuvieron dispuestos a participar pese a experiencias desagradables en el pasado (como estafas y robos) con personas que decían ser tesisistas.

Queremos agradecer a Javier Cortes, asistente de la biblioteca de nuestra escuela, por su ayuda en la búsqueda de información y apoyo bibliográfico para esta investigación.

Reconociendo su enorme disposición para colaborar con nosotros.

AGRADECIMIENTOS PERSONALES

Llegando al final de una importante etapa en mi vida me es importante mirar hacia atrás y recordar a quienes han estado conmigo durante todo este tiempo, agradezco enormemente a mi familia, mis padres Haroldo y Patricia y a mis hermanos Lucía y Fabrizio quienes me apoyaron en este largo camino, quienes me alentaron cada vez que caí y me celebraron cada vez que me levante, esta travesía hubiese sido muy diferente si nos los hubiese tenido conmigo "muchas gracias" los amo. Debo agradecer a todas las personas que me han demostrado su cariño y confianza, amigos, compañeros y profesores que confiaron en mi cuando yo misma no lo hacía, les agradezco de corazón ser una luz en mi camino. A todos muchas muchas gracias.

Carmen Fuentes Galaz

En retrospectiva, me pongo a pensar en todo lo vivido en estos últimos 7 años, las personas con las que compartí, que conocí y algunos de los que tengo el agrado de llamar y sentirlos como mis amigos, hoy en día también colegas. Mi primera mención va dirigida a mi familia, que siempre han estado conmigo, a quienes les agradezco todo el cariño que me manifiestan, la confianza que me entregan y el apoyo que me brindaron durante estos años y el que siempre me han proporcionado. A mis amigos gracias por su compañía y ayuda en todo este proceso, del mismo modo que yo espero haber sido para ustedes, son quienes me regalaron un sin número de experiencias, tanto buenas como malas, que atesoro y mantendré conmigo siempre. También mis compañeros por su buena disposición y entusiasmo, por la alegría y vitalidad que siempre mostraban. Quisiera agradecer a todos los profesores que me instruyeron durante mi formación, especialmente quienes tienen la voluntad y la paciencia para estar presentes con los alumnos, para conversar, para corregirnos y apoyarnos. Y a las personas y familias que aceptaron formar parte de este estudio y de otros anteriores, quienes nos brindaron su confianza y su tiempo. En general, quisiera agradecer a todas las personas que conozco y tuve la fortuna de conocer.

Con el afán de expresar lo que todos me han transmitido sin desmerecer u olvidar algunos de otros, es que no hice referencia de una persona específica, mas confío que ellos al leer estas palabras recuerden las experiencias y los afectos que les permitan comprender el sentido que tiene para mí estos párrafos. Lo importante que han sido para mí.

Camilo Silva Donoso

Este seminario se lo dedico a mi madre, cuyo amor, comprensión y apoyo incondicional ha iluminado mi vida y me ha enseñado a transitar con confianza y responsabilidad este sendero que es mi camino.

Agradezco a mi abuelo, cuya fuerza y energía me acompaña día a día, a mi abuela que la amo como mi segunda madre y a mis hermanos que son mi vida. A Claudio, en cuya persona he hallado parte de los valores que hoy orientan mis pasos. A Paulina, compañera y amiga, agradezco su regalo de amor, alegría, paciencia y comprensión en todo momento. Agradezco a mi amigo Camilo, quien en la aventura de esta carrera me ha obsequiado su naturalidad, sensatez y alegría. A Valeska, quien durante años me ha gratificado con su amistad, agradezco su sensibilidad y fuerza personal. A Carolina, agradezco su apoyo y compañía en mis primeros pasos en esta carrera. Agradezco la compañía de Indira y su amistad que trasciende el tiempo. Agradezco asimismo, el cariño, apoyo y amparo de mis tíos, y agradezco a mi padre, que a pesar de la distancia siempre estuvo atento para saber cómo iba mi proceso.

Agradezco de manera especial el apoyo y comprensión de la profesora Claudia Miranda, que en su voluntad para orientarnos no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en los momentos de crisis, contribuyó con un modelo a seguir en mi formación profesional.

Finalmente, agradezco a Carmen, Karina, Roberto, Karen, Jorge, Javier y a todos quienes de diversas formas posibilitaron que esta tarea académica se concretase.

Roberto Rodríguez Yurazek

Quisiera expresar mi gratitud hacia todas las personas que contribuyeron a mi formación personal y profesional a lo largo de estos años.

En primer lugar a mi núcleo más íntimo: Mi familia y amigos; por su incondicionalidad, apoyo constante, contención y confianza.

En segundo lugar, a los docentes Walter Lips; por enseñarme que la rigurosidad de la anamnesis es una responsabilidad de todo profesional de la salud. Al profesor Roberto Chiang; por su énfasis en ver a la persona más allá de las patologías, el permitirse jugar, ser uno mismo y ser feliz en la autoaceptación. Al Profesor Carlos Varas; por enseñarme que las adversidades son un aliciente para el desarrollo personal y que de una tragedia siempre se puede rescatar una historia de superación e inspiración.

En tercer lugar, al Dr. Hugo Palacios; por demostrarme que no existen imposibles en rehabilitación y se pueden hacer pequeños milagros a pesar de los malos pronósticos.

En cuarto lugar, a las personas maravillosas que conocí este año: Al grupo de taller sistémico centrado en narrativas, me siento orgullosa y privilegiada de haber contribuido en parte de sus historias. A mi grupo de tesis, quienes aprendí a conocerlos en su diversidad de estilos, afinidades, proyectos e historias de vida. A los profesionales del lugar de práctica (CTA); por su cálida acogida, familiaridad en el trato y buena disposición.

Finalmente, quisiera referirme a todas las personas anónimas que he conocido y fueron un aporte para la culminación de esta etapa. Infinitamente agradecida de quienes constituyen el lienzo y los pigmentos de lo que actualmente es el paisaje de mi vida.

Karina Vergara Cabrera

Agradezco a los profesores por su paciencia y dedicación en nuestra formación profesional. Y especialmente a Francisco Albornoz y Claudia Miranda quienes fueron guías en mi formación como psicóloga este último año.

Agradezco a funcionarios y auxiliares que siempre estuvieron bien dispuestos a prestarnos sus servicios. Especialmente a Jessica que tuvo paciencia conmigo al realizar mis trámites siempre a última hora. Gracias Jessica!!

Un agradecimiento especial a Javier Cortés, encargado de Biblioteca de la Escuela de Psicología, por su comprensión, ayuda y buena disposición. Y por solucionarme un gran problema que tuve en Biblioteca. Gracias Javier!!!! Sé que leerás esto!!! Te pasaste!! =D

Agradezco a mis compañeros por su paciencia, labor y dedicación al trabajo en grupo. Gracias por comprender y empatizar con mi situación!!! Los Adoro a todos y siempre estarán en mi memoria!! Espero sigamos en contacto y que la distancia no sea razón para no seguir en contacto. Muchas Gracias!!!!

Agradezco a mi Familia, pilar fundamental en la etapa de mi realización profesional.

Agradezco a mi pareja que me soportó en mi ansiedad frente a evaluaciones, mi estrés de este último año y mis enojos injustificados. Gracias por tu paciencia!!

Y finalmente agradezco a mi Hijo, Nelson, quien fue mi motor y motivador para seguir estudiando, terminar mi carrera y ser Profesional. Esto es por ti mi Bebe!! Te amo, te adoro y gracias por ser mi Hijo!!!

Valeska Martínez Osorio

INDICE

1. RESUMEN.....	12
2. INTRODUCCION	14
3. PLANTEAMIENTO	16
4. MARCO TEÓRICO.....	20
4.1 ADULTO MAYOR	20
4.1.1 ENVEJECIMIENTO	20
4.1.1.1 ENVEJECIMIENTO MUNDIAL	22
4.1.1.2 ENVEJECIMIENTO EN CHILE	24
4.2 DEPENDENCIA FUNCIONAL (AFRONTAMIENTO A LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA).....	28
4.2.1 DEPENDENCIA FUNCIONAL Y ADULTO MAYOR POSTRADO.....	29
4.3 NECESIDADES	34
4.3.1 NECESIDADES EN EL ADULTO MAYOR POSTRADO	38
4.3.2 NECESIDADES EN SALUD	39
4.4 CALIDAD DE VIDA	40
4.4.1 CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR POSTRADO	43
4.4.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	45
4.5 CUIDADOR.....	47
4.5.1 CARACTERISTICAS DEL CUIDADOR.....	48
4.5.2 SINDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	50
5. OBJETIVOS	53
5.1 OBJETIVO GENERAL	53
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53

5.3	<i>HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN</i>	53
6.	<i>METODOLOGÍA</i>	54
6.1	<i>TIPO DE DISEÑO Y DE INVESTIGACIÓN</i>	54
6.2	<i>MUESTRA</i>	54
6.3	<i>PROCEDIMIENTO</i>	55
6.4	<i>DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS</i>	55
6.4.1	CUESTIONARIO CAMBERWELL DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES EN ANCIANOS CANE (VERSIÓN IV)	55
6.4.2	CUESTIONARIO EUROPEAN QUALITY OF LIFE – 5 DIMENSIONS (EQ-5D) 58	
6.4.3	LA ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT	60
6.4.4	ÍNDICE DE KATZ ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA ABREVIADO	62
6.5	<i>PLAN DE ANALISIS DE DATOS</i>	63
7.	<i>RESULTADOS</i>	65
7.1	<i>DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES</i>	65
7.1.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL DISMOVILIZADO 65	
	<i>GRÁFICO N° 1. PORCENTAJES: EDAD DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO</i>	65
	<i>GRÁFICO N° 2. PORCENTAJES: SEXO DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO</i>	66
	<i>GRÁFICO N° 3. PORCENTAJES: ESTADO CIVIL DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO</i>	66
	<i>GRÁFICO N° 4. PORCENTAJES: ESCOLARIDAD DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO</i>	67
	<i>GRÁFICO N° 5. PORCENTAJES: PREVISIÓN DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO</i>	67

<i>GRÁFICO N° 6. PORCENTAJES: BENEFICIOS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO.....</i>	<i>68</i>
<i>GRÁFICO N° 7. PORCENTAJES: PARENTESCO CON EL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO</i>	<i>68</i>
<i>GRÁFICO N° 8. PORCENTAJES: OCUPACIÓN PREVIA DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO</i>	<i>69</i>
<i>GRÁFICO N° 9. PORCENTAJES: NUMERO DE HABITANTES EN EL HOGAR DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO.....</i>	<i>70</i>
<i>GRÁFICO N° 10. PORCENTAJES: NUMERO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO.....</i>	<i>70</i>
7.1.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR	71
<i>GRÁFICO N° 11. PORCENTAJES: EDAD DEL CUIDADOR</i>	<i>71</i>
<i>GRÁFICO N° 12. PORCENTAJES: SEXO DEL CUIDADOR</i>	<i>72</i>
<i>GRÁFICO N° 13. PORCENTAJES: ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR</i>	<i>72</i>
<i>GRÁFICO N° 14. PORCENTAJES: ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR</i>	<i>73</i>
<i>GRÁFICO N° 15. PORCENTAJES: OCUPACIÓN DEL CUIDADOR.....</i>	<i>74</i>
<i>GRÁFICO N° 16. PORCENTAJES: PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL DISMOVILIZADO</i>	<i>74</i>
<i>GRÁFICO N° 17. PORCENTAJES: PREVISIÓN DEL CUIDADOR.....</i>	<i>75</i>
<i>GRÁFICO N° 18. PORCENTAJES: BENEFICIOS SOCIALES DEL CUIDADOR</i>	<i>76</i>
<i>GRÁFICO N° 19. PORCENTAJES: NUMERO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CUIDADOR.....</i>	<i>76</i>
<i>GRÁFICO N° 20. PORCENTAJES: CAPACITACIÓN PREVIA DEL CUIDADOR</i>	<i>77</i>
<i>GRÁFICO N° 21. PORCENTAJES: RECIBIDO APOYO EL CUIDADOR EN LAS TAREAS DE CUIDADO.....</i>	<i>77</i>
<i>GRÁFICO N° 22. PORCENTAJES: TIEMPO AL CUIDADO DEL DISMOVILIZADO</i>	<i>78</i>
<i>GRÁFICO N° 23. PORCENTAJES: NUMERO DE HABITANTES EN EL HOGAR DEL CUIDADOR</i>	<i>79</i>

7.1.3	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DISMOVILIZADO Y DEL CUIDADOR.....	79
	<i>TABLA N° 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DISMOVILIZADO</i>	<i>79</i>
	<i>TABLA N° 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL CUIDADOR.....</i>	<i>80</i>
	<i>GRÁFICO N° 24. PORCENTAJES: NIVEL DE SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES</i>	<i>80</i>
7.2	NECESIDADES DEL DISMOVILIZADO	81
	<i>GRÁFICO N° 25. PORCENTAJES: NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO</i>	<i>81</i>
7.3	FACTORES RELACIONADOS CON LAS NECESIDADES NO CUBIERTAS DEL DISMOVILIZADO.....	82
	<i>TABLA N° 3. FACTORES RELACIONADOS CON LAS NECESIDADES NO CUBIERTAS DEL DISMOVILIZADO.....</i>	<i>82</i>
8.	DISCUSIÓN	83
8.1	<i>CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y CLINICA DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO</i>	<i>84</i>
8.2	<i>CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y CLINICA DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL.....</i>	<i>85</i>
8.3	<i>NECESIDADES CUBIERTAS Y NO CUBIERTAS DEL DISMOVILIZADO.....</i>	<i>87</i>
8.4	<i>FACTORES RELACIONADOS CON NECESIDADES NO CUBIERTAS</i>	<i>91</i>
8.5	<i>LIMITACIONES</i>	<i>92</i>
8.6	<i>IMPLICANCIAS</i>	<i>93</i>
9.	CONCLUSIÓN.....	95
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	97
11.	ANEXO.....	103
	<i>ANEXO N° 1: CUESTIONARIO CAMBERWELL DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES EN ANCIANOS CANE (VERSIÓN IV).....</i>	<i>103</i>

<i>ANEXO N° 2: CUESTIONARIO EUROPEAN QUALITY OF LIFE – 5 DIMENSIONS (EQ-5D)</i>	<i>130</i>
<i>ANEXO N°3: LA ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT.....</i>	<i>132</i>
<i>ANEXO N° 4: ÍNDICE DE KATZ ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA ABREVIADO</i>	<i>133</i>
<i>ANEXO N° 5: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL DISMOVILIZADO</i>	<i>134</i>
<i>ANEXO N° 6: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CUIDADOR.....</i>	<i>135</i>
<i>ANEXO N° 7: HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE DISMOVILIZADO. .</i>	<i>136</i>
<i>ANEXO N°8: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DISMOVILIZADO</i>	<i>138</i>
<i>ANEXO N° 9: HOJA INFORMATIVA PARA EL CUIDADOR</i>	<i>140</i>
<i>ANEXO N° 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CUIDADOR.....</i>	<i>142</i>

1. RESUMEN

Antecedentes: En Chile existe un claro envejecimiento de su población. De acuerdo a las cifras del Ministerio de Salud, se estima que entre un 4% y un 7% de los adultos mayores están en situación de dismovilidad. Esta población tiene un sinnúmero de necesidades insatisfechas que repercuten tanto en su salud física y psicológica y que en gran medida intentan de ser cubiertas por cuidadores informales no capacitados.

Objetivos: Describir características sociodemográficas y clínicas del adulto mayor dismovilizado y de su cuidador principal informal y determinar si existía una relación significativa entre las necesidades insatisfechas reportadas por el adulto mayor dismovilizado, factores sociodemográficos, personales y de su cuidador informal.

Método: Esta investigación fue descriptiva-correlacional. Se entrevistó a 36 adultos mayores dismovilizados pertenecientes al programa *postrado* de un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Valparaíso acerca de sus necesidades y calidad de vida. Además se entrevistó a sus cuidadores respecto de su sobrecarga.

Resultados: Este estudio arrojó interesantes datos respecto a las necesidades que los adultos mayores dismovilizados mostraron. Las áreas que presentaron un mayor porcentaje de necesidades cubiertas fueron Salud Física (86,1%), Cuidado Personal (86,1%), Alimentación (77,8%) y Dinero/Finanzas (66,7%) junto con Movilidad/Caídas (66,7%). Por otra parte las áreas que exhibieron un mayor porcentaje de necesidades no cubiertas fueron Angustia (36,1%); Actividades Diarias (36,1%) y Prestaciones Sociales (30,6%).

También, a partir de los resultados, se apreció una relación entre edad del dismovilizado ($r_s = .802$), edad del cuidador ($r_s = .362$) y el número de enfermedades del cuidador ($r_s = .491$) con las necesidades no cubiertas del dismovilizado.

Conclusión: Este estudio permitió recolectar información y establecer un perfil de las necesidades cubiertas y no cubiertas de los adultos mayores dismovilizados. Los programas y servicios de salud se centran en el paciente dismovilizado y es el cuidador quien debe capacitarse en función de los síntomas y signos físicos del adulto mayor dismovilizado, desatendiendo aspectos del enfermo de índole psicosocial. Es necesario ver tanto al dismovilizado como a su cuidador como sujetos vulnerables e implementar medidas destinadas a velar por el bienestar de ambos, pues esto tendrá repercusiones en el bienestar mutuo de la díada.

2. INTRODUCCION

Hace 20 años en Chile, es decir en la década de los 80', cobra significancia estadística un fenómeno que empieza a emerger en los setentas, se hace relevante y objeto de estudios *el envejecimiento demográfico*, las investigaciones en el envejecimiento poblacional arrojan proyecciones que establecen que en 14 años más la población de adultos mayores será de un 16% aproximadamente (INE & CELADE, 2000), el crecimiento acelerado de dicho sector etario ha movilizó una serie de medidas gubernamentales, para enfrentar esta nueva realidad chilena, que conlleva contemplar las necesidades de este grupo poblacional, desde las áreas de salud, bienestar social, recreación, entre otras para asegurar su calidad de vida.

Con esta nueva visión orientada al Adulto Mayor, es menester destacar un grupo particularmente vulnerable, el sector de adultos mayores que se encuentra dismovilizado que corresponde al 3.3% de la población de adultos mayores (Ávila, 2007), es decir, quienes ven disminuidas sus capacidades físicas al punto de perder autonomía y estar sujetos a los cuidados de otro, se espera que dicha cifra incremente en la medida que aumenten las expectativas de vida sin mejorar las condiciones de vida saludable, al alero de esta creencia es que en el año 2006 se crea el Programa Postrados (Gobierno de Michelle Bachelet) el cual tiene por finalidad mejorar la calidad de vida de la persona dismovilizada y aliviar a la familia cuidadora. Las necesidades de este grupo son múltiples y recaen en la persona que se hace cargo del adulto mayor dismovilizado, que generalmente es un familiar, quien toma la responsabilidad de satisfacerlas y así contribuir a mejorar su calidad de vida. La relación instaurada por el objetivo del Programa Postrados entre calidad de vida

y la carga de la familia cuidadora deja entrever la posible relación entre el hecho de que estén o no cubiertas las necesidades del dismovilizado tendría alguna repercusión con la sobrecarga experimentada por la persona que asume la mayor cantidad de tareas de cuidado, su cuidador. Es sobre esta temática, es decir, relación necesidades satisfechas o no satisfechas-sobrecarga del cuidador, la que se ahondará e intentará dilucidar a los largo de esta investigación.

3. PLANTEAMIENTO

Las Naciones Unidas (1985) establece que una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, más de un 7% son personas mayores de 65 años, y propone trazar la línea divisoria en los 60 años para los países en vías de desarrollo. En nuestro país, el Instituto de Estadística Nacional (INE) en su información censal, hace el corte a los 65 años, similar a los países desarrollados (Pontificia Universidad Católica, P.U.C. 1999).

En este sentido, la población de la mayoría de los países de la región evidencia cursar una fase de avanzada y progresiva transición al envejecimiento demográfico (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, 2000). En Chile, si bien este proceso se inicia a partir de la década de los setentas, comienza a ser estadísticamente significativo a mediados de la década de los ochentas y se traduce, actualmente, en estimaciones y proyecciones de un relevante incremento porcentual del grupo de adultos mayores en relación al resto de la población para los próximos veinte años (INE & CELADE, 2000.), llegando a un 16% para el año 2025, con una población superior a los 3.000.000 de personas, lo que significa que en 14 años más, uno de cada cinco chilenos será adulto mayor (Fritzche, 1993).

Este proceso de envejecimiento poblacional origina múltiples impactos en ámbitos medulares para el desarrollo de la sociedad, tales como la educación, salud, economía y en la composición de la fuerza de trabajo entre otros, lo cual conlleva la necesidad de reenfocar los esfuerzos gubernamentales a implementar cambios profundos y significativos en las políticas de estado (Tomassini, 1994).

Dicho reenfoque constituye una tarea titánica, puesto que actualmente *ser* adulto mayor en una sociedad cuya visión del envejecimiento se encuentra aún en transición desde un envejecimiento “normal” a un envejecimiento exitoso (Minkler & Fadem, 2002), implica no solo experimentar dificultades en la mantención de vínculos sociales positivos o el logro de un sentido de bienestar, sino también, acercarse a patrones culturales de envejecimiento que favorecen el establecimiento de relaciones de dependencia (Rice, Lockenhoff & Carstensen, 2002). Desde una aproximación funcional, se puede definir “dependencia” a partir del ajuste de los individuos a las demandas de su medio físico y social (Baltes, 1990), sobre este ajuste influye no solo la presencia de enfermedades crónicas, sino también la falta de motivaciones, déficits sensoriales, dolor, cuestiones sociales, factores ambientales y expectativas culturales (Devesa, 1992.). Tal es el caso de las personas en estado de postración, entendiéndose por *persona postrada* aquella que requiere de apoyo, guía y supervisión total en actividades de la vida diaria (División: Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital: Programa Adulto Mayor & Unidad de Discapacidad y Rehabilitación, 2006).

Cómo hemos señalado anteriormente, la pertenencia al grupo etario denominado *Tercera Edad* o *Adulto Mayor* y el estado de postración sitúan a la persona en un grado de dependencia, ya sea por carencia de instancias sociales que permitan su autonomía o a impedimentos físicos de la propia persona, dada una u otra de estas condiciones, o ambas cómo en el universo que deseamos abarcar en nuestra investigación, el poseer un grado de dependencia los deja al resguardo de otra persona, es decir, de un cuidador, en nuestra sociedad este rol es asumido principalmente por la familia, al alero de las propias políticas

públicas dirigidas a este grupo, las cuales desde abril de 1996 (Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, 1996) estipulan que este tipo de problemáticas debe ser resuelta por la propia comunidad, y muy especialmente en el núcleo familiar, el cual debe recibir ayuda de toda la sociedad, para llevar a cabo esta tarea. Esta labor implica diversos cambios estructurales dentro del grupo familiar, siendo el más característico, el empoderamiento de uno solo de los familiares como el principal cuidador, en este individuo recae la responsabilidad del cuidado de dicha persona, este cargo puede implicar para el cuidador ciertos grados de ansiedad, miedo, desgaste, frustración (Navarro, 1995.), entre otros, enlazados al agotamiento físico y mental que conlleva poner a disposición de otro su tiempo y energía.

Frente a esta realidad el año 2006, se contempló dentro del denominado Plan de los 100 días, dentro de sus 36 medidas, específicamente la medida 6b, el dar apoyo a personas que sufren dependencia severa y están al cuidado de sus familias, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador, evitando así la institucionalización. (División: Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital: Programa Adulto Mayor & Unidad de Discapacidad y Rehabilitación, 2006). Dicho plan surge como una medida de suplir y satisfacer diversas Necesidades de este grupo, entendiéndose necesidad como un problema para el que potencialmente existe una solución o una intervención (Cuestionario Camberwell de Evaluación de Necesidades en Ancianos, CANE Versión IV), particularmente los problemas encontrados en este universo poblacional contemplan desde los propios cuidados médicos y de higiene que requiere una persona en estado de postración hasta requerimientos del ámbito social, como lo es comunicarse, autorrealizarse, aprender,

entre otros (Henderson, 1966), actividades que lo mantienen activo y lo validan como miembro participante de su grupo familiar.

Es en este escenario que nos ponemos por objetivo indagar e identificar qué necesidades están cubiertas y cuales surgen dentro de este grupo específico de individuos, al que denominaremos *Adulto Mayor Postrado*, bajo la creencia que identificar una necesidad significa identificar un problema junto con una intervención apropiada que ayudará o aliviará la necesidad (CANE IV), adscribiéndonos a la ideología de Maslow, quien postula que a medida que los hombres satisfagan sus necesidades más básicas, desarrollaran también sus necesidades y deseos más elevados (Maslow, 1943), nos surge la siguiente interrogante: el hecho que las necesidades del adulto mayor postrado estén satisfechas en mayor o menor medida o inclusive no satisfechas ¿se relaciona con el nivel de sobrecarga de su cuidador informal?, poniendo a la base la hipótesis, que una persona con sus necesidades primarias y secundarias no cubiertas será más dependiente de su cuidador informal, al ser este quién deba suplir y encargarse de cubrir los vacíos que ocasiona tener una necesidad no satisfecha. La relevancia de nuestra investigación recae en que como producto de nuestra investigación obtendremos el insumo suficiente para la creación futura de proyectos e intervenciones de cobertura, prevención y protección a las necesidades u otras problemáticas evidenciadas en la indagación, proyectos dirigidos al grupo en su totalidad que abarca tanto a adultos mayores postrados como a sus cuidadores.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 *ADULTO MAYOR*

4.1.1 Envejecimiento

Existen diversas formas de abordar el envejecimiento. Estas pueden hacer referencia al envejecimiento de la población de un país o al envejecimiento que experimentan los individuos. Tomando la primera acepción, la cual considera los cambios demográficos relativos a la composición etaria, tratando el envejecimiento como un proceso relativo al aumento del porcentaje de adultos mayores de un país (Barrios, 1991) Chile se encontraría en una etapa avanzada de transición demográfica.

Según Carmen Barros (1991a; 1993; 1994; 1996) dentro del punto de vista general que conceptualiza el envejecimiento como un proceso social existen, a su vez, distintos enfoques. Entre ellos está el sociológico, que se centra en las características de la sociedad que influyen en la vida de los adultos mayores, como categoría social. Por otro lado, menciona el enfoque psicológico centrado en los individuos que envejecen y en el modo como enfrentan su proceso de envejecer. Y por último, la autora destaca el enfoque psicosocial, el cual combina los dos anteriores, interesándose por la forma como los individuos, miembros de una categoría social, encaran su envejecimiento dentro de un contexto social que los condiciona. (Barros, 1991a).

A partir de esta perspectiva psicosocial se conceptualiza el envejecer como un proceso de cambio -en las oportunidades que ofrece la sociedad y en las características personales- que requiere “por parte del individuo que la experimenta adaptarse a ellas” (Barros, 1999). De este modo, se consideran tanto las condiciones sociales compartidas por este grupo y, a la vez, el modo como los adultos mayores enfrentan su propio envejecer.

Envejecimiento Exitoso

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuyas características se encuentran directamente vinculadas con la forma en que la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La satisfacción de las necesidades de la especie humana es lo que condiciona la llamada “calidad de vida” y ésta es, a su vez, el fundamento concreto del bienestar social. Desde hace años, dentro de la corriente de investigación en teorías del envejecimiento, se están perfilando nuevos conceptos teóricos que aporten un mejor entendimiento del proceso del envejecimiento (Minkler & Fadem, 2002). Uno de esos conceptos es el de *envejecimiento exitoso*, que ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida (Havighurst, 1948/1972).

El envejecimiento exitoso se basa en el concepto, entre otros, de *bienestar subjetivo*, entendido éste como el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global de sus vidas (García, 2002).

Barros (1996; 1999) postula que el logro de una percepción de bienestar y un envejecimiento exitoso depende de la combinación de tres factores:

1. Las características del entorno social y las oportunidades de condiciones sociales de vida que ofrece la sociedad, que, como se mencionó en párrafos anteriores, en Chile son menoscabantes.
2. Las condiciones personales, es decir, los eventos vitales y las dificultades cotidianas que experimentan los individuos, es decir, cambios en la situación familiar, problemas económicos, entre otros.
3. El modo de enfrentamiento o adaptación a ambas condiciones por parte de los individuos que envejecen. Esta adaptación depende en gran medida de la plasticidad de los adultos mayores y de la capacidad de asumir un papel activo en la construcción de su propio envejecimiento.

En Chile, los adultos mayores suelen enfrentar las condiciones sociales de vida de un modo que se caracteriza por “significar la vejez como un periodo donde el deterioro es algo esperable y natural, causado en pequeña parte por una disminución en las condiciones físico orgánicas y en gran parte por las características de la sociedad” (Barros, 1998, p.72). De esta manera, la actitud más generalizada que asumen ante el envejecer es de resignación y apatía frente a lo que les acontece, dicha actitud termina conduciéndolos al aislamiento y autolimitación (Barros, 1996).

4.1.1.1 Envejecimiento mundial

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial que se ha acelerado desde la segunda mitad del siglo XX y viene acompañado de la disminución del porcentaje de niños y adolescentes, comprendiendo cambios en el área política, económica y social de un país.

Dicho fenómeno conlleva consecuencias en la organización y composición de las familias, la igualdad entre las generaciones, vivienda, migraciones, los estilos de vida, la salud y atención médica. En la economía se ven afectados el crecimiento económico, el ahorro, las inversiones y el consumo, los mercados laborales, las pensiones, propiedades, impuestos y transferencias de capital; y en el ámbito político, el desarrollo de planes de políticas públicas y una agenda de propuestas asociadas.

El informe demográfico de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2002) presenta las siguientes proyecciones:

- En el año 2050, la edad media mundial será de 36,2 años (1950 era 23,6, y 26,5 en 2001).
- El segmento de población que más crece es el de los mayores de 80 años.

Dentro de los 50 años siguientes, se espera que el sector etario mayor a 60 años aumente de 606 millones de personas en un total de 6.000 millones de habitantes, es de decir de aproximadamente un 10% a un 21% en un grupo poblacional de 9.322 millones de habitantes, para ese entonces. Incremente que también afecta a la población anciana, encontrando 69 millones de personas de esa edad en el año 2000 frente a 379 millones en el año 2050, lo que se traduce en un aumento de un 1% a un 4% de la población total del planeta. Inclusive sectores etarios menores como los nonagenarios y los centenarios aumentaran su población en 8 y 18 veces respectivamente. (ONU, 2002)

Otros factores asociados a este fenómeno incluyen el aumento de la esperanza de vida a 20 años más aproximadamente, de este modo quienes cumplen 60 años de edad se proyecta que vivan 17 años más si son hombres y 20 años más, si son mujeres.

Es importante destacar que a lo anteriormente mencionado se suma que para el año 2025 se estima que más de la mitad de los países de Latinoamérica experimenten un envejecimiento en su estructura poblacional:

La región está envejeciendo a un ritmo que no se ha observado en el mundo desarrollado, y la evaluación de problemas de salud y discapacidad indica que los adultos mayores están envejeciendo con más limitaciones funcionales y peor salud que sus semejantes de países desarrollados. Además, las redes familiares están cambiando rápidamente y tienen menos capacidad de suplir la falta de protección social institucional. (Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, División de Población de las Naciones Unidas, 2002)

4.1.1.2 Envejecimiento en Chile

Por su parte, Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada (Barrios, 1991), es decir, existe un claro envejecimiento de su población producto del descenso de la natalidad, fecundidad y estabilidad de la mortalidad. Al respecto, la natalidad ha tenido una disminución desde un 21,7 nacidos vivos por cada mil habitantes en el año 1992 a 16,1 en el año 2002, mientras que la tasa de mortalidad se ha mantenido estable, entre 5,5 defunciones por cada mil habitantes en el año 1992 y 5,2 defunciones en el año 2002. Actualmente, presenta una esperanza de vida media en los años 2005-2010, en ambos sexos, de 78,45 años, para hombres de 75,49 años y mujeres 81,53 años. (MINSAL. 2008)

En el presente una de cada diez personas pertenece al grupo Adulto Mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco. El Instituto de Estadísticas

(INE), en su informe de “Adulto mayor en Chile 2007” arrojó como antecedente que 2.005.684 personas en el país tienen más de 60 años, de ellos, el 56% son mujeres y el 44% hombres, y se espera que para el año 2015 los mayores de 75 años sean el 4% de la población. Este perfil epidemiológico actual, es consecuencia de la interacción entre las condiciones ambientales, los cambios en las conductas de los individuos y las intervenciones sanitarias aplicadas en las décadas precedentes, lo cual ha contribuido a mejorar en forma progresiva la condición de salud de los chilenos en los últimos 50 años, logrando ubicar al país como uno de los que presenta mejores indicadores de salud en Latinoamérica.

Lo anteriormente expuesto ha otorgado al fenómeno del envejecimiento una gran relevancia, ya que desde el punto de vista individual, no es considerado exclusivamente un proceso psicológico o biológico, sino también un proceso de construcción social, ya que los adultos mayores, en tanto grupo, comparten un rango similar de oportunidades sociales y un mismo rol social (Barros, 1991; García, 1997).

Características Epidemiológicas del Adulto mayor

Las dificultades de salud de los adultos mayores están asociadas a los procesos de cambio del organismo, que se manifiestan en lentitud de reacciones, modificaciones de las funciones motoras y de los sentidos, pérdida de la energía y disminución de las defensas frente a las enfermedades. Dichos cambios se relacionan con la vulnerabilidad y mayor propensión a enfermedades y accidentes de ese grupo etario las que podrían derivar en consecuencias físicas, psicológicas y/o sociales. Todo lo anteriormente señalado,

contribuye a una disminución de la funcionalidad de los adultos mayores, entendida esta como la capacidad de los sujetos para realizar las actividades de la vida diaria.

En un estudio, efectuado en una muestra representativa del Gran Santiago, a la cual se siguió durante 5 años, calculando su expectativa de vida total, saludable y con limitaciones desde los 65 a los 90 años de edad en mujeres y en hombres. Se observa que, de los 21 años de expectativa de vida que tiene una mujer a los 65 años, sólo el 50% estará libre de limitación funcional, que es el inicio del proceso de discapacidad. En el caso de los hombres, aunque su expectativa de vida a los 65 años es menor que la de la mujer, es decir, 18 años, 2/3 de ella transcurrirán sin limitación funcional. Es importante puntualizar que la presencia de limitación funcional en un individuo no significa necesariamente su discapacidad, es la interacción de estas limitaciones funcionales con factores sociales y ambientales lo que define su discapacidad. La mayoría de las discapacidades son prevenibles a través de intervenciones oportunas, con lo cual no sólo se obtiene una mejor calidad de vida para los adultos mayores sino que también un gran ahorro en los costos resultantes de la dependencia, pérdida de productividad y cuidado de la salud (Albala et al, 2007).

En lo que refiere a funcionalidad del adulto mayor se observa que la población bajo atención primaria es de 541.026 personas en todo el país, de los cuales, 42,8% son autovalentes; 29%, con riesgo; 24,3% dependientes y 3,3%, dismovilizados. 88,4% de los pacientes dismovilizados poseían una edad mayor a 70 años (Ávila, 2007). De acuerdo a la cifras del Ministerio de Salud, se estima que entre un 4% y 7% de los adultos mayores están dismovilizados, lo que equivale aproximadamente a 93.500 adultos mayores (5,5%). La

situación tenderá a incrementar en la medida que aumente la expectativa de vida sin mejorar las condiciones de vida saludable.

A de más de las pérdidas en cuanto a funcionalidad, en la vejez también ocurren pérdidas a nivel social, es así como se ven disminuidas las redes naturales, las cuales comienzan a achicarse y a decrecer, por lo que es fundamental la interacción entre el individuo que envejece y su medio. Carlos Sluzki (1996), describe bien este proceso: A medida que se envejece, la red social personal sufre más pérdidas, a la vez que las oportunidades de reemplazo para estas pérdidas se reducen marcadamente, puesto que la gente del grupo de referencia de esa edad tiende a morir más frecuentemente, y a la vez los adultos mayores tienen menos ocasiones sociales para hacerse de nuevos amigos y en mayor parte no están accesibles o dispuestos al esfuerzo de acomodación que depara el iniciar nuevas relaciones. Además, a medida que aumentan las dificultades para movilizarse y desenvolverse por ellos mismos incrementan los esfuerzos que deben realizarse para mantener una conducta social activa, hecho que disminuye las habilidades sociales y termina desgastando el interés en expandir el círculo de relaciones. Parte de la experiencia de depresión que parece instalarse en muchos adultos mayores de manera aguda, surge de la soledad y la consiguiente pérdida de roles, recuerdos, funciones y, en última instancia, de identidad que acompaña a la extinción progresiva de la red. (Maddox, 1982 en Fernández Ballesteros, 1999)

Debido a la gran población de adultos mayores existentes en Chile y siendo aproximadamente la cuarta parte de estos dependientes, es menester abordar el tema del envejecimiento desde distintas perspectivas, donde la familia tiene un rol preponderante,

puesto que este sector de los adultos mayores necesitan de supervisión y cuidados permanentes que generalmente son otorgados por familiares.

4.2 DEPENDENCIA FUNCIONAL (AFRONTAMIENTO A LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA)

La dependencia, regularmente se ha analizado desde el punto de vista de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las cuatro áreas de funcionamiento más estudiadas son:

Dependencia económica: se refiere a que la persona mayor debe jubilarse, pasar a formar parte de la población “inactiva” o dependiente.

Dependencia física: el envejecimiento puede provocar una pérdida de funciones corporales.

Dependencia social: la vejez se asocia a pérdida de personas y de relaciones significativas.

Dependencia mental: se relaciona con la pérdida de la capacidad de tomar decisiones. (Yanguas, Leturia, Leturia & Uriarte, 1998).

Dicha perspectiva es coherente con el planteamiento de la nueva clasificación de discapacidades de la Organización Mundial de la Salud, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), adoptada durante la LIV Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra (Suiza) en 2001, que propone el siguiente esquema conceptual para interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud:

Déficit en el funcionamiento: es la pérdida o anormalidad (desviación significativa de la norma estadística) de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental.

Limitación en la actividad: Son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades.

Restricciones en la participación: Son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales.

Barrera: Son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad.

Discapacidad: Término que se utiliza para referirse a los déficit, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (CIF, 2001).

La dependencia puede ser entendida entonces, como un proceso de merma bio-psicosocial que generalmente comienza por una disfuncionalidad física, que dependiendo de su gravedad y de las posibilidades del individuo de re-adaptarse a su medio va comprometiendo a otros en las tareas de cuidado y acomodación necesarios para desenvolverse y llevar a cabo las actividades cotidianas en esta nueva condición de vida.

4.2.1 Dependencia funcional y adulto mayor postrado

En nuestro país existe una clasificación, según el grado de dependencia en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Dentro de esta clasificación un adulto

mayor puede ser, autovalente, autovalente con riesgo y dependiente. El primero, se refiere a los adultos mayores que pueden realizar por sí mismos las actividades básicas de la vida diaria, son independientes tanto psíquica como físicamente. La segunda clasificación, indica que el adulto mayor se encuentra en riesgo, es en algún grado dependiente, por lo que requiere ayuda en algunas de las actividades de la vida diaria. La última clasifica a las personas mayores como dependientes, cuando éstas tienen algún daño físico y/o psíquico importante, por tanto se encuentran incapacitados para realizar las ABVD, requieren de una persona que los ayude (INP y Hospital Clínico U. de Chile, 2006).

La dependencia es un concepto complejo, que presenta tres características, multidimensionalidad, multicausalidad, y multifuncionalidad. La multidimensional, se refiere a que la dependencia tiene múltiples dominios: económico, físico, psíquico, etc. La segunda, se relaciona con las causas de la dependencia, las que no necesariamente tienen que ver con la vejez, pues hay personas mayores que no son dependientes, y hay personas adultas o jóvenes que sí lo son. Por último, la dependencia se asocia con cuestiones negativas, sin embargo, ésta pudiera ser solamente una función adaptativa del proceso de envejecimiento (Yanguas, Leturia, Leturia & Uriarte, 1998). Ahora dependencia referida exclusivamente a adulto mayor, añade a de más de lo antes mencionado, el entrecruzamiento con dos fenómenos sociales importantes, en primera instancia con el aumento progresivo de la esperanza de vida, lo que implica mayor cantidad de años y de posibilidad de dependencia, y en segundo lugar con los cambios producidos en la familia, institución que recibe la mayor demanda de cuidados (Kornfeld y Orellana, 2004).

Es en este contexto, que la dependencia debería entenderse como “un constructo multicausal, multifuncional, y multidimensional, donde los factores biológicos, psicológicos y sociales son todos ellos antecedentes, que inducen a la dependencia conductual, esto es, a solicitar o aceptar pasiva o activamente la ayuda de los demás” (Yanguas, Leturia, Leturia & Uriarte, 1998).

Programa de atención domiciliaria para pacientes en situación de dependencia moderada, severa o dismovilizadas

El cuidado humanizado de las personas con dependencia severa constituye una de las tareas sociales pendientes más urgentes. En este sentido, la iniciativa de entregar un apoyo a familias que cuidan, viene a constituir un punto esencial, en donde se incorporan acciones de promoción, prevención, de recuperación y rehabilitación destinadas a las personas ingresadas en el programa. A manera de paliar en parte esta situación el año 2006, la ex presidenta Michelle Bachelet, incluye dentro de las 36 medidas del denominado plan de los 100 días, la medida 6b, la cual apunta a dar apoyo a personas que sufren de dependencia severa y son cuidados por sus familias. El objetivo de esta medida es mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada (siendo aquella que requiere de apoyo, guía y supervisión total en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, continencia de esfínteres y alimentarse) y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador/a, impidiendo de este modo la institucionalización. La medida incluye la atención domiciliaria por el equipo de salud del consultorio; capacitación y apoyo comunitario a la cuidadora; y apoyo monetario a las personas que califican como pobres o indigentes, según la Ficha de los Comité de Asistencia Social (C.A.S), y son cuidados por sus familias, cuyo valor es de \$20.000, el cual es pagado a la familia cuidadora.

Actividades del equipo de Atención Primaria de Salud (APS)

Entre las actividades realizadas en el trabajo con personas dismovilizadas por parte del equipo de APS, destacan en primer lugar el diagnosticar el grado de funcionalidad a través del índice Katz (valora las actividades del diario vivir), asegurarse que la persona está siendo cuidada y reforzar la educación como cuidador de quien desempeña esa labor, entregar ayudas técnicas (sillas de ruedas, colchón y cojín anti-escaras) y realizar una capacitación para el uso de mencionada ayuda, las visitas domiciliarias contemplan además la entrega de medicamentos por parte del paramédico a cargo, visitas por parte de enfermeros, para curaciones y verificación del estado de salud del individuo y la atención de un kinesiólogo dos veces en el año para evaluar el grado de movilidad del paciente y los posibles tratamientos o cuidados, de ser necesarios (División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital: Programa Adulto Mayor & Unidad de Discapacidad y Rehabilitación, 2006).

Cuidado

“Cuidar y recibir cuidado enriquece la manera de ser, de mirar, de pensar, de compartir y participar con el otro, y la de vivir la experiencia que permite al mismo tiempo un conocimiento más profundo de sí mismo y de los demás” (Moreno, 2005).

Cuidar es una actividad que desempeña el ser humano que tiene un elemento no profesional; sin embargo, se entiende como la esencia de la enfermería profesional. Siguiendo esa idea cuidar es un acto terapéutico basado en un compromiso recíproco.

El objetivo de los cuidados va más allá de la enfermedad, cuidar es todo lo que ayuda a vivir y permite existir.

En los adultos mayores dicha ayuda o labores de cuidado van apuntadas a que las necesidades físicas, sociales y afectivas sean percibidas como satisfechas por parte del adulto mayor, lo que implica una gran inversión de tiempo y energía, conllevando tareas que pueden resultar no muy cómodas ni agradables, esto cobra mayor sentido cuando agregamos que generalmente esta labor no ha sido prevista ni planificada con anterioridad (Moreno, 2005). Por lo anterior es que la labor de cuidar a otro, específicamente a un adulto mayor, más a un adulto mayor dismovilizado, como en el caso de la presente investigación, resulta extremadamente compleja y agotadora, ya que quien decide ser cuidador ha decidido enfrentar la responsabilidad, ha decidido hacerse cargo, ha decidido cuidar a otro que no puede valerse por sí mismo.

Cuidar de esta forma, ha sido definido como un trabajo de amor, y de verdad así lo es. Quien no está reducido a una cama, voluntariamente, por responsabilidad, por amor, decide permitir que esa otra persona viva su tiempo de postración con dignidad (División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital: Programa Adulto Mayor & Unidad de Discapacidad y Rehabilitación, 2006, pág.11).

Al asumir este tipo de labor la persona debe entender que la dignificación no es sólo para quien recibe los cuidados, sino también para quien los realiza, como puntualiza Moreno (2005) contribuye en la manera que se dan las relaciones con otro, al cambiar desde pensamientos hasta comportamientos en dicha interacción.

4.3 NECESIDADES

No hay consenso en cuanto a la definición de la necesidad. Diferentes disciplinas utilizan una variedad de marcos teóricos que conducen a una gran diversidad de definiciones.

Jerarquía de Necesidades de Maslow

Maslow (1948) plantea que a medida que los hombres satisfagan sus necesidades más básicas, desarrollaran también sus necesidades y deseos más elevados. Propone también organizar estas necesidades jerárquicamente y las organiza en una pirámide que consta de 5 niveles. Los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados como «necesidades de déficit» (deficit needs o D-needs); al nivel superior lo denominó «auto-actualización», «motivación de crecimiento», o «necesidad de ser» (being needs o B-needs). «La diferencia estriba en que mientras las necesidades de déficit pueden ser satisfechas, la necesidad de ser es una fuerza impelente continua». La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención sólo cuando se han satisfecho las necesidades inferiores de la pirámide. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento ascendente en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades prepotentes hacia abajo en la jerarquía (Maslow, 1948).

Necesidades fisiológicas

Son necesidades físicas básicas, orientadas a la supervivencia y protección de la salud corporal del individuo. Dentro de las cuales son preponderantes las necesidades de respirar, beber agua y alimentarse, mantener el equilibrio de la temperatura corporal, dormir, descansar, eliminar los desechos y la necesidad de evitar el dolor.

Necesidades de seguridad y protección

Estas surgen cuando las necesidades fisiológicas se mantienen compensadas. Y hacen referencia a la necesidad de sentirse seguro y protegido, incluso de establecer ciertos límites u orden. Aquí se encuentran necesidades de seguridad física y de salud, de empleo, de ingresos y recursos, de seguridad moral, familiar y de propiedad privada.

Necesidades de afiliación y afecto:

Están relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo, son las necesidades de asociación, participación y aceptación. Se satisfacen mediante las funciones de servicios y prestaciones que incluyen actividades deportivas, culturales y recreativas. El ser humano por naturaleza siente la necesidad de relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. Entre estas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor.

Necesidades de estima:

Maslow describió dos tipos de necesidades de estima, una alta y otra baja.

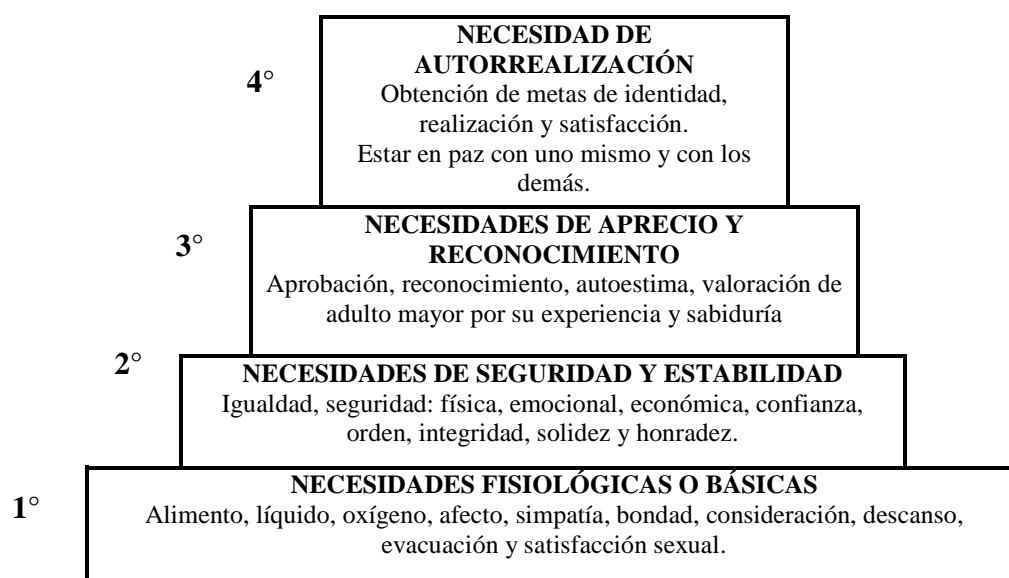
La *estima alta* concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, e incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.

La *estima baja* concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria, e incluso dominio.

La merma de estas necesidades se refleja en una baja autoestima y el complejo de inferioridad (Maslow, 1948)

Necesidades de Auto-realización:

Este último nivel es algo diferente y Maslow utilizó varios términos para denominarlo: «motivación de crecimiento», «necesidad de ser» y «autorealización». Son las necesidades más elevadas, se hallan en la cima de la jerarquía, y a través de su satisfacción, se encuentra un sentido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad. Se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, al menos, hasta cierto punto. Estas necesidades son aquellas que premian el trabajo, o el esfuerzo de las personas. Pueden estar representadas en el momento de obtener ciertos productos o servicios de lujo (Montoya & Rivera, 2009).



Adecuación de la escalera jerárquica de necesidades de Abraham Maslow, a las necesidades del adulto mayor.

Teoría de las necesidades humanas básicas de Virginia Henderson

Virginia Henderson, desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano A. Maslow, E.H. Erikson & J. Piaget, para conceptualizar la persona.

La Teoría de las necesidades humanas básicas identifica 14 necesidades en las que se desarrollan los cuidados. Se observa que las 7 primeras necesidades están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-realización. Estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas pero cuando de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud, es entonces cuando el cuidado paliativo se hace imprescindible para cubrir dichos requerimientos y para satisfacer dichas necesidades debe poseer los conocimientos suficientes para ello. Las primeras siete necesidades según la teoría de V. Henderson, se refieren a las necesidades Fisiológicas, éstas se describen como las más potentes como son: respirar, dormir, hambre, sed, y otras que son menos evidentes como: gustar, sentir, ser acariciado. Estas son las más dominantes de todas, esto significa que en condiciones de extrema insatisfacción cuando varias necesidades de esta categoría son descuidadas, la motivación para satisfacerlas llega a ser predominante. La necesidad de seguridad, se pueden agrupar en esta categoría: la estabilidad, dependencia, protección, ausencia de miedo, ausencia de ansiedad y entre otras. En el adulto se manifiesta en la búsqueda de seguridad en el trabajo, adquisición de un salario estable, seguro de salud y seguro de

desempleo. La necesidad de amor y pertenencia, la persona necesita la relación con los amigos, de tener un amor, una esposa, una familia y despliega sus energías para satisfacer estas necesidades. Esta categoría de necesidades permite comprender la importancia que algunos otorgan al vecindario y a la posesión de un terreno (Gonzales et Al, 2004).

4.3.1 Necesidades en el adulto mayor postrado

Desde el Modelo de Virginia Henderson es que se desprenden específicamente las Necesidades del Adulto Mayo Postrado. Aquí se enumeran las 14 Necesidades del Modelo de Virginia Henderson:

1. *Necesidad de respirar*: Términos que se deben valorar son la amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.
2. *Necesidad de beber y comer*: Términos que se deben valorar son los alimentos consumidos, apetito, saciedad, equilibrio hidroelectrolítico, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, estado nutricional.
3. *Necesidad de eliminar*: Términos que se deben valorar son la defecación, diuresis, micción, heces, sudor
4. *Necesidad de moverse y mantener una buena postura*: Términos que se deben valorar son la amplitud de movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, pulsación, ritmo, tono muscular.
5. *Necesidad de dormir y descansar*: Términos que se deben valorar son el descanso, sueño, ritmo circadiano

6. *Necesidad de vestirse y desvestirse*: Términos que se deben valorar son la capacidad de vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada.
7. *Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales*: Términos que se deben valorar son la temperatura, ambiente, abrigo.
8. *Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos*: Términos que se deben valorar son las faneras, piel, mucosas, condiciones higiénicas
9. *Necesidad de evitar los peligros*: Términos que se deben valorar son el entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.
10. *Necesidad de comunicarse*: Términos que se deben valorar son la accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo.
11. *Necesidad de actuar según sus creencias y valores*: Términos que se deben valorar son las creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores.
12. *Necesidad de ocuparse para realizarse*: Términos que se deben valorar son la autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración
13. *Necesidad de recrearse*: Términos que deben valorarse son la diversión, juego, ocio y placer.
14. *Necesidad de aprender*: Términos que deben valorarse son el aprendizaje y la enseñanza (Henderson V, 1966)

4.3.2 Necesidades en salud

Los epidemiólogos clasifican a las necesidades de las poblaciones con base en la medición de la morbilidad, la mortalidad, los indicadores socio-económicos, el uso del servicio y la

prevalencia y la incidencia de las tasas de trastornos particulares (Asadi-Lari, 2003). Desde una perspectiva social, Bradshaw (1972), distingue entre *necesidad normativa* (definida por los expertos), *necesidad sentida* (lo que la gente quiere), *expresar la necesidad* (utilización de servicios) y la *necesidad comparativa* (en relación con cualquiera de la similitud o diferencias en las necesidades de las personas en diferentes zonas geográficas). Dentro del campo de la salud, Brewin et al., (1987) señalaron que la necesidad está presente cuando el nivel de funcionamiento de la persona está por debajo, o amenaza con caer por debajo de un nivel especificado. Además, la distinción se ha hecho entre tres conceptos: la necesidad, la demanda y la oferta. Necesidad se define como la capacidad de beneficiarse de la atención de la salud, la demanda se refiere a lo que la gente pide, y la oferta se define como lo ofrecido (Stevens & Gabbay, 1991). Por otra parte, diferentes concepciones de la necesidad conlleva a diferente información sobre la cantidad y la calidad de las necesidades y los cuidados requeridos (Carter et al, 1995; Middleton et al, 1996). En este estudio, la necesidad se define como "un problema con un posible remedio o intervención" (Phelan et al, 1995; Orrell & Hancock, 2004).

4.4 CALIDAD DE VIDA

El concepto de Calidad de Vida aparece después de la segunda Guerra Mundial, siendo usado para destacar que no solamente se requiere de la riqueza material para tener una *buena vida*. No obstante sería en la década de los 80 que iniciaría su desarrollo y difusión tanto teórica como metodológica, tras la aparición del término en las revistas *Social Indicators Research* en 1974 y en el *Sociological Abstracts* de 1979. Con toda la

investigación realizada los últimos 20 años, aún no hay un acuerdo respecto a su definición debido a la naturaleza compleja de la vida.

Por lo mismo existen distintas definiciones con las que se refiere el concepto, como la difundida por la Organización Mundial de la Salud (1994) quien la concibe como "la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones". Otras definiciones hacen referencia de cualidades que hacen satisfactoria y amable la vida, que tiene como componentes el bienestar físico, psíquico y su calidad moral, como la interacción y compañía de otros. En su versión más general la calidad de vida es:

Una categoría social, económica y política, que se sustenta en un determinado desarrollo económico, cultural, jurídico, ético y en un sistema de valores que por consenso acuerda la sociedad. Constituye un concepto dinámico de asociaciones causales diversas y que tiene, por tanto, un carácter multidimensional. (García, 2005. Pág. 1-2)

Por lo mismo a la hora de hallar una definición general del concepto de calidad de vida, existen algunos puntos conflictivos y debatidos que es necesario tener presente:

Primeramente como se habrá observado en el párrafo anterior, hay que determinar si al referirnos con *calidad de vida* hablamos de una entidad unitaria, o por el contrario se le considera como un constructo compuesto por una serie de dominios. Fernández Ballesteros (1998) sostiene que a pesar que el término *calidad* del cuál se constituye este concepto refiere a las

propiedades, atributos o características que constituyen un determinado objeto, la vida supone una amplia variedad de cosas, las cuales caracterizan y diferencian a los seres vivos, y pueden examinar desde diferentes perspectivas, razón por la que el concepto *calidad de vida* necesariamente debe ser considerado multidisciplinar (Ballesteros, 1998).

Un segundo tema trata si el concepto tiene que hacer referencia a la percepción subjetiva de los propios individuos, o ha de comprender consideraciones objetivas. Sin embargo definirlo haciendo uso exclusivo de algunas de estas consideraciones sería reducir y empobrecer un termino extraordinariamente diverso, y por lo mismo invalidarlo. “La vida establece unas condiciones objetivas y la existencia humana proporciona conciencia y reflexión, es decir, subjetividad” (Fernández, 1998. Pág. 2). Las cuáles no pueden ser ignoradas.

Finalmente si se puede establecer una calidad de vida general para todos los sujetos o si es cada uno quien establece que interviene en la “calidad” de su vida, es decir, si se refiere a una conceptualización única y general (nomotética) del concepto, que permita ser aplicable a todos los individuos o, más bien debería ser el propio sujeto quien definiera el concepto. Fernández Ballesteros (1998) afirma que hay algunos autores que mantienen que solo el sujeto puede decidir los elementos que determinan la calidad de su vida, ya que el concepto hace referencia a aspectos subjetivos, en cambio otros autores basándose en las necesidades básicas del ser humano, asumen que si bien pueden haber variaciones en el grado de importancia que cada sujeto otorga a los componente de calidad de vida es improbable que se difiera respecto a cuales son dichos componentes.

Lo que queda claro en las últimas publicaciones sobre la definición de *calidad de vida*, es que al tratarse de un término multidimensional, incluye un número de dimensiones que reflejan los valores positivos y las experiencias de la vida. Pero, estas dimensiones son sensibles a las diferentes perspectivas culturales y vitales que están relacionadas con estados deseados relativos al bienestar personal. (Verdugo, 2006)

4.4.1 Calidad de vida en el adulto mayor postrado

Esta etapa (vejez) supone uno de los contextos en los que calidad de vida más se ha investigado, donde es comúnmente aceptado que las necesidades y aspiraciones relacionadas con una vida de calidad se vean afectadas por situaciones y experiencias vividas a lo largo de esta etapa, que provocan una serie de pérdidas o disminuciones de las capacidades, condiciones y/o elementos que comúnmente están involucrados en la vida y que, por tanto, resienten la calidad de vida de los adultos mayores.

La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada; sin embargo, el inicio de la vejez está muy relacionado con la edad fisiológica. Por lo tanto calificar esta etapa como un período de pérdidas sería reducirla, pues son las percepciones y evaluaciones de las personas, respecto a los recursos y estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestos, los que calificarán esta etapa como una de plenitud o de carencias.

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales. Concepto que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad; pues es uno de los más utilizados en las ciencias sociales y en la planificación social, tanto a nivel de la planificación y como en la evaluación de los servicios.

El concepto de calidad de vida debe incluir las cualidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma la necesidad de identificar tanto los elementos objetivos como los subjetivos que intervienen. La calidad de vida en la vejez dependiente necesariamente implica el apoyo social y familiar, para que puedan seguir desarrollando todas sus potencialidades hasta el último momento.

Como evidencia Aranibar (2008) las grandes investigaciones y producción teórica referente al envejecimiento y a la vejez de América Latina proviene de grandes organizaciones internacionales, quienes han intentado llegar a un análisis más global y cualitativo, que nos permita saber las condiciones de vida de las personas mayores. No obstante, la poca rigurosidad metodológica de algunas de estas elaboraciones no han permitido la generalización de los hallazgos, quedando en el ámbito de lo anecdótico, no se ha llegado a un nivel de conocimiento que permita la certeza que se requiere para una adecuada conceptualización de la calidad de vida en la vejez, material clave para su uso como instrumento eficaz de programación y planificación social.

La situación de las personas mayores en la región es variada, pero en general no hay una satisfacción en temáticas tales como ingresos, salud e integración, debido que los últimos años de la vida las oportunidades no siempre aseguran calidad. Otros datos sobre esta temática son los referidos a la encuesta realizada el 2007 por la Pontificia Universidad Católica de Chile, donde se concluyo que:

La percepción de bienestar entre los adultos mayores chilenos está bien segmentada, estando claramente más satisfechos quienes realizan actividades significativas, como salir de casa y leer, y los que tienen más habilidades psicosociales para enfrentar los cambios que ocurren al envejecer. (PUCV, 2007, p. 15)

Resultados que muestran que un 56% de los encuestados dice estar satisfecho con su vida (en los últimos seis meses). Al contrario de un 44% afirma estar poco satisfecho e insatisfecho. En este estudio se constata que son las áreas de económica, salud y actividad física las que exhiben peores condiciones de vida entre los adultos mayores, con 60%, 62% y 65% regular a malo respectivamente.

4.4.2 Calidad de vida relacionada con la salud

La Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) para Nelson y otros (2003) es “una medida de la salud física y la funcionalidad del paciente, propio de las evaluaciones médicas, pero sin el énfasis en las experiencias y percepciones de los pacientes sobre la enfermedad”, definición limitada que es utilizada usualmente al referirse a este concepto. Sin embargo, Schumaker y Naughton (1996) conciben este concepto como “la percepción

subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”. Percepción que refiere al impacto de la salud observado en la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria, la cuál relaciona tanto el impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario; como las consecuencias en el bienestar físico, emocional y social.

Este concepto ha adquirido gran importancia por su utilidad como medida de niveles de salud y bienestar en el individuo y la población en general. Pero como algunos de los componentes de Calidad de Vida relacionada con salud no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas y en teoría, se asume que hay un valor verdadero de Calidad de Vida que puede medirse indirectamente por medio de escalas.

El instrumento EuroQol 5D (EQ-5D) constituye un instrumento genérico para la medición de la CVRS y se utiliza tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías, produciendo valores que reflejan la preferencia de los individuos por los estados de salud, compuesto por distintos ítems de diferentes dimensiones que permiten estimar el cálculo de los años de vida ajustados por calidad. Las ventajas que tienen estas herramientas genéricas es que permiten evaluar la utilidad de los tratamientos integrando mortalidad y morbilidad.

4.5 CUIDADOR

Este término se define como "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."(De los Reyes, 2001.)

El cuidador generalmente no tiene la capacitación suficiente para afrontar las situaciones que se presentan, afectándose física y psicológicamente; esto interfiere en el manejo adecuado del enfermo y su evolución, provocando al mismo tiempo una sobrecarga en el cuidador. "El proceso de ajuste a la nueva situación, suele llevar asociadas tensiones y dificultades que harán necesario el empleo de adecuadas habilidades de afrontamiento, tanto por parte de los cuidadores como de la persona dependiente" (Barrera & Duarve, 2008).

Ahora bien, el cuidado en el hogar conforma casi en su totalidad el sistema informal de cuidados; frente a este sistema, Toronjo Gómez expresa: "Este término incluye todas las personas que no pertenecen al sistema formal de servicios y que por una u otra razón atienden necesidades de cuidados de otras personas dependientes y no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen"(Toronjo, 2001, pág.59) . También señala cómo el sistema informal no es normativo, pues está constituido por una experiencia del diario vivir, contiene una fuente de afecto y reciprocidad a largo plazo y está abierto a todos los conocimientos de las personas y de los contextos.

Por otra parte, el cuidador familiar, según Rosenbaum (1986) “es aquella persona de la familia que asume primordialmente la responsabilidad de proveer acciones de soporte, que asiste o ayuda a un miembro de la familia con necesidades evidentes o anticipadas, objetivando una mejora de la calidad de vida”; también el cuidado familiar, además de incorporar el apoyo o la realización de las actividades cotidianas, se acompaña del afecto, en tanto quienes lo ejecutan son familiares o allegados a la persona cuidada.

Es importante tener en cuenta que el cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimiento. (Giraldo, Franco & Correa, 2005, pág.7-15)

4.5.1 Características del cuidador

En un estudio realizado en Chile por Vidal et Al (1998), a cuidadores/as de personas que sufren Alzheimer en localidades rurales y urbanas, se encontró que los cuidadores/as en un 83% de los casos era familiares del paciente, principalmente hijos-hijas, esposo-esposa, yerno-nuera. Sólo 17% corresponde a otros cuidadores como por ejemplo personas remuneradas, amigos o vecinos El 84% de los cuidadores son de sexo femenino y el promedio de tiempo de cuidado es de 7 años.

La asistencia por parte de los hijos se percibe desde la perspectiva de una esperada reciprocidad, como retribución de las funciones de crianza llevadas a cabo por los progenitores y fundamentada en el amor filial. Es más, el apoyo filial gira en torno a la pauta cultural de interdependencia familiar, que implica una concepción de la vida fundamentada en la premisa de que el

individuo no es capaz de hacer todas las cosas ni hacerlas bien y que, por lo tanto, ha de depender de la asistencia de otros. (Sánchez, 2008).

En el caso de madres viudas o incapacitadas, las expectativas de asistencia por parte de las hijas es mayor. Las adultas mayores perciben a sus hijas como más comprensivas, confiables y mejor capacitadas que sus hijos para ayudarles en sus problemas. En el caso de que no hubiera descendencia femenina, las funciones entorno al cuidado las desempeñan las nueras (SENAMA, 2007).

Sumado a la labor de otorgar cuidados, una de las tareas más estresantes, en el caso de la mujer es el trabajo que realiza como dueña de casa. “el 41,7% de éstas manifiesta sentir altos niveles de estrés” (Sanhueza, 2008) El estrés, generalmente ligado a labores remuneradas que exigen un alto nivel de competencia y auto exigencia laboral, también está relacionado a las tareas de la dueña de casa. Ser dueña de casa implica una tarea de 24hrs, se supone un esfuerzo físico, exposición a múltiples riesgos, y sobrecarga emocional, sentimientos de inutilidad por no contribuir con recursos monetarios y percepción de desvalorización de su trabajo. Además, la labor como dueña de casa incrementa su responsabilidad y carga al estar fuertemente unida al rol de madre, de crianza de los hijos y de pareja. Debido al ejercicio de este último rol, es importante considerar el estado civil, ya que permite la identificación de una de las fuentes de apoyo, ya sea esposo o conviviente, con el que puede contar la cuidadora en caso de aumento de la carga.

4.5.2 Síndrome de sobrecarga del cuidador

Se denomina carga como el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad (Izal-Fernández & Montorio-Cerrato, 1994. Pág. 201).

Los problemas más comunes que puede presentar el cuidador son: Deficiente ayuda familiar, tiempo limitado de descanso y ocio, dificultades económicas, insatisfacción de necesidades propias, conflictos familiares o conyugales, pérdida de relaciones sociales, conflictos laborales, desconocimientos de la enfermedad y su manejo.

La sobrecarga que experimenta el cuidador puede causar importantes trastornos psicológicos, que se detectan cuando alguno de los síntomas se agudizan, siendo estos: Agresividad, gran tensión, aislamiento progresivo, depresión, cansancio, ansiedad. A estos trastornos se le suman algunas manifestaciones afectivas, tales como: Pena, culpa, enojo, rabia, vergüenza, impotencia, inseguridad, frustración y resentimiento.

De acuerdo a los antecedentes que se presentan en relación al escenario del cuidado informal, se plantea una relación entre tres componentes que son: estresores, consecuencias, resultados del cuidado y variables moduladoras. Los estresores son las demandas y tareas que realiza el cuidador, tanto por la persona cuidada, como por la propia situación que el cuidado crea. Los resultados o consecuencias se refieren a aquellos que la experiencia del cuidado hace surgir en el cuidador. El tercer componente esencial, son las variables

moduladoras: El apoyo social y el afrontamiento, que regulan el efecto de los estresores que aparecen durante el transcurso de la provisión de cuidados. (Yanguas, M. Leturia & F. Leturia, 2001).

Para aliviar la sobrecarga que conlleva el cuidar a una persona enferma, existen patrones de adaptación o afrontamiento, existiendo una variación en las respuestas adaptativas de los individuos.

Fases de adaptación a la situación de cuidado

Ante un cambio de situación como lo es hacerse cargo completamente de un familiar, la persona atraviesa por una serie de procesos de adaptación:

Negación o falta de conciencia del problema: En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como recurso para controlar miedos y ansiedades. Esta fase es, normalmente, temporal.

Búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles: A medida que la persona que proporciona los cuidados va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta de que la enfermedad de su familiar no solo va a influir en la vida de este, sino también que va a alterar su propia vida y la de las personas que le rodean. En esta fase, los cuidadores suelen comenzar a buscar información para aprender lo máximo acerca del trastorno que sufre su familiar y sobre sus posibles causas. En este momento son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de “malestar” por la injusticia que

supone el que les haya “tocado” vivir a ellos esta situación. El enojo es una respuesta humana natural ante situaciones vitales complejas, como la pérdida de control sobre su propia vida y las circunstancias asociadas.

Reorganización: Los cuidadores cuentan con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, la persona que cuida dispondrá de herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del cuidado. La persona que proporciona los cuidados se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida.

Resolución: En esta fase, los cuidadores son más capaces de manejar con éxito las demandas de la situación, siendo más diestros en la expresión de sus emociones, especialmente de tristeza y pena. Debido a que un alto porcentaje de las personas que proporcionan cuidados a los adultos mayores postrados corresponden a mujeres, es fundamental conocer la etapa del desarrollo psicosocial y del ciclo vital en que estas se encuentran, pues muchas de ellas deben postergar su desarrollo, no cumpliendo con las tareas planteadas para cada etapa. (Yanguas, M. Leturia & F. Leturia, 2001)

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe una relación significativa entre las necesidades no cubiertas reportadas por el adulto mayor dismovilizado y factores propios y de su cuidador informal principal.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Describir características sociodemográficas y clínicas del Adulto mayor Dismovilizado.
- 2.- Describir características sociodemográficas y clínicas del Cuidador informal principal.
- 3.- Determinar si existe una relación significativa entre necesidades no cubiertas reportadas por el adulto mayor dismovilizado y factores sociodemográficos, personales y de su cuidador informal principal.
- 4.- Determinar si existe una relación significativa entre necesidades no cubiertas reportadas por el adulto mayor dismovilizado y su calidad de vida.

5.3 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

H1: Mientras mayor sea el nivel de sobrecarga del cuidador, mayor será el número de necesidades insatisfechas reportadas por el adulto mayor dismovilizado.

H2: Mientras mayor sea el número de necesidades insatisfechas reportadas por el adulto mayor dismovilizado peor será su calidad de vida.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE DISEÑO Y DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es descriptiva-correlacional, cuyo diseño es de tipo no experimental-transeccional. Se pretende por una parte describir las necesidades insatisfechas y calidad de vida en un grupo de adultos mayores postrados pertenecientes al programa *postrado* de un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Valparaíso; y por otra parte describir la relación entre estas variables y la sobrecarga en el cuidador mediante instrumentos cuantitativos. Al no existir en esta investigación manipulación de las variables, observándose el fenómeno tal cómo se presenta, y estableciéndose la medición por única vez, las conclusiones que nos permite extraer esta indagación se ajustan sólo al grupo de personas abordadas en este estudio de tiempo único.

6.2 MUESTRA

El estudio se realizó en El Centro de Salud Familiar Marcelo Mena de Valparaíso. Dentro de las múltiples actividades que realiza este programa, se encuentran diversas actividades orientadas a las personas de mayor edad en situación de dismovilización. De esta población fue recolectada la muestra para el presente estudio, la cual es de tipo no probabilística (intencionada). Los criterios de inclusión fueron el rango de edad de las personas (de 65 años y más) y en la actualidad encontrarse bajo el diagnóstico de postrado.

6.3 PROCEDIMIENTO

Se tomó la decisión de contactar a los encargados del programa postrado correspondiente al CESFAM Marcelo Mena, para acceder a las personas de dicho programa.

Las personas que aceptaron participar en el estudio fueron localizadas por los examinadores y entregaron su consentimiento informado. Se acordó una visita domiciliaria para aplicar los instrumentos de evaluación.

6.4 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

6.4.1 Cuestionario Camberwell de Evaluación de Necesidades en Ancianos CANE

(Versión IV)

El CANE es un instrumento diseñado específicamente para medir las necesidades de las personas con trastornos psiquiátricos de edad avanzada. El instrumento parte de la base de que identificar una necesidad significa identificar un problema junto con una intervención apropiada que ayudará o aliviará la necesidad. Se exploran 24 áreas relativas al usuario y 2 (A y B) relativas al cuidador. Cada área dispone de 4 columnas, para recoger uno o más puntos de vista: el del usuario, de algún staff (profesional miembro del equipo asistencial), del cuidador o de un evaluador (clínico / investigador). Cada Área se compone de cinco secciones.

SECCIÓN 1: Su objetivo es evaluar si actualmente hay una necesidad en esa área específica.

Se define necesidad como un problema para el que potencialmente existe una solución o una intervención.

SECCIÓN 2: Esta sección pregunta acerca de la asistencia proporcionada por fuentes informales durante el mes pasado. Las fuentes informales incluyen familia, amigos o vecinos.

SECCIÓN 3:

- A. La primera parte de esta sección pregunta si el usuario recibe alguna asistencia de los servicios de la zona para ayudarlo en esa necesidad. Este apoyo formal incluye cuidadores remunerados, atención de tipo residencial, internamiento en unidad de larga estancia, atención formal de respiro, centros de día, hospitales, enfermería psiquiátrica comunitaria o atención por otro profesional.
- B. La segunda parte de la sección 3 interroga al entrevistado sobre las ayudas formales que él cree que el usuario *requiere*, usando la misma escala que en el punto (A) de la sección 3. Esta segunda parte puede mostrar una necesidad insuficientemente cubierta, cuando la persona está recibiendo menos de lo que requiere, o una cobertura excesiva de la necesidad, si la persona está recibiendo un grado de servicios superior al que necesita.

SECCIÓN 4:

- A. En la primera parte de esta sección se cuestiona si la persona aprecia que el usuario está recibiendo la ayuda correcta para su problema.

B. La segunda parte de la sección 4 pregunta al usuario su grado de satisfacción con la asistencia que está recibiendo.

SECCIÓN 5: Esta sección abierta se destina a anotar los detalles de la evaluación individual y los detalles de la ayuda que el usuario recibe y requiere (particularmente, la naturaleza de las necesidades no cubiertas identificadas) para así formular un plan de acción.

De este instrumento se desprenden los siguientes resultados de las pruebas de Validez y Confiabilidad:

Aspecto		evaluado		(n)	
Validez	Validez de	Convergente	26		r = 0,66
	Constructo	Divergente	26		r = 0,6
	Validez de	Criterio	26		r = 0.68
		externo			
Confiabilidad	Consistencia	Alfa de	53		0,83
	interna	Cronbach			(0,78 – 0,88)

Confiabilidad Coeficiente			
inter-observador	Correlación Intraclase (CCI)	53	0.99 (IC 95% 0.99-1.00)
		0.87	0.93
		0.97	
Confiabilidad en Estabilidad	Kappa en Test – Retest	53	0.92) Para calificaciones de los pacientes
			(IC 95% 0.78 a 0.96) Para calificaciones del cuidador
			(IC 95% 0.93 a 0.98) Para calificaciones del personal.

6.4.2 Cuestionario European Quality of Life – 5 Dimensions (EQ-5D)

El cuestionario EQ-5D es un instrumento genérico de medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, elaborado por el EuroQol Group, puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El EQ- 5D esta compuesto de tres partes:

Sistema descriptivo EQ 5D: Donde el encuestado indica su estado de la salud (Percepción subjetiva) marcando la respuesta más apropiada a su condición de salud en ese momento, entre las tres opciones posibles en cada una de las 5 dimensiones.

EQ VAS: La Escala Análoga Visual (VAS) es una escala vertical de 20 cm graduada en unidades en que van del 0 a los 100 puntos, en el que el máximo representa el *mejor estado imaginable de la salud* y en la parte mas baja, grafica el *peor estado imaginable de la*

salud. Donde el encuestado valora su estado actual de salud (auto-percepción) dibujando una línea desde la señal que dice *su propio estado de la salud hoy* hasta el punto que represente mejor su salud.

Índice EQ-5D: Este convierte el resultado de las 5 dimensiones del sistema descriptivo de EQ-5D en un índice agregado del estado de salud, a través de la aplicación de los resultados de un conjunto estándar de preferencias ponderadas y derivadas de estudios de una población general. Por lo que puede ser considerado como una valoración social del estado de la salud del encuestado.

De los estudios realizados con este instrumento en nuestro país (Calidad de vida relacionada a la salud (hr-qol) en población general. Chile, 2005) se desprenden los siguientes resultados de las pruebas de Validez y Confiabilidad:

Aspecto		(n)
evaluado		
Validez	Validez de Constructo	4335
	Convergente	
<p>La validez convergente de EQ-5D se midió correlacionando las dimensiones de esta con las escalas de SF-36v.2, hallandose una fuerte correlación (0,63) entre la dimensión Dolor/Malestar (EQ-5D) con Dolor Corporal (SF-36) y entre la dimensión Angustia / Depresión (EQ-5D) con la escala Salud Mental (0,60).</p>		

			Las dimensiones, Dolor/Malestar y Angustia/Depresión de EQ-5D se correlacionan moderadamente con EQ-VAS y fuertemente con los índices USA-2002 y UK-1993. En el total de la muestra, existe una correlación moderada (0,59) entre el índice EQ-VAS y los índices USA-2002 y UK-1993. Las dimensiones Movilidad y Actividades Habituales de EQ-5D se correlacionan moderadamente con los índices EQ y débilmente con EQ-VAS. La dimensión Cuidado Personal se correlaciona débilmente con EQ-VAS y ambos Índices.
	Discriminante	4336	
Confiabilidad	Confiabilidad	Coefficiente	
	inter-observador	Correlación Intraclase (CCI)	0,32 (IC 95% 0,30 a 0,33) y 0,70 (IC 95% 0,68 a 0,71)
		4335	Medición Individual y Medición Promedio

6.4.3 La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

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

socia a mayor morbi-mortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador. De la validación realizada en Chile (Breinbauer et Al, 2008) se desprenden los siguientes resultados de las pruebas de Validez y Confiabilidad para ambos instrumentos:

Aspecto evaluado		Prueba Estadística	(n)	Escala de Zarit (EZ)
Validez	Constructo	Correlación de Pearson		0,67
		de con indicador único de 32 sobrecarga ^b		p<0,05
	Validez de Correlación entre	Correlación de Pearson	32	0,7
		con depresión ^b		p<0,01
Criterio externo	puntuación EZA con 32 EZ (Gold-Standard) ^b		-	
Confiabilidad	Consistencia interna			
		Alfa de Cronbach ^a	32	0,87
Confiabilidad	Confiabilidad inter-observador			
		Coficiente Correlación Intraclase 22 (CCI) ^c		0,86 (0,81 – 0,91 ^d)

Confiabilidad				
en Estabilidad	Kappa	en	Test	– 0,91
				22
	Retest ^c			(0,68 – 0,99 ^e)

^aValores en Alpha de Cronbach mayores a 0,75 son considerados como alta consistencia interna

^bValores en Pearson mayores a 0,5 con $p < 0,05$ traducen una correlación fuerte entre ambas variables.

^cValores en CCI y Kappa mayores a 0,6 son considerados como acuerdo sustancial entre dos evaluaciones, y mayores a 0,8 como acuerdo casi perfecto entre dos evaluaciones.

^dIntervalo de Confianza de 95%

^eRango de Kappa obtenido al evaluar independientemente cada uno de los 22 indicadores.

^fRango de Kappa obtenido al evaluar independientemente cada uno de los 7 indicadores.

6.4.4 Índice de Katz actividades básicas de la vida diaria abreviado

Surgido en 1959 con el fin en un principio de delimitar y definir el concepto de dependencia en sujetos con fractura de cadera, es probablemente la escala más utilizada. Mide dependencia de otros y pretende ser jerárquica, permitiendo categorizar en niveles de dependencia (A-B-C).

El índice de Katz tiene 6 ítems ordenados jerárquicamente según la forma en la que los enfermos pierden y recuperan las capacidades. Los clasifica en Dependencia Leve (DL) Dependencia Moderada (DM) Dependencia Severa o Postrado (P). Este índice valora la capacidad para realizar el cuidado personal valorando independencia o dependencia en bañarse, vestirse, usar el retrete, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse (siguiendo este orden). Se correlaciona con el grado de movilidad y confinamiento en casa

tras el alta hospitalaria, probabilidad de muerte, hospitalización e institucionalización. (Norma de Cuidados Domiciliarios de Personas que sufren Discapacidad Severa, 2006)

Posee una buena reproducibilidad intraobservador, aunque es mejor en los pacientes menos deteriorados, encontrándose en todos los estudios coeficientes de correlación (r) entre 0.73 y 0.98. La reproducibilidad interobservador también es alta. Inicialmente su autorencuentro diferencias en un máximo de una de cada 20 evaluaciones 2; en otros estudios realizados posteriormente, esta cualidad métrica de la escala mostró valores semejantes. La consistencia interna del índice y la jerarquía de los ítems han sido corroboradas en múltiples estudios

En cuanto a la validez de la escala, es fundamentalmente de contenido y de constructor. Desde su publicación ha sido utilizado como patrón respecto al que comparar la validez concurrente de otros índices de valoración funcional más recientes. La sensibilidad para detectar cambios pequeños en la situación funcional de los pacientes es aceptable. (Programa de atención a enfermos crónicos dependientes)

6.5 PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se utilizó el software SPSS 19. Con el fin de caracterizar a los participantes de este estudio se realizaron análisis descriptivos, mientras que con el objetivo de evaluar las relaciones existentes entre las distintas variables y la salud mental, se llevaron a cabo análisis no paramétricos tales como U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y

análisis correlacionales. Para todos los análisis se consideró un nivel de significancia de 0.05.

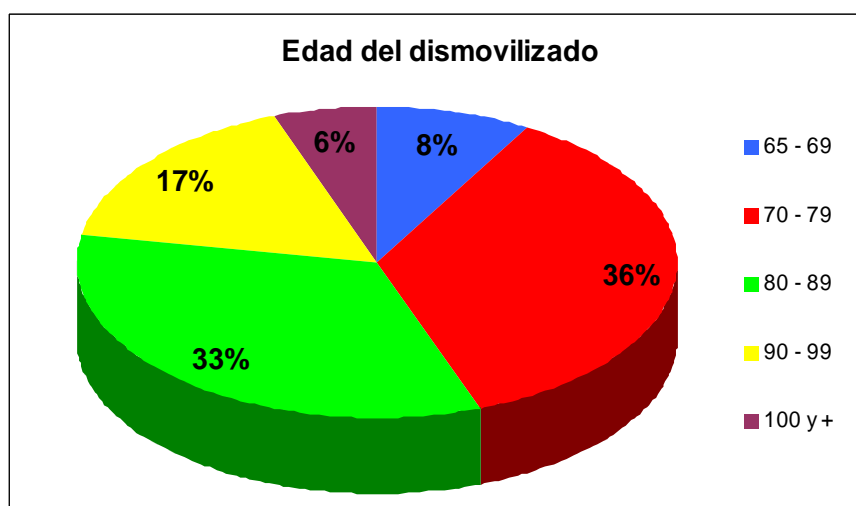
7. RESULTADOS

7.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

7.1.1 Características sociodemográficas del dismovilizado

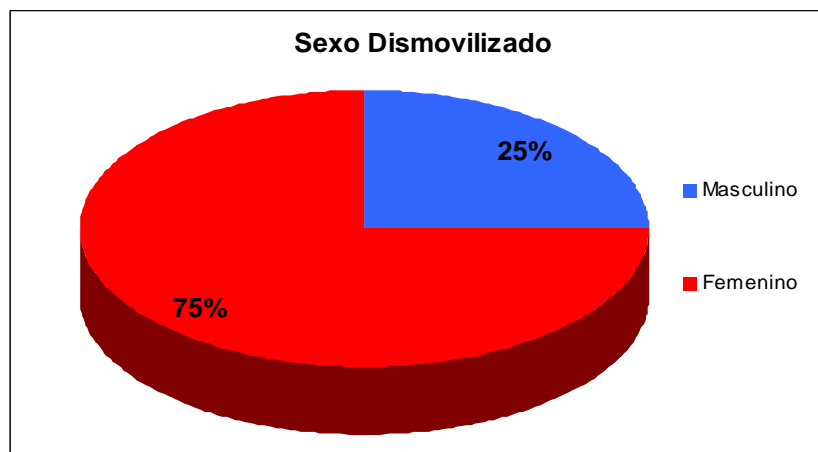
En el grupo de adultos mayores dismovilizados entrevistado el rango de edad comprendió entre 65 a más de 100 años, donde el promedio de edad fue de 82 años. La mayor cantidad de personas tenía entre 70-79 (36,1%) años, seguido 80-89 (33,3%) años y una menor cantidad presentaba entre 90-99 (16,7%) años. La población de 65 y 69 (8,3%) y más de 100 (5,6%) años.

Gráfico N° 1. Porcentajes: Edad del adulto mayor dismovilizado



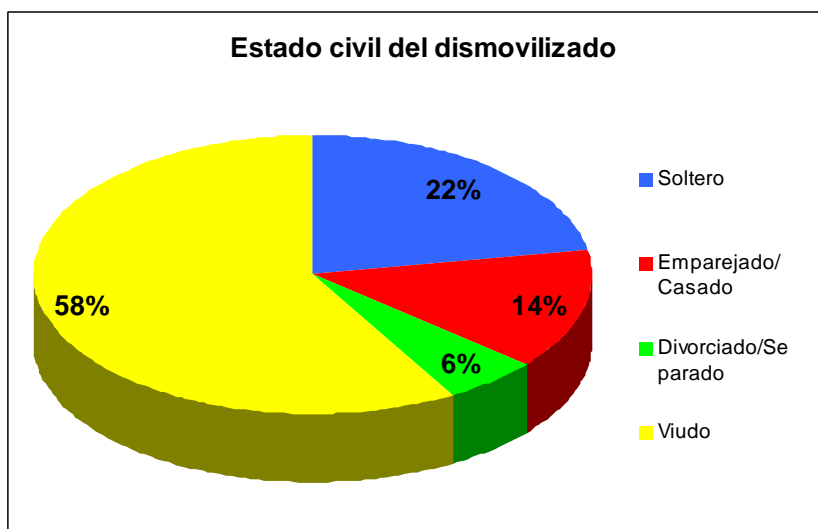
En la muestra analizada, el 75% de los adultos mayores dismovilizados eran mujeres y el 25% estaba conformada por hombres.

Gráfico N° 2. Porcentajes: Sexo del adulto mayor dismovilizado



En cuanto a estado civil, un 58,3% de los adultos mayores dismovilizados eran viudos; el 22,2% de ellos eran solteros; el 13,9% tenían pareja; y sólo un 5,6% eran separados.

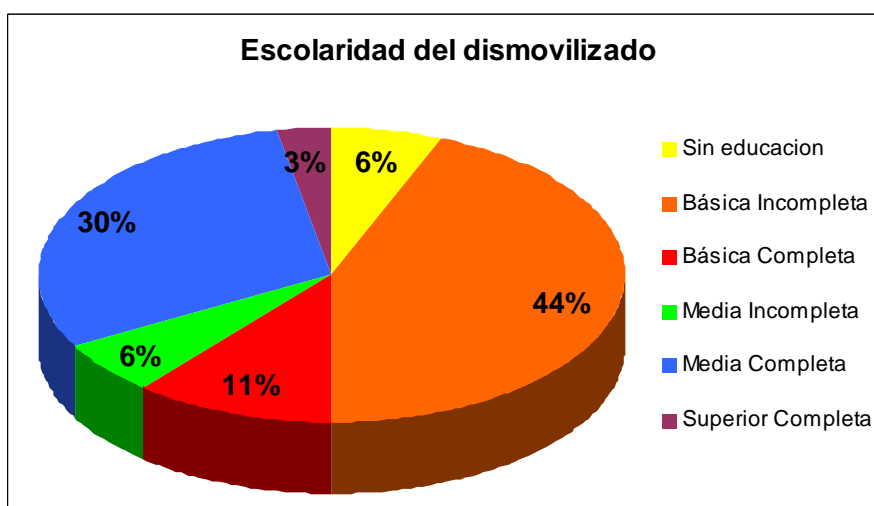
Gráfico N° 3. Porcentajes: Estado civil del adulto mayor dismovilizado



Respecto a la escolaridad un 44,4% de los adultos mayores dismovilizados tuvo una educación básica incompleta, un 30,6% terminó su educación media, un 11,1% terminó la

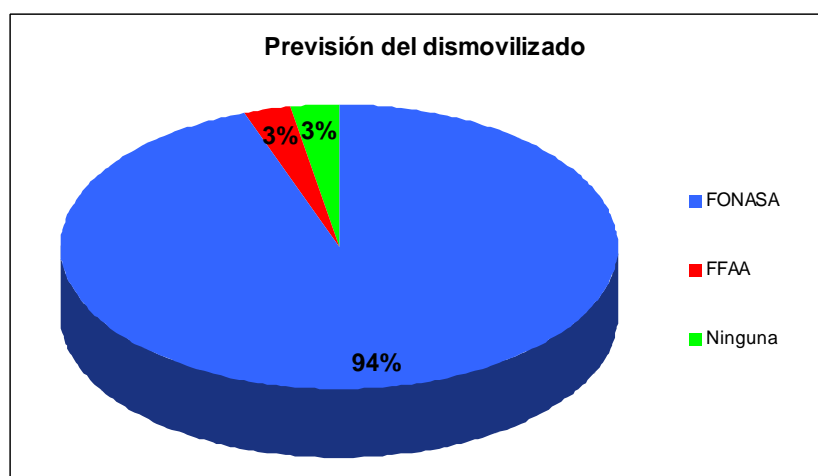
educación básica, un 5,6% no recibió educación, un 5,6% de ellos tuvo educación media incompleta y sólo un 2,8% terminó estudios superiores.

Gráfico N° 4. Porcentajes: Escolaridad del adulto mayor dismovilizado



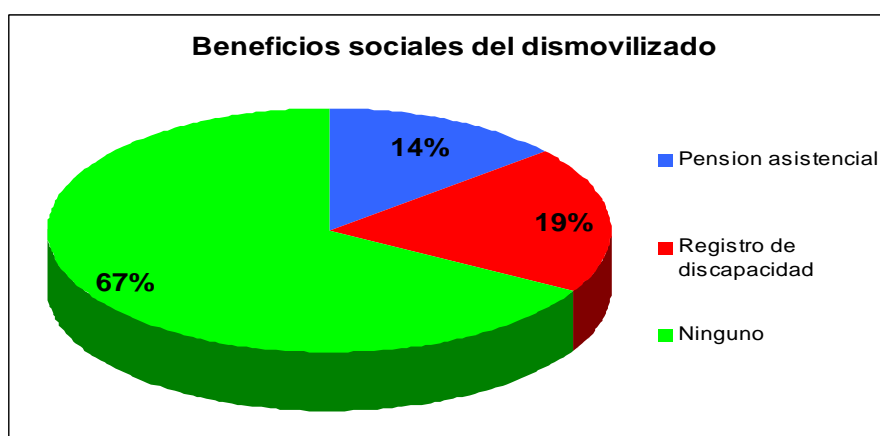
El 94,4% de los adultos mayores dismovilizados tenían FONASA como previsión de salud, mientras que el 5,6% tiene otro tipo de previsión.

Gráfico N° 5. Porcentajes: Previsión del adulto mayor dismovilizado



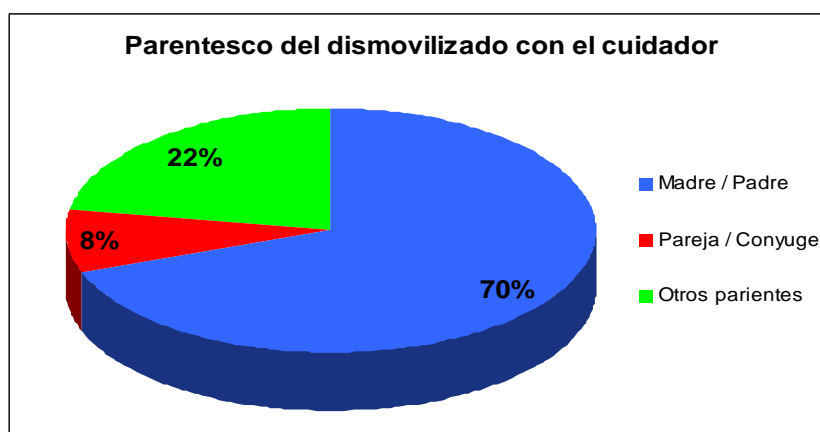
De los adultos mayores dismovilizados, el 66,7% de ellos no contaban con beneficios sociales, un 19,4% tenía registro de discapacidad y un 13,9% recibía una pensión asistencial.

Gráfico N° 6. Porcentajes: Beneficios sociales del adulto mayor dismovilizado



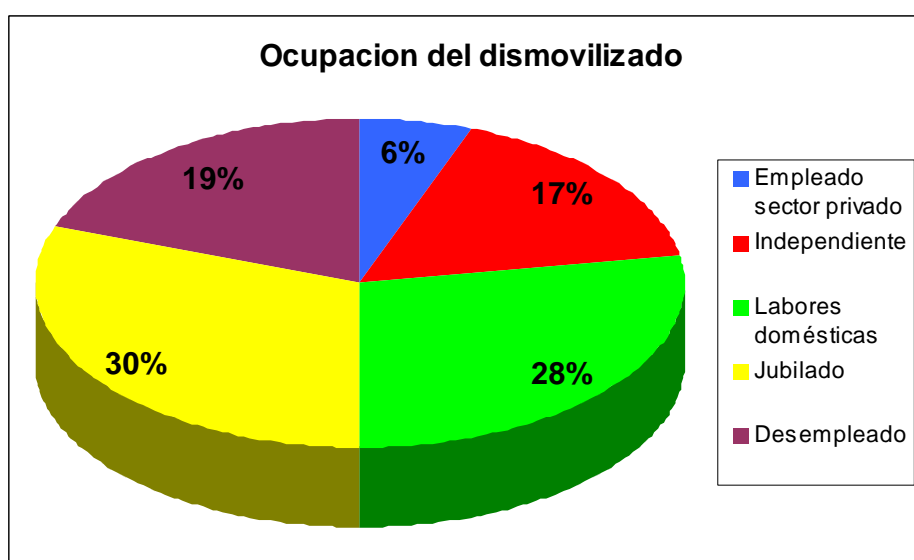
El mayor grupo de adultos mayores dismovilizado, un 69,4% era madre/padre del cuidador, seguido de un 22,2% que eran otro pariente del cuidador, y un 8,3% quienes eran pareja de su cuidador.

Gráfico N° 7. Porcentajes: Parentesco con el cuidador del adulto mayor dismovilizado



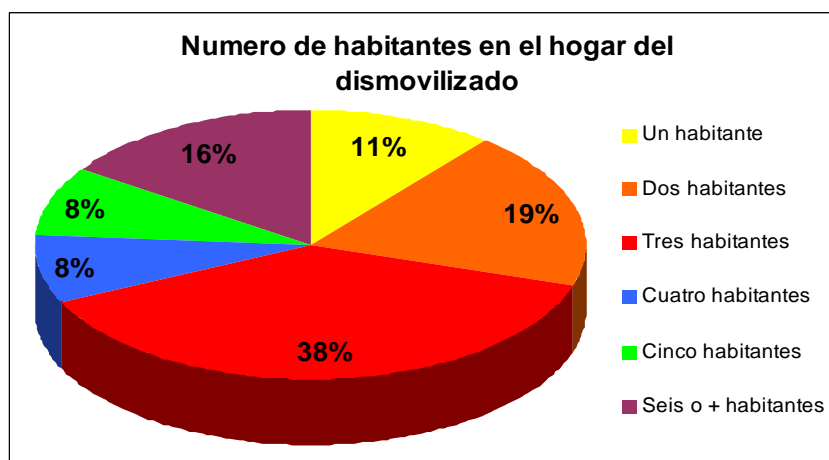
El 30% de los adultos mayores dismovilizados tuvo como ocupación previa ser Jubilado, un 28% se dedicó a las labores domésticas; seguido de un 19% que estuvo desempleado. Después con un 17% fue trabajador Independiente y sólo un 6% empleado del sector privado.

Gráfico N° 8. Porcentajes: Ocupación previa del adulto mayor dismovilizado



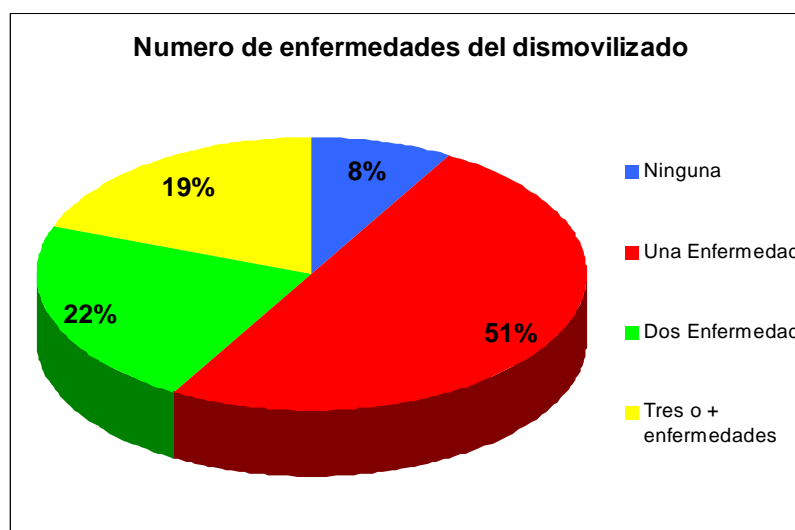
De los adultos mayores dismovilizados, el 38% reportó que vive 3 personas habitaban el hogar (incluyendolo); el 19% corresponde a hogares en que vivía solo 2 personas (dismovilizado-cuidador), el 16% reportaron vivir con 6 o más personas; un 11% vivía el dismovilizado solo; 8% eran 5 personas viviendo en una casa; y también un 8% 4 personas.

Gráfico N° 9. Porcentajes: Numero de habitantes en el hogar del adulto mayor dismovilizado



Un 51% de los adultos mayores dismovilizados declara tener una enfermedad crónica, el 22% declara tener dos enfermedades crónicas, el 19% declara tener tres o más enfermedades crónicas y sólo un 8% declara no tener enfermedades crónicas.

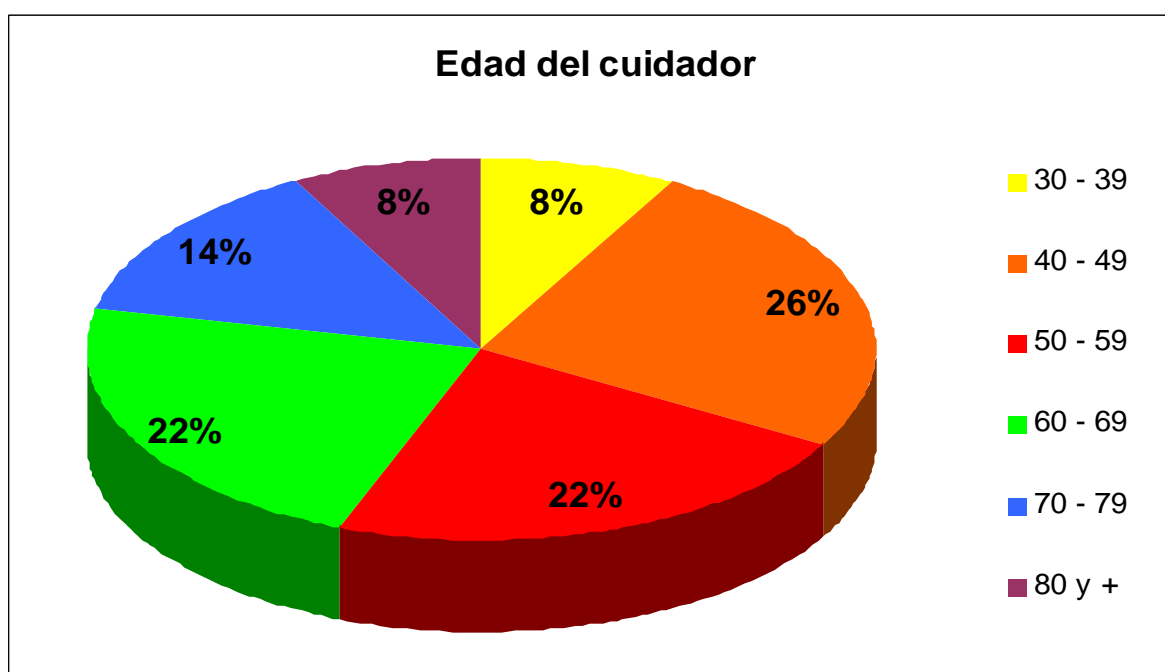
Gráfico N° 10. Porcentajes: Numero de enfermedades crónicas del adulto mayor dismovilizado



7.1.2 Características sociodemográficas del cuidador

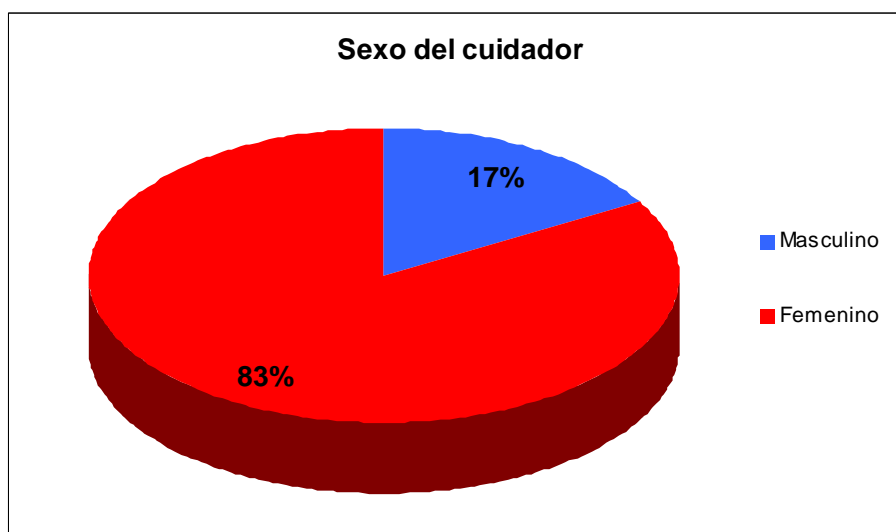
El 26% de los cuidadores tiene entre 40y 49 años, el 22% tiene entre 50 y 59 años, el 22% tiene entre 60 y 69 años, el 14% tiene entre 70 y 79 años y un 8% tiene entre 30 y 39 años . Finalmente un 8% tiene entre 80 y más años. Y el promedio de edad es 57 años.

Gráfico N° 11. Porcentajes: Edad del Cuidador



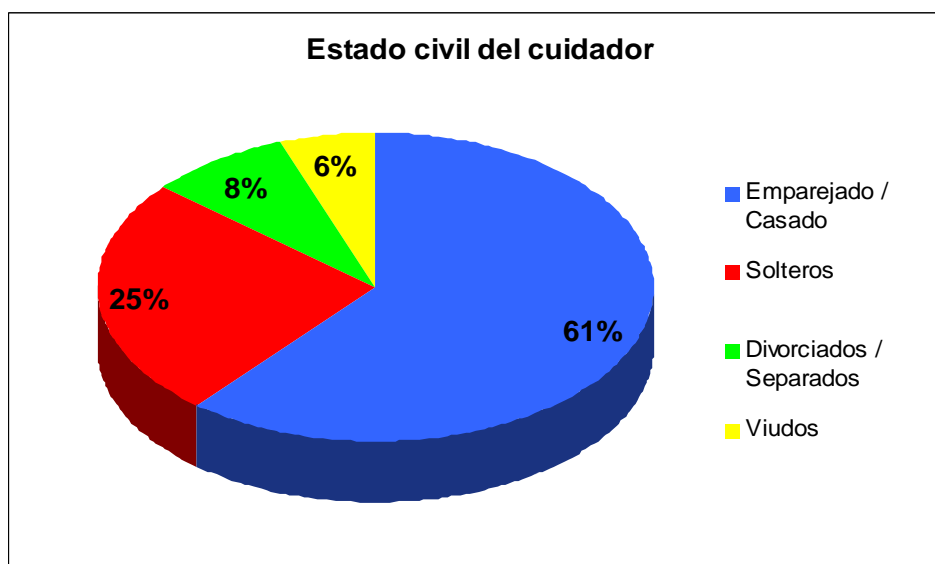
El 83,3% de los cuidadores entrevistados era de sexo femenino, mientras que solo 16,7% era masculino.

Gráfico N° 12. Porcentajes: Sexo del cuidador



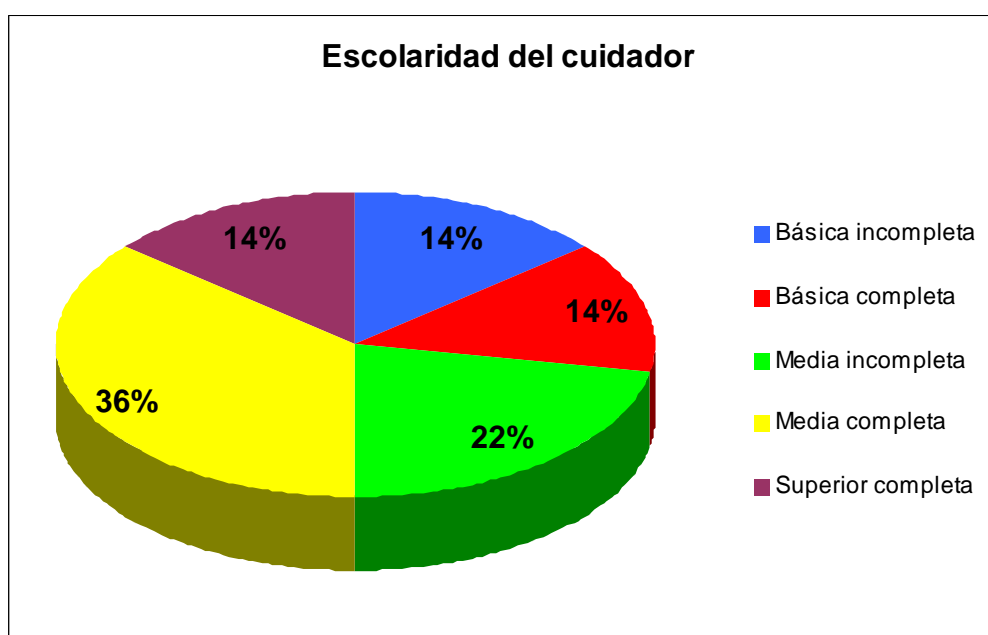
Respecto al estado civil, el 61,1% de los cuidadores entrevistados estaban en pareja; el 25% estaban solteros; el 8,3% se encontraban divorciados/separados y el 5,6% eran viudos.

Gráfico N° 13. Porcentajes: Estado Civil del cuidador



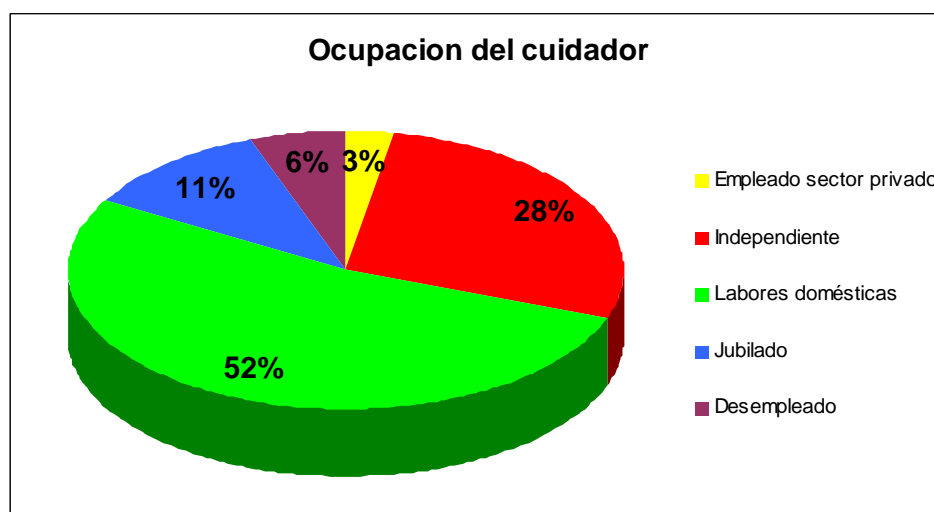
El 36,1% terminó la educación media, 22,2% tenía educación media incompleta, el 13,9% de los cuidadores entrevistados tenían una educación superior completa, el 13,9% terminó su educación básica y un 13,9% de los cuidadores entrevistados tenía una educación básica incompleta.

Gráfico N° 14. Porcentajes: Escolaridad del cuidador



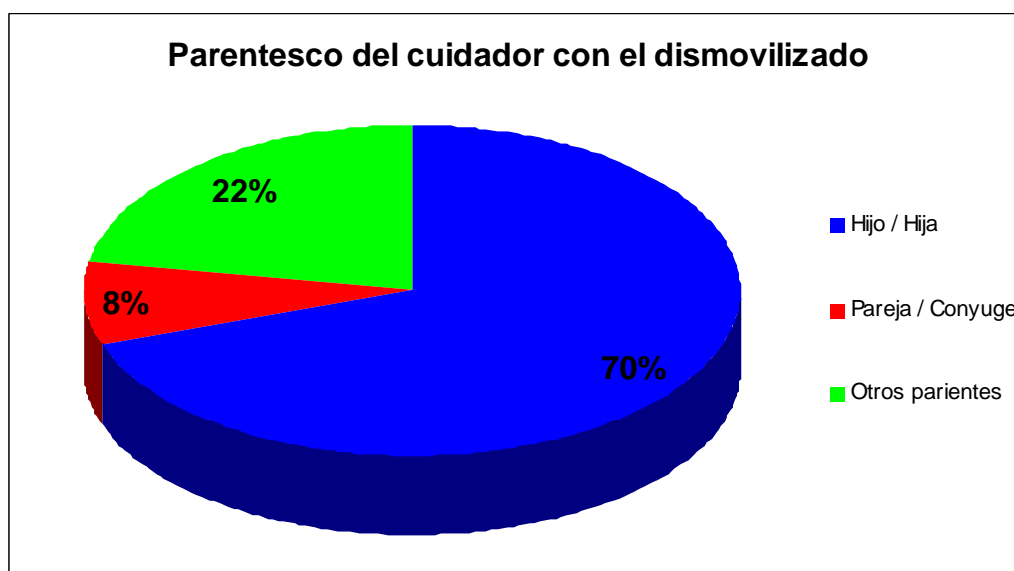
Con respecto a la ocupación, el 52,8% de los cuidadores entrevistados se desempeñaba en labores domésticas, seguido de un 30,6% que trabaja y un 16,7% se encuentra desempleado o jubilado.

Gráfico N° 15. Porcentajes: Ocupación del cuidador



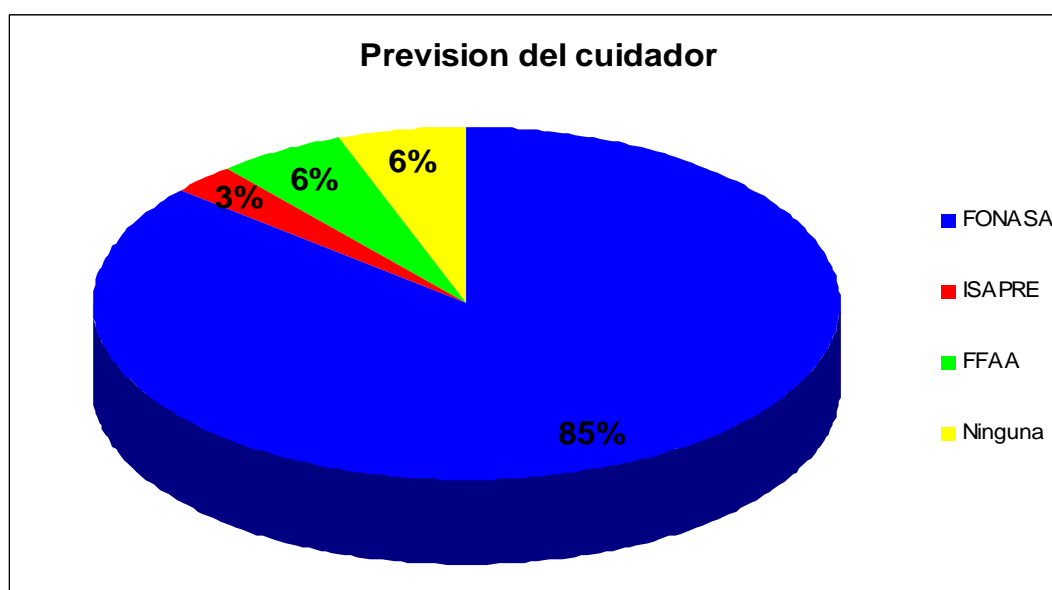
El 69,9% de los cuidadores entrevistados de la muestra correspondían a hijos de dismovilizados, mientras que el 22,2% eran otros parientes un 8,3% de ellos eran los cónyuges.

Gráfico N° 16. Porcentajes: Parentesco del cuidador con el dismovilizado



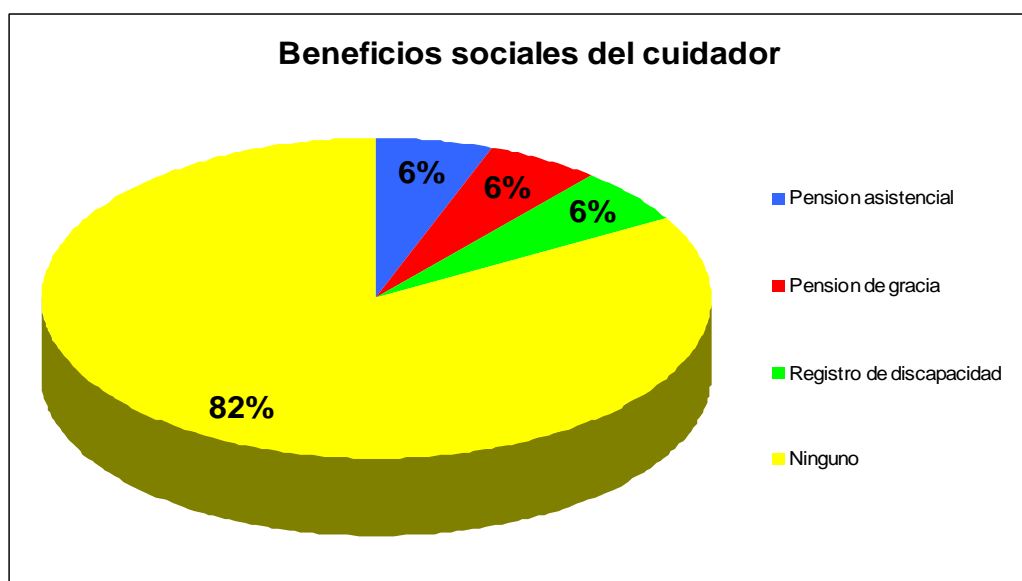
El 86,1% de los cuidadores entrevistados tenía FONASA, mientras que el 5,6% tenía una previsión de las fuerzas armadas, un 5,6 no tenía previsión de salud y un 2,8% tenía ISAPRE.

Gráfico N° 17. Porcentajes: Previsión del cuidador



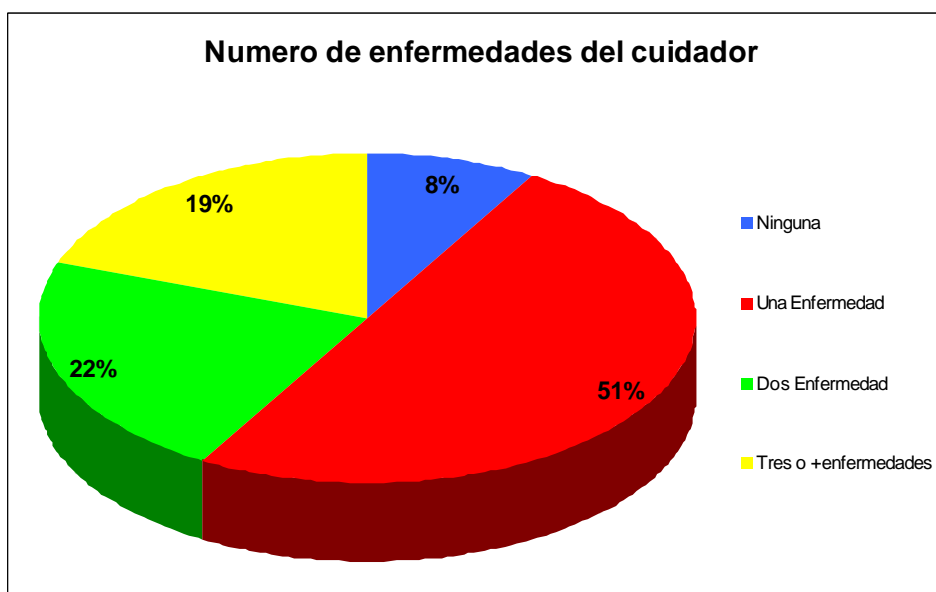
El 83,3% de los cuidadores entrevistados no recibía beneficios sociales, mientras que un 5,6% recibían pensión asistencial, el mismo número tenía pensión de gracia, y también un 5,6% estaba en el registro de discapacidad.

Gráfico N° 18. Porcentajes: Beneficios sociales del cuidador



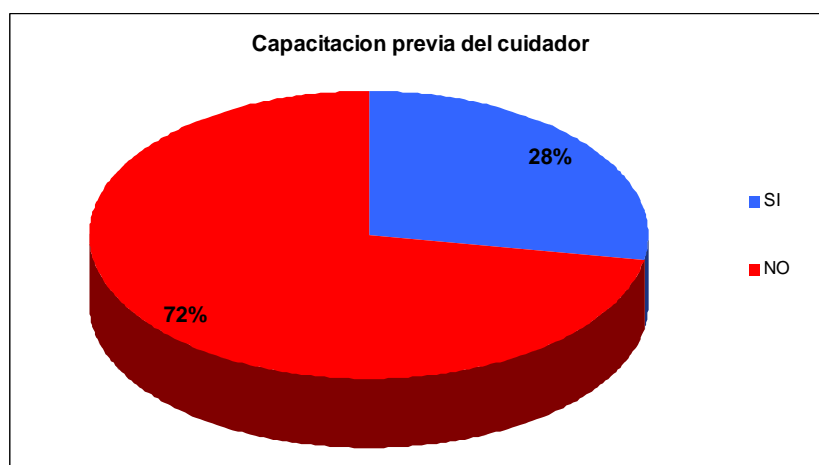
El 54,5% de los cuidadores entrevistados tenía una enfermedad médica, mientras que el 45,5% presentaba 2 o más enfermedades.

Gráfico N° 19. Porcentajes: Numero de enfermedades crónicas del cuidador



El 72,2% de los cuidadores entrevistados no recibió capacitación previa como cuidador, mientras que el 27,8% si lo hizo.

Gráfico N° 20. Porcentajes: Capacitación previa del cuidador



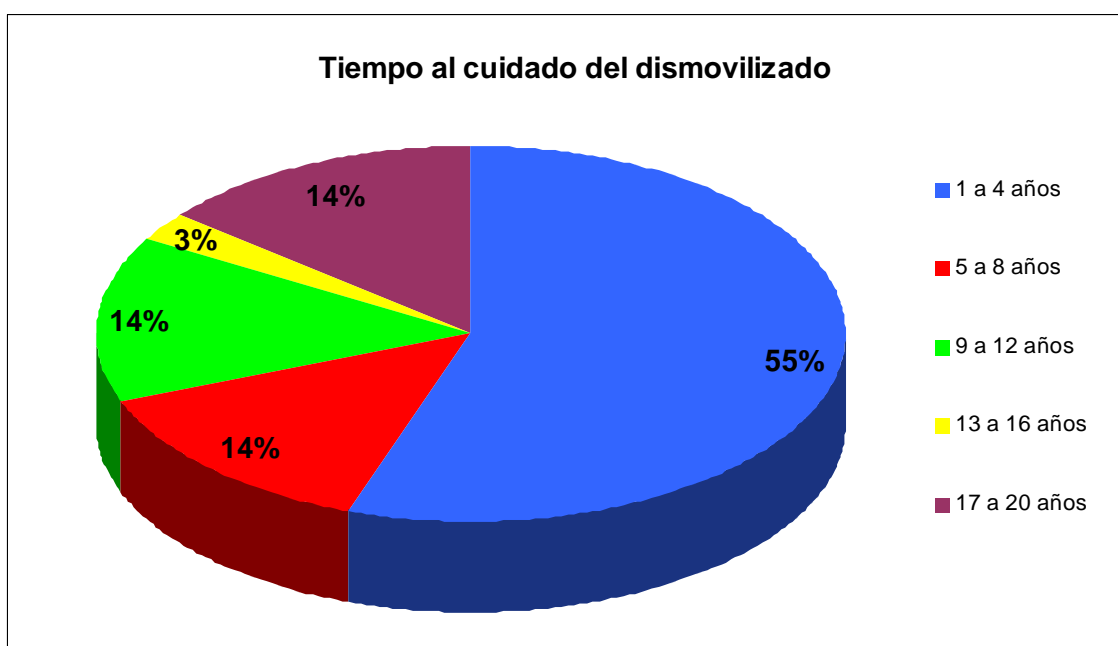
El 58,3% de los cuidadores entrevistados no recibía apoyo en las tareas de cuidado, mientras que al 41,7% sí lo habían apoyado.

Gráfico N° 21. Porcentajes: Recibido apoyo el cuidador en las tareas de cuidado



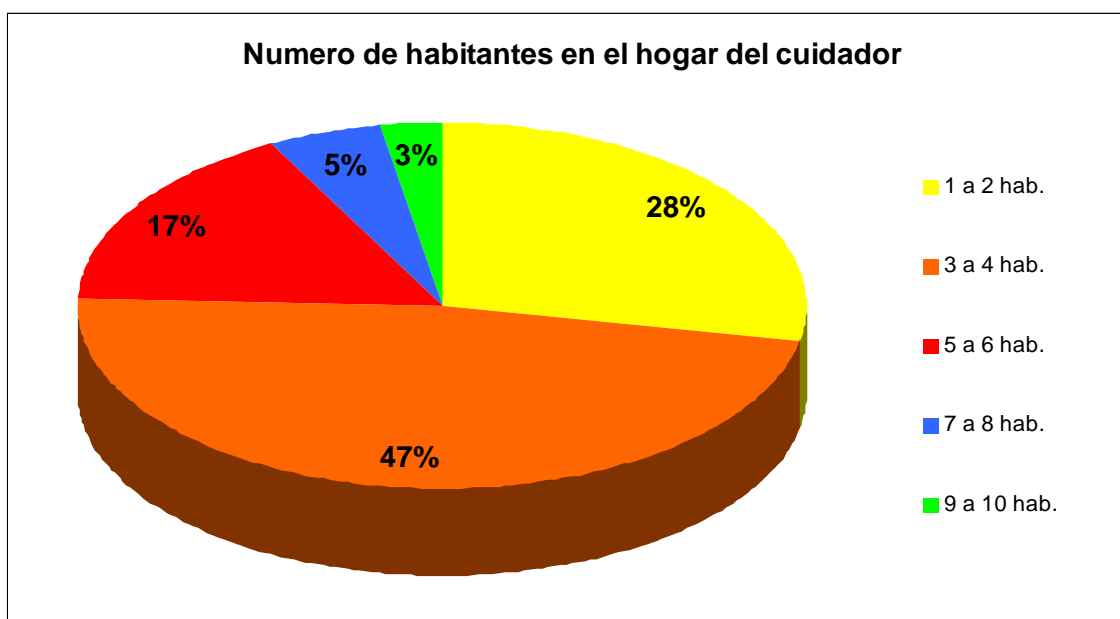
El 55,5% de los cuidadores entrevistados reportó cuidar al dismovilizado por un período de 1 a 4 años, seguido de un 17,6% entre 5-8 años, un 14% entre 17-20 años, un 13,9% entre 8-12 años y un 2,8 entre 13-16 años.

Gráfico N° 22. Porcentajes: Tiempo al cuidado del dismovilizado



El 47% de los cuidadores entrevistados reportaron vivir en un hogar con 3 a 4 integrantes, seguido de un 28% donde viven 1 a 2 personas en el hogar, en el 17% de los hogares vivían 5 a 6 personas; también un 5% de los hogares estaba compuesto por 7 a 8 personas y finalmente un 3% vivía con más de 9 personas.

Gráfico N° 23. Porcentajes: Numero de habitantes en el hogar del cuidador



7.1.3 Características Clínicas del Dismovilizado y del Cuidador

En la tabla N° 1 se presentan las características clínicas del adulto mayor dismovilizado. Se observa que los adultos mayores dismovilizados presentaron un nivel de funcionalidad moderado, mientras que su calidad de vida se ubicó en un nivel medio.

Tabla N° 1. Características clínicas del dismovilizado

(n=36)	Promedio	Rangos
Nivel de Funcionalidad	5*	1 a 7
Calidad de Vida	50	0 a 100

* A mayor puntaje menor funcionalidad.

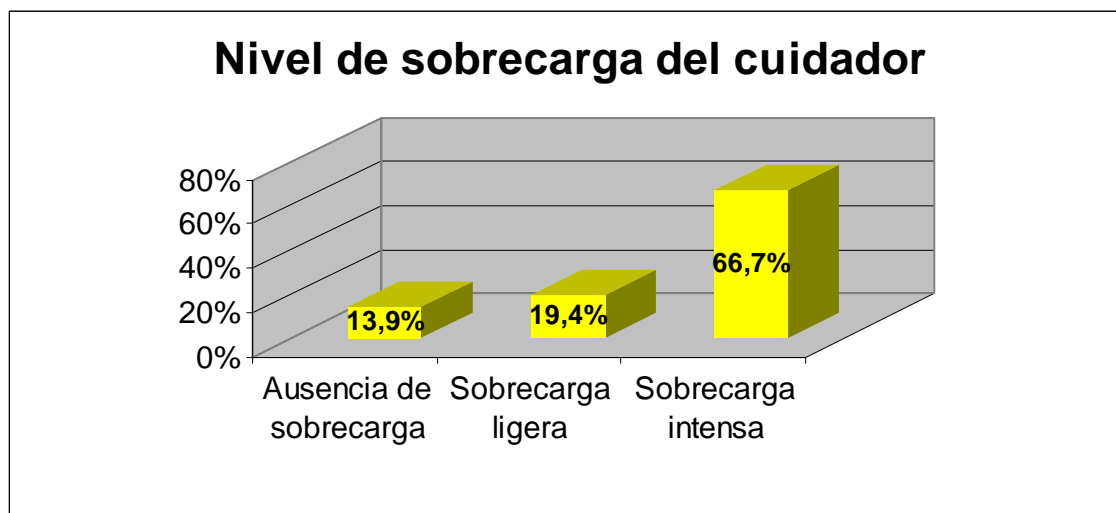
En la tabla N° 2 se presentan las características clínicas de los cuidadores. Se observa que el nivel de sobrecarga promedio de los cuidadores es intenso (igual o mayor a 56 puntos), mientras que su calidad de vida se ubicó en un nivel medio

Tabla N° 2. Características clínicas del cuidador

(n=36)	Promedio	Rangos
Nivel de sobrecarga	61.11	22-110
Calidad de Vida	59.67	0 a 100

En el gráfico N° 24 se presentan porcentajes de los cuidadores con ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera y sobrecarga intensa. Más de la mitad de la población de cuidadores presenta niveles de sobrecarga intensa.

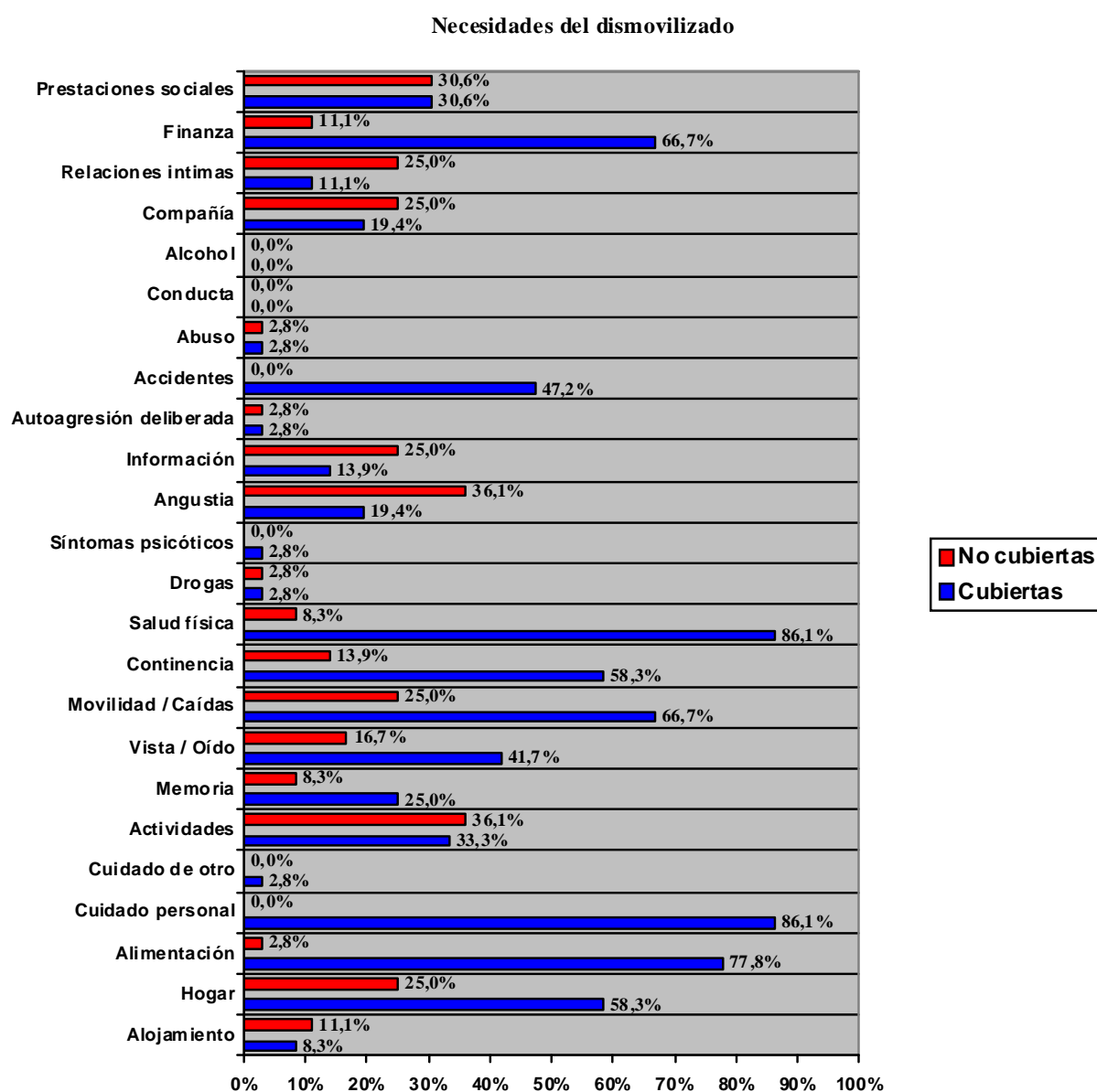
Gráfico N° 24. Porcentajes: Nivel de sobrecarga de los cuidadores



7.2 Necesidades del Dismovilizado

La frecuencia de las necesidades del CANE por área se muestra en el gráfico N° 25 y la tabla 4.

Gráfico N° 25. Porcentajes: Necesidades del adulto mayor dismovilizado



Las áreas que presentaron un mayor porcentaje de necesidades cubiertas fueron: Salud Física (86.1%), Cuidado Personal (86.1%), Alimentación (77.8%) y Dinero/Finanzas junto con Movilidad/Caídas (66.7%). Por otra parte las áreas que presentaron un mayor porcentaje de necesidades no cubiertas fueron Actividades Diarias (36,1%), Angustia (36.1%) y Prestaciones Sociales (30.6%)

7.3 Factores Relacionados con las necesidades no cubiertas del dismovilizado

En la tabla 5, se observan todos los factores que correlacionan de forma significativa con las necesidades no cubiertas del dismovilizado. A mayor edad del dismovilizado, mayor edad del cuidador y mayor número de enfermedades del cuidador; mayor es el número de necesidades no cubiertas del dismovilizado.

Tabla N° 3. Factores relacionados con las necesidades no cubiertas del dismovilizado

(n=36)	Estadístico	Significación (p)
Edad Dismovilizado	rs = .802*	.001
Edad Cuidador	rs = .362*	.030
Enfermedad / tratamiento médico del cuidador	rs = .491*	.002

* p<0,05 **p<0,01 rs=Rho de Spearman

8. DISCUSIÓN

Se logró cumplir el objetivo de realizar un perfil del adulto mayor dismovilizado respecto a las características sociodemográficas y las variables *necesidades cubiertas, no cubiertas, funcionalidad y calidad de vida*. Las variables estudiadas se encuentran directamente vinculadas con la eficacia del programa postrado, en tanto el énfasis de este programa es la evaluación e intervención integral tanto en el estado de salud de los pacientes en su domicilio, como de sus necesidades psicosociales y su entorno. Además se logró evidenciar estadísticamente las relaciones que existen entre las necesidades no cubiertas y factores sociodemográficos y clínicos del propio dismovilizado y su cuidador.

El envejecimiento produce una serie de efectos irreversibles e inevitables sobre el sistema nervioso, entre los cuales se encuentra el deterioro de la capacidad de movimiento. Existe evidencia (Barry HC, 1994) que apoya la noción de que la actividad física y el funcionamiento psicológico se encuentran relacionados. Estudios como el de Buckwalter y DiNubile (1997) han demostrado que la participación en programas de ejercitación física por parte de los adultos de tercera edad produce mejoras en su nivel de funcionamiento cognitivo a partir de la disminución en la probabilidad de hipoxia cerebral. Los resultados de este estudio muestran que el 88.9% requiere de asistencia para más de un componente de vida, es decir, se distribuyen en las disfuncionalidades severa y moderada. Sumada a esta situación, el 80.3% de las personas dismovilizadas participantes pertenecientes a estos niveles de disfuncionalidad reportan no contar con la asesoría, ya sea kinesiológica o de otro profesional, mínima necesaria para evitar su deterioro muscular, afectando directamente no solo el desempeño en las actividades básicas diarias, encontrándose en

algunos casos totalmente incapacitados para realizarlas por sí mismo o incluso, carentes de actividades de cualquier índole, situación que configura condiciones de existencia que aumentan la probabilidad de desarrollar patologías secundarias a la inactividad física.

8.1 CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y CLINICA DEL ADULTO MAYOR DISMOVILIZADO

En el presente estudio se definió un perfil sociodemográfico y clínico del adulto mayor postrado y su cuidador para la posterior evaluación de variables sociodemográficas y clínicas vinculadas a la satisfacción de necesidades en el adulto mayor postrado. Se realizó un análisis descriptivo correlacional con una muestra probabilística a nivel local constituida por 36 personas pertenecientes al programa postrados del CESFAM Marcelo mena, en Valparaíso.

Las características sociodemográficas de la muestra de adultos dismovilizados, mayoritariamente la componen mujeres (75%) de entre 70 y 79 años de edad (36,1%), madres de los cuidadores (69,4%), viudas (58,3%), con educación básica incompleta (44,4%), con previsión de salud Fonasa (94%) y que no percibe beneficios sociales (66,7%). Habita además con 2 personas más (38%) y tiene 1 enfermedad crónica (51%). Según Lathrop (2009) hombres y mujeres no envejecen al mismo ritmo, así, en dicho estudio también se mostró una mayoría de mujeres en la muestra. En cuanto a estado civil, el Instituto Nacional de Estadísticas (2000) señala que la población de 60 años y más, tiene mayor proporción de casados y viudos, preferentemente en las regiones: Metropolitana, IX, V y XI, lo cual es coincidente con la presente muestra. Otro factor importante de discutir

es que gran parte de los adultos mayores dismovilizados son madres de sus cuidadoras, lo que da cuenta de que se traslada a la mujer las responsabilidades del cuidado de salud de familiares dismovilizados, otros estudios también dan cuenta de ello (Vaquiro y Stieповich, 2010).

8.2 CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y CLINICA DEL CUIDADOR INFORMAL PRINCIPAL

Respecto a quien realiza la labor de cuidados hacia la persona de tercera edad dismovilizada en el hogar, el grupo lo componen mayoritariamente mujeres (83.3%) de entre 40 y 59 años de edad (50%), con pareja (61.1%), con educación media completa (36.1%) y que no perciben beneficios sociales (83.3%)., generalmente hija(69.9%), esposa y/o hermana, en la mayoría de los casos en edades en las cuales ellas mismas deberían ser objeto de acciones preventivas para evitar el desarrollo de enfermedades crónicas, físicas o psicológicas, derivadas de la sobrecarga que significa estar presente para otro (Espín, 2008). Además un alto porcentaje (58.4%) lleva ejerciendo esta tarea por un periodo mayor a 2 años y en un 72.2 % de los casos sin capacitación previa para el cuidado de personas desmovilizadas ni instrucción en tareas de cuidado ya sea por la institución de salud o por profesionales pertinentes, por otra parte, las cuidadoras pasan gran parte de las horas de la semana dedicada a las labores de cuidado, rol que compatibilizan con sus otros roles, y que muchas veces, entorpece el despliegue de estos otros roles pertenecientes a otra áreas de su vida. Todo esto se relaciona con los roles que tradicionalmente han sido asignados a las mujeres, cultural y socialmente (García - Calvente. 2004; Murillo de la Vega S. 2000).

Respecto del cuidador, otros estudios en España (Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000 – 2001, Consejería de Sanidad, 2002), muestran que un 46% de los cuidadores tiene más de 64 años y el 33% tiene entre 45 y 64 años; los porcentajes son similares cuando las personas atendidas son discapacitados y enfermos crónicos (42,2% y 33,3% respectivamente). Dichas cifras no coinciden con la muestra del presente estudio, puesto que la proporción se halla mas equiparada, mostrando que el 50% de los cuidadores tenían entre 40 y 59 años y el 41,7% tenía mas de 60 años de edad.

Los resultados de nuestro estudio indican que las variables sociodemográficas vinculadas a mayores indicadores de sobrecarga se encuentran en: ser mujeres, con familia, que brindan cuidados a adultos dismovilizados con más de dos enfermedades, con escasas redes sociales, que no perciben beneficios sociales, que perciben su salud como igual o peor que hace un año, experimentan sentimientos de culpabilidad por delegar funciones de cuidado y quienes piensan que podrían hacer más por quienes tienen a su cuidado.

Con respecto a las variables vinculadas con los niveles de sobrecarga global observados en la muestra de cuidadores, un 86.1% refiere experimentar algún nivel de sobrecarga, ya sea intensa (66.7%) o intermedia (19.4%). En este sentido, los principales factores de sobrecarga en los cuidadores son: pensar que su familiar le considera la única persona que le puede cuidar (66.7%), pensar que no se tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos (58.3%), pensar que deberían hacer más por su familiar (58.3%), pensar que podría cuidar mejor a su familiar (58.4%). Esta situación supone en ellos estados de ansiedad, falta de descanso, problemas para dormir, dificultad para relacionarse socialmente, dolores físicos y necesidad de vacaciones,

hallándose estos factores presentes también en estudios previos (García - Calvente, 1999; Escudero, 2007) realizados en poblaciones de cuidadores informales de similares características. Del mismo modo, se establece que las familias mantienen al adulto mayor dismovilizado en el hogar, señalando que las principales razones para cuidar de sus familiares son el cariño y el deber.

A pesar de que existe un porcentaje de cuidadores que manifiesta no disponer de ayudas informales que provienen de su red de relaciones familiares y sociales, la mayoría sí reciben esta ayuda. Sin embargo, independiente de que el cuidador reciba o no apoyo, la mayoría se encuentra experimentando una sobrecarga moderada o intensa. Esto tal vez tenga relación con la valoración subjetiva que realiza el cuidador respecto a la ayuda que le proporcionan y la satisfacción que le provoca esa intervención. Es la evaluación que la persona realiza de si mismo y de la situación, las que median en la intensidad que perciben de la problemática (Crespo, 2006).

8.3 NECESIDADES CUBIERTAS Y NO CUBIERTAS DEL DISMOVILIZADO

Este estudio arrojó interesantes datos respecto a las necesidades que los adultos mayores dismovilizados presentan. Las áreas que presentaron un mayor porcentaje de necesidades cubiertas fueron: Salud Física, Cuidado Personal, Alimentación y Dinero/Finanzas junto con Movilidad/Caídas. Dentro de este conjunto de necesidades cubiertas se observa que casi todas tienen relación con el cuidado físico del individuo y el cuidado personal. Esto puede entenderse en la medida que los objetivos que apuntan los servicios de salud, en especial los consultorios, es el de proveer de herramientas y técnicas al cuidador para

facilitar el bienestar físico de los adultos mayores dismovilizado. El Programa Postrados busca Proporcionarle supervisión y apoyo durante los traslados, el respectivo apoyo en la limpieza y aseo del individuo, como también mantener la salud física con un diagnóstico y tratamiento adecuada de las enfermedades. Por otra parte, el Programa de Estilo de vida Saludable promueve:

La importancia de adoptar hábitos saludables en relación a algunas necesidades básicas del ser humano como son: la nutrición, la actividad física, el reposo – sueño, la salud mental y la higiene personal, debe motivar a las personas mayores, para que asuman en primer lugar la responsabilidad que tienen en el cuidado de su salud, esta participación del adulto mayor en el cuidado de su propia salud es lo que se conoce como el autocuidado, que se define como el conjunto de actividades que realizan las personas, la familia o la comunidad para asegurar, mantener o promover al máximo su potencial de salud (SENAMA, 2008) .

Otra de las necesidades cubiertas es la de alimentación, esto quizás por la importancia que han dado los Centros de Salud Familiar a estilos de vida saludable y esto conlleva a hábitos alimenticios saludables. El Programa de Alimentación para el Adulto Mayor (PACAM) tiene el propósito de:

Contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del adulto Mayor y optimizar su calidad de vida. Y entregar un suplemento alimentario para adultos mayores con peso normal o sobre normal que presenten una baja ingesta o carencia de micro nutrientes, que puedan afectar la inmunidad y el nivel de salud. (SERNAC, 2010).

En cuanto a la necesidad cubierta de finanzas, se explica dado que la mayoría de los adultos mayores dismovilizados mantiene la capacidad de administrar sus dineros, sin embargo son los cuidadores los que llevan a cabo los pagos y retiro de fondos, debido a la misma condición de dismovilizados.

Por otra parte las áreas que presentaron un mayor porcentaje de necesidades no cubiertas fueron Angustia, Actividades Diarias y Prestaciones Sociales. Es menester destacar que estas áreas corresponden a necesidades psicosociales que a diferencia de las áreas que presentaron mayores porcentajes de necesidades cubiertas, que correspondían a necesidades físicas, no están contempladas dentro del Programa Postrados impartidos por los Centros de Salud, dado que el foco del mencionado programa está en salud física (División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital: Programa Adulto Mayor & Unidad de Discapacidad y Rehabilitación, 2004).

El área de Angustia, la primera de estas necesidades no cubiertas, se evalúa a través de la valoración del estado anímico del propio individuo, es decir, el foco está puesto en cómo se siente anímicamente, en sus sentimientos y emociones. Si bien en el Programa Postrados hace referencia a las emociones del dismovilizado considerando que “perder la relación con el entorno disminuye la calidad y cantidad de información sensorial ubicando a la persona en una situación desventajosa para sentirse motivado y aprender, favoreciendo comportamientos emocionales de apatía, retraimiento, frustración, agresión, depresión” (División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital: Programa Adulto Mayor & Unidad de Discapacidad y Rehabilitación, 2004, Pág. 20), esta mención

está supeditada a una necesidad física, como lo es la movilidad, sin profundizar ni dar un plan de acción, respecto a cómo trabajar estos sentimientos que posiblemente pueden surgir en una situación de dismovilidad y con la desvinculación con el entorno que conlleva dicho estado.

Por una parte se evidencia que, en lo que se trabaja actualmente con el adulto mayor dismovilizado (Programa Postrados), no están contempladas necesidades psicosociales; pero además se debe considerar que en nuestra sociedad hay una marcada tendencia a resignificar la vejez como un periodo de deterioro lo que conlleva una actitud por parte de los adultos mayores de autolimitación y aislamiento (Barros, 1996). Este comportamiento los aparta de sus núcleos familiares y de la sociedad en general, actitud que sumada a una condición de dismovilidad, podría verse traducida en una automarginación donde el adulto mayor dismovilizado se resta de la toma de decisiones tanto familiares como de las que le atañen a él mismo. Es así como al factor social, es decir a las oportunidades que entrega la sociedad, se le suma un factor personal, es decir el cómo es recibida esa ayuda entregada. Esta actitud de no participación, restaría a la persona de múltiples instancias de interacción y de actividades que podría realizar. La no participación cobra mayor sentido cuando aparece como necesidad no cubierta las actividades diarias del individuo. El gobierno ha creado otros programas enfocados en la participación del adulto mayor basándose en la idea de que en la medida que se participa e interactúa con otro se deja de estar en soledad (SENAMA, 2011). Sería importante que dichos programas consideraran la inserción de los dismovilizados en grupos sociales o la entrega de compañía en el hogar para aquellos que se ven imposibilitados de salir de sus casas.

Como tercera área se encuentran las prestaciones sociales, es aquí donde el desconocimiento y la falta de información se hacen patentes, aún cuando existen plataformas online donde se encuentra información acerca de beneficios y de cuáles son los requisitos para postular esta información parece no llegar a los posibles beneficiados.

8.4 FACTORES RELACIONADOS CON NECESIDADES NO CUBIERTAS

A partir de los resultados, se aprecia una relación entre edad del dismovilizado, edad del cuidador y el número de enfermedades del cuidador con las necesidades no cubiertas del dismovilizado.

El envejecimiento conlleva un proceso de deterioro, razón por la cual se esperaría un incremento en la aparición de enfermedades a medida que transcurren los años. Estudios españoles han revelado (Instituto de Mayores y servicios sociales, IMSERSO, 1995) que el porcentaje de población que manifiesta tener problemas de salud pasa de ser poco más del 51%, para las que tienen entre 60 a 64 años, al 71% para los mayores de 85 años. No obstante, los cuidadores presentan un riesgo mayor de presentar problemas de salud físicos que aquellas personas que no desempeñan dicho rol, siendo más propensos a sufrir patologías de tipo cardiovascular e inmunológico, además de depresión, ansiedad y estrés, lo cual compromete su funcionalidad (Moreno, Nader & Lopez de Mesa, 2004). Esto podría incidir en la capacidad de los cuidadores para prestar ayuda al dismovilizado y con ello cubrir sus necesidades, sobre todo aquellas de orden psicosocial.

Si bien los resultados obtenidos son compatibles tanto con la mayoría de los estudios nacionales referidos a las características de las/los cuidadoras/es informales, como con los internacionales (como los efectuados por García-Calvente et al, 1999.) en esta muestra no se hallaron relaciones entre la satisfacción de necesidades con las otras variables vinculadas al cuidado. Al respecto, es preciso señalar que, si bien en la presente investigación las relaciones entre las diversas variables en estudio no lograron una significancia estadística en todos los casos, otros estudios han logrado establecer relaciones estadísticamente significativas entre las variables sobrecarga/calidad de vida del cuidador informal, calidad de vida/nivel de salud de la dismovilizada y variables sociodemográficas del cuidador y de la persona dismovilizada.

8.5 LIMITACIONES

La muestra de este estudio constó de 36 personas lo cual la hace una muestra pequeña para poder generalizar los resultados al resto de la población dismóvil y a sus cuidadores. A ello se agrega que la muestra proviene de un sector específico del sector urbano de Valparaíso, específicamente al que compete al CESFAM Marcelo Mena, por lo cual no necesariamente representa a la realidad vivida en zonas rurales, como también podría disentir de las que desarrollan en otros sectores que competen a otros centros de salud de la misma ciudad.

Ya que este estudio contó con una muestra pequeña, existe la posibilidad de que nuestros resultados no hayan detectado relaciones significativas reales. Se sugiere a futuro contar con una muestra más grande que permita tener mayor poder estadístico.

8.6 IMPLICANCIAS

El objetivo de esta investigación, tal como lo señala su título, fue vincular las necesidades del adulto mayor dismovilizado con factores como el nivel de sobrecarga de su cuidador y su calidad de vida, mediante el entrecruzamiento teórico práctico con nuestro objeto de análisis pudimos observar que esta investigación sí cumplió su objetivo de revisar si existía alguna relación entre las variables. Los resultados de esta investigación no coincidieron los resultados entregados por otros estudios que indican que mientras mayor sea el nivel de sobrecarga del cuidador, mayor será el nivel de necesidades insatisfechas en el adulto mayor dismovilizado. Tampoco que esta última influye en la calidad de vida de la muestra, situación que ha sido confirmada en otras investigaciones. Sin embargo, si halló resultados que implican que algunos factores sociales y personales se vinculan a las necesidades no cubiertas, como también la opinión de la persona dismovilizada participante respecto al nivel de cobertura realizado tanto por los dispositivos psicosociales de los centros de salud como por su propia familia se relaciona de forma directa con el nivel de satisfacción de las necesidades de esta población de usuarios. Asimismo este estudio identificó resultados que reflejan aquello que en la literatura es citado como *síndrome del cuidador* (Freudenberg, 1974).

Al respecto, y a partir de las características psicosociales identificadas en este grupo, se proponen tres grupos de estrategias de intervención. Aquellas dirigidas a la persona dismovilizada, a la persona cuidadora y aquellas dirigidas a relación de la díada cuidador/cuidado. Estrategias que, en virtud de las condiciones que viven el cuidador o cuidadora y la persona dismovilizada en su interacción, se orientan a salvaguardar la salud

de ambos a partir de la protección de las múltiples dimensiones vivenciales que se ven afectadas producto de las características de este tipo de vinculación. Siendo imperativo que en estas tres instancias, las estrategias de intervención del equipo de salud orienten sus esfuerzos no solo a proporcionar alivio y cuidado a los actores inmediatos, sino también, a los entornos sociofamiliares, generando un proceso de (re) vinculación de la díada con sus contextos sociales inmediatos, acción fundamental tanto para la articulación comunitaria de la familia como para la socialización de esta problemática.

9. CONCLUSIÓN

El perfil de los adultos mayores dismovilizados, muestra que son generalmente del sexo femenino, su edad fluctúa entre los 85 y los 89 años y son viudas. Escolaridad básica incompleta, no reciben ningún beneficio social y es madre del cuidador. Además fue empleada del sector público, vive con el cuidador y alguien más (3 personas) y tiene 1 o 2 enfermedades crónicas. Respecto al perfil del cuidador, estos son generalmente del sexo femenino, su edad fluctúa entre los 45 y los 49 años, su estado civil emparejado, y escolaridad media completa. Se ocupa en labores familiares, principalmente son hijas del dismovilizado y su previsión social FONASA. Además no recibe beneficios sociales, ha cuidado al dismovilizado por un periodo de 1 a 4 años, y vive con el dismovilizado y alguien más (3 personas). También tiene una enfermedad crónica, no ha recibido capacitación previa como cuidador y no recibe apoyo en tareas del cuidado.

Este estudio permitió recolectar información y establecer un perfil de las necesidades de los adultos mayores dismovilizados, donde las necesidades no cubiertas que parecen repetirse son el carecer de actividades sociales o de ocio adecuada, angustia que afecta significativamente a su vida y que no reciben todas las prestaciones a las que tienen derecho. También respecto a las necesidades se pudo concluir que el mayor número de necesidades cubiertas dentro la muestra hacen referencia a las condiciones físicas del dismovilizado, lo cual se relaciona con el tipo de capacitación y ayuda que reciben de los servicios de salud.

Como corolario, los cuidadores asumen su rol por diversos motivos: gratitud, obligación, evitar la censura de otros familiares y amigos o porque es el único que está en condiciones de hacerlo (Barrera 2000). Además, los programas y servicios de salud se centran en el paciente dismovilizado y es el cuidador quien debe capacitarse en función de los síntomas y signos físicos del adulto mayor dismovilizado, desatendiendo aspectos de índole psicológica propias de la díada dismovilizado-cuidador. Es necesario verlos como sujetos de cuidado e implementar medidas destinadas a velar por el bienestar de los cuidadores, pues esto tendrá repercusiones en el bienestar de los familiares que están bajo su asistencia.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Albala C. et al. (2007). Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial. Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos, Unidad salud pública y nutrición. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/albala-situacioncuidadores-01.pdf>
- Aranibar P.; Calidad de Vida y Vejez, Barcelona, 2008. Recuperado en: [http://www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ\[1\].doc](http://www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ[1].doc)
- Barros, C. (1996b). Las políticas sociales para los adultos mayores en Chile. Revista de Trabajo Social, 68, 71-76.
- Barros, C. (1996a). Nivel de bienestar y proceso de envejecimiento. Revista de Trabajo Social, 67, 69-79.
- Barry, HC. & Eathorne, SW.(1994) Exercise and aging. Issues for the practitioner. Med. Clin.
- Bazo M. (1998)Vejez Dependiente, Políticas y Calidad de Vida; Universidad del País Vasco / EHU. Departamento de Sociología, Papers 56, 143-161.
- Belando M. y Salett A. (1995) Gerogogia de la salud -Una aproximacion a este campo de estudio imprescindible para una mayor calidad de vida y bienestar en la vejez; Pedagogía social: revista interuniversitaria, ISSN 1139-1723, Nº. 12, (Ejemplar dedicado a: Tercera Edad), págs. 105-120
- Buckwalter J. y Dinubile N. (1997). Decreased mobility in the elderly. The Physician and Sports Medicine.

- Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de salud (2005); Calidad de Vida relacionada a la Salud (HR-QoL) en población general; CHILE.
- Carretero S., Garcés J. & Ródenas F. (2005). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. Recuperado en <http://mayores.pre.cti.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Crespo A. (2006) - *Naciones y comunidades: perspectivas comparadas en la Europa atlántica (1650 - 1830)*.Consejería Sanidad y Consumo; BOCAN 14.8.2002
- División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital: Programa Adulto Mayor & Unidad de Discapacidad y Rehabilitación. *Norma de Cuidados Domiciliarios de Personas que Sufren de Discapacidad Severa,2006*. Santiago, Chile. Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.minsal.gob.cl>
- Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de acción social. (2010). ¿Qué efecto tiene cuidar de una persona dependiente en la percepción de sobrecarga de la persona cuidadora? . Recuperado en <http://bizkaia.net/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Adjuntos/Qu%C3%A9%20efecto%20tiene%20cuidar%20de%20una%20persona%20dependiente.pdf>
- Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001
- Escudero, B. (2007), «Las políticas sociales de dependencia en España. Contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 119: 65-89.
- Espín A., 2008. "Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia".

- Fernandez-Ballesteros (1997), Calidad de Vida en la Vejez: Condiciones Diferenciales; Anuario de Psicología, nº 73, 89-104.
- Fernández-Ballesteros, R. (1999). Introducción a la evaluación psicológica II. Madrid: Pirámide.
- García M. y Rodríguez I. (2004). El sistema de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria,
- García, M.A. (2002). El bienestar subjetivo. Escritos de Psicología, 6, 18-39
- García L. (2005) Apuntes sobre la calidad de Vida: Su carácter socioeconómico y su relación con la salud, Rev Cubana Invest Biomed; 24(1):72-6)
- Giraldo M, Clara Inés et al. (2005) Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [online]., vol.23, nº2, pp. 7-15. ISSN 0120-386X.
- Guzman J.y Huenchuan S. (2005); Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. CELADE – División Población de la CEPAL. Recuperado en http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/2/21682/JGuzman_SHuenchuan.pdf
- Havighurst, R.J. (1948/1972). Developmental tasks and education. New York: McKay.
- Herdman M., Badiab X., y Berra S. (2001); El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria Atención Primaria. 15 de octubre. 28 (6): 425-429 |
- Henderson, V. (1966) The Nature of Nursing. American Journal of Nursing.

- Instituto Nacional de Estadística (INE) (1999). Chile y los adultos mayores, impacto en la sociedad del 2000. Chile.
- Inouye, K, Silva E. (2007); Nivel de Instrucción socioeconómico y evaluación de algunas dimensiones de calidad de vida de octogenarios; Rev Latinoamericana de Enfermería septiembre-octubre; 15(número especial). Recuperado de: www.eerp.usp.br/rlae
- Lathrop. F (2009); Protección Jurídica de los adultos mayores en Chile.
- Manual de indicadores de vida en la vejez (CELADE-CEPAL, 2006).
- Ministerio de Salud (MINSAL).. Estado de avance en los objetivos de impacto y desarrollo. Capítulo I: Mejorar los logros sanitarios Alcanzados. Primera edición enero de 2008
- Ministerio de Salud (MINSAL) 2006. Norma de Cuidados Domiciliarios de Personas que sufren Discapacidad Severa, en: <http://www.ssmaule.cl/Pagina/articulacionRed/normaAtencionPostradoDomicilio.pdf>
- Moreno M., Nader A. & López de Mesa C. (2004). Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y su percepción de estado de salud. *Avances en Enfermería*. Vol XXII, nº1, pp 27-38. Recuperado en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxii1_2.pdf
- Murillo de la Vega S (2000). La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. *Política y Sociedad*, 35; 73-80
- O.N.U. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, 8 a 12 de abril de 2002.

- Organización de las Naciones Unidas (2002), Informe de la Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento, Madrid.
- Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010:
- Pérez M., Yanguas J. (2007); Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones. *Anales de psicología*, vol. 14, nº 1, 95-104. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v14/v14_1/mv09v14-1.pdf
- Primera Encuesta Nacional – Calidad de Vida en la Vejez 07.
- Programa de atención a enfermos crónicos dependientes, anexo IX, Escalas de Valoración Funcional y Cognitivas en: <http://es.scribd.com/doc/56082804/6/INDICE-DE-KATZ>
- Reyes T.; Triana E.; Matos N.; Acosta J. (2002); Salud en la tercera edad y calidad de vida, Revista electrónica de Geriátría, Feb.
- Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. 8-12 de abril de 2002. Madrid. Recuperado en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2008). Envejecimiento Activo.
- Seoane B., De la Iglesia F., Nicolás R., Ramos V., Pellicer C., Diz-Lois F. (2009); Análisis factorial de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes que ingresan en una unidad de corta estancia médica, *Rev Méd Chile*; 137: 1163-1172.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). *Chile Quiere a sus Adultos Mayores: Envejecimiento Activo, 2011*. Santiago, Chile. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Recuperado de <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>

-
- Tucsca R. (2005); La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla, Salud Uninorte. Barranquilla (Col.); 21: 76-86
 - Vaquiro S., Stiepovich J. (2010)Cuidado Informal, un reto asumido por la mujer.
 - Villalobos, et al. (2006). Norma de cuidados domiciliarios de personas que sufren de discapacidad severa. Recuperado de <http://www.ssmaule.cl/Pagina/articulacionRed/normaAtencionPostradoDomicilio.pdf>
 - Yanguas J. (2006); Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
 - Yanguas J., Leturia F., Leturia M. (2001); Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Matia Fundazioa*, Vol Oct. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-apoyo-02.pdf>

11. ANEXO

ANEXO N° 1: CUESTIONARIO CAMBERWELL DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES EN ANCIANOS CANE (VERSIÓN IV)

Cuestionario Camberwell de Evaluación de Necesidades en Ancianos

CANE
Versión IV

Código	_____
--------	-------

Entrevistado	Fecha dd / mm/ aa	Hora inicio de la entrevista	Hora final de la entrevista	Duración de la entrevista
Usuario	___/___/___	___ : ___	___ : ___	__ : ___
Cuidador/a	___/___/___	___ : ___	___ : ___	__ : ___
Staff	___/___/___	___ : ___	___ : ___	__ : ___
Investigador/Clinico	___/___/___	___ : ___	___ : ___	__ : ___

1. ALOJAMIENTO	EVALUACIONES			
	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA UN LUGAR ADECUADO DONDE VIVIR?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>¿Dónde vive usted? ¿Qué tipo de lugar es? ¿Tiene algún problema con el alojamiento?</i>				
0 = SIN NECESIDAD	Ej. La persona tiene un hogar adecuado incluso si está actualmente en un hospital. No necesita ayuda para su alojamiento.			
1 = NECESIDAD CUBIERTA	Ej. El hogar está en siendo adaptado o arreglado el mobiliario. La persona necesita ayuda que está recibiendo; p.ej. está viviendo en un alojamiento protegido o en una pensión.			
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Vagabundo, alojamiento precario o el alojamiento carece de las condiciones básicas como agua, electricidad, calefacción.			
9 = DESCONOCIDO				
SI SE PUNTEA 0 O 9 IR AL ÁREA 2				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA EL ALOJAMIENTO?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Ocasionalmente le dejan algunos muebles o realizan pequeños trabajos en el hogar.			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Ayuda sustancial en la mejora del alojamiento, tal como adaptaciones específica del piso o en la organización del mobiliario.			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Vive con parientes o amigos porque su propio alojamiento es insatisfactorio.			
9 = DESCONOCIDO				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU ALOJAMIENTO?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU ALOJAMIENTO?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Reparaciones menores, dar la dirección de servicios comunitarios de alojamiento.			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Reparaciones mayores, derivar a los servicios comunitarios de alojamiento, procurar activamente el cambio de alojamiento.			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Ser realojado, vivir en un hogar grupal, pensión, residencia u hospital.			
9 = DESCONOCIDO				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SU ACOMODACIÓN? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SU ACOMODACIÓN? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)	<input type="text"/>			
COMENTARIOS				

2. CUIDADO DEL HOGAR **EVALUACIONES**

USUARIO PROF. CUIDADOR INVEST.

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

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

- 0 = SIN NECESIDAD Ej. Autónomo para el cuidado de su hogar. El hogar puede estar desordenado pero la persona lo mantiene básicamente limpio.
- 1 = NECESIDAD CUBIERTA Ej. Limitado en para el cuidado del hogar y tiene ayuda doméstica adecuada.
- 2 = NECESIDAD NO CUBIERTA Ej. Incapaz del cuidado y no recibe ayuda doméstica adecuada. El hogar presenta riesgo potencial para la salud o de incendios / escape de gas.
- 9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 3

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

- 0 = NINGUNA
- 1 = POCA AYUDA Ej. Indicaciones o ayuda en el orden o limpieza ocasionalmente
- 2 = MODERADA AYUDA Ej. Indicaciones o ayuda en el orden o limpieza al menos una vez a la semana
- 3 = MUCHA AYUDA Ej. Hacen la mayoría o todas las tareas de la casa .
- 9 = DESCONOCIDO

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

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

- 0 = NINGUNA
- 1 = POCA AYUDA Ej. Indicaciones/supervisión del personal
- 2 = MODERADA AYUDA Ej. Alguna ayuda con las tareas domésticas
- 3 = MUCHA AYUDA Ej. La mayoría de las tareas son realizada por el personal
- 9 = DESCONOCIDO

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

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

COMENTARIOS

3. ALIMENTACIÓN	EVALUACIONES			
	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA DIFICULTADES PARA CONSEGUIR SUFICIENTE COMIDA?				
<i>¿Prepara sus propios alimentos y hace su compra? ¿Qué tipo de alimentación toma?</i>				
0 = SIN NECESIDAD	Ej. Capaz de comprar o preparar comidas adecuadas de forma autónoma.			
1 = NECESIDAD CUBIERTA	Ej. Incapaz de prepararse alimentos y le recibe comidas o ayudas que cubren su necesidad.			
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Dieta muy pobre; comida culturalmente inapropiada; incapaz de obtener alimento adecuado; dificultad para tragar comida normal.			
9 = DESCONOCIDO				
SI SE PUNTEA 0 O 9 IR AL ÁREA 4				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA UNA ALIMENTACIÓN SUFICIENTE?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Ocasionalmente se le facilita comida o ayuda con las compras.			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Ayuda semanal en la compra o comida facilitada más de una vez por semana pero no diariamente.			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Se le facilita ayuda para la comida diariamente.			
9 = DESCONOCIDO				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN SUFICIENTE?				
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN SUFICIENTE?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Le proporcionan 1-4 comidas por semana o se le ayuda en una comida por semana.			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Se le proporciona más de 4 comidas semanalmente o se le ayuda en todas las comidas. Compra Semanal.			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Se le facilitan todas las comidas			
9 = DESCONOCIDO				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN SUFICIENTE?				
(0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN SUFICIENTE? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9= DESCONOCIDO)				
COMENTARIOS				

4. CUIDADO PERSONAL	EVALUACIONES			
	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE DIFICULTADES LA PERSONA PARA SU CUIDADO?				
<i>¿Tiene dificultades con el cuidado personal como lavado, vestido, cortar sus uñas...? ¿Necesita ayuda alguna vez?</i>				
0 = SIN PROBLEMAS	Ej. Apropriadamente vestido y arreglado de forma autónoma.			
1 = NECESIDAD CUBIERTA	Ej. Necesita y recibe ayuda para su cuidado personal			
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Poca higiene personal, incapaz de vestirse o lavarse, sin recibir ayuda adecuada.			
9 = DESCONOCIDO				
SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 5				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA EL CUIDADO PERSONAL?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Indicaciones (cambiarse de ropas) o ayudas ocasionalmente			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Ayuda regular, semanalmente o más a menudo			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Ayuda diaria con baño o vestido. Colada semanal			
9 = DESCONOCIDO				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU CUIDADO PERSONAL?				
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU CUIDADO PERSONAL?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Indicaciones ocasionales por parte del personal			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Supervisión semanal del aseo y algún otro aspecto del cuidado personal			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Supervisión de la mayoría de los aspectos del auto cuidado; ayuda la mayoría de los días			
9 = DESCONOCIDO				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SU CUIDADO PERSONAL?(0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL, ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SU CUIDADO PERSONAL? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				
COMENTARIOS				

5. CUIDADO DE OTRA PERSONA	EVALUACIONES			
	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA DIFICULTADES CUIDANDO A OTRA PERSONA?				
<i>¿Está cuidando de alguien? ¿Tiene alguna dificultad en ocuparse de él/ella?</i>				
0 = SIN NECESIDAD	Ej. No tiene nadie de quien cuidar o sin problemas en cuidar a otra persona.			
1 = NECESIDAD CUBIERTA	Ej. Dificultades con el cuidado de otra persona y está recibiendo ayuda.			
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Dificultad sería en ocuparse o cuidar de otra persona.			
9 = DESCONOCIDO				
SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 6				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA OCUPARSE DE ALGUIEN MÁS?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Ayuda ocasional, menos de una vez a la semana			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Ayuda la mayor parte de los días			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. La persona de la que cuidaba ha ido a vivir con amigos o familiares.			
9 = DESCONOCIDO				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA CUIDAR DE ALGUIEN?				
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA CUIDAR DE ALGUIEN?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. La persona va a un centro de día; asistencia semanal en el domicilio.			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Asistencia en el domicilio casi diaria; actualmente programa de entrenamiento/apoyo para el cuidador.			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Ingresos en instituciones temporales, cuidado organizado durante las 24 horas o planes para ingreso en residencia			
9 = DESCONOCIDO				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA CUIDAR DE ALGUIEN? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL, ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA CUIDAR DE ALGUIEN MÁS? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				
COMENTARIOS				

6. ACTIVIDADES DIARIAS	EVALUACIONES			
	USUARIO	PRÓF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE DIFICULTADES LA PERSONA PARA MANTENER ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES Y ADECUADAS?				
<i>¿Cómo pasa el día? ¿Tiene suficientes cosas que hacer?</i>				
0 = SIN NECESIDAD Ej. Actividades adecuadas de trabajo, sociales o de ocio; puede organizar sus propias actividades.				
1 = NECESIDAD CUBIERTA Ej. Incapaz de ocuparse de sí mismo, tiene actividades adecuadas organizadas por otros.				
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA Ej. Carece de actividades de trabajo, sociales o de ocio adecuadas.				
9 = DESCONOCIDO				
SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 7				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA ENCONTRAR O MANTENER UNAS ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES Y ADECUADAS?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA Ej. Ayuda ocasional en planear actividades				
2 = MODERADA AYUDA Ej. Ayuda por lo menos semanalmente				
3 = MUCHA AYUDA Ej. Ayuda diaria en la organización de las actividades				
9 = DESCONOCIDO				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA ENCONTRAR O MANTENER ACTIVIDADES DIARIAS ADECUADAS?				
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA ENCONTRAR O MANTENER ACTIVIDADES DIARIAS ADECUADAS?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA Ej. Educación de adultos Una actividad semanalmente.				
2 = MODERADA AYUDA Ej. Centro de día 2-4 días a la semana. Asistencia a hospital de día. Actividades adecuadas 2-4 días por semana.				
3 = MUCHA AYUDA Ej. Aporte de de actividades adecuadas 5 o más días por semana, p.ej. centro u hospital de día.				
9 = DESCONOCIDO				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA CON SUS ACTIVIDADES?(0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL, ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA CON SUS ACTIVIDADES? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9= DESCONOCIDO)				
COMENTARIOS				

7. MEMORIA	EVALUACIONES			
	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA PROBLEMAS CON LA MEMORIA?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>¿A menudo tiene problemas para recordar cosas que han sucedido recientemente? ¿A menudo olvida dónde ha puesto las cosas?</i>				
0 = SIN NECESIDAD Ej. A veces se olvida pero lo recuerda más tarde. No le crea problemas. 1 = NECESIDAD CUBIERTA Ej. Algunos problemas, pero están siendo estudiados / o está recibiendo ayuda. 2 = NECESIDAD NO CUBIERTA Ej. Claro déficit en recordar nueva información; pierde cosas; desorientado en tiempo y/o espacio, no recibiendo asistencia adecuada. 9 = DESCONOCIDO SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 8				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES POR SU PÉRDIDA DE MEMORIA?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 = NINGUNA 1 = POCA AYUDA Ej. Advertencias, notas ocasionales, recordatorios. Visitas semanales. 2 = MODERADA AYUDA Ej. Asistencia/supervisión la mayoría de los días 3 = MUCHA AYUDA Ej. Vive con un familiar. Supervisión constante 9 = DESCONOCIDO				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SU PÉRDIDA DE MEMORIA?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SU PÉRDIDA DE MEMORIA?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 = NINGUNA 1 = POCA AYUDA Ej. Algún consejo/ ayuda con la memoria, revisiones por su médico de cabecera. 2 = MODERADA AYUDA Ej. Está bajo estudio. Regularmente le ve un profesional de la salud, Ej. Clínica de memoria, hospital de día. Acude al especialista. Se ha adaptado su entorno. 3 = MUCHA AYUDA Ej. Asistencia especial organizada en función de los déficits de memoria. Asistencia continua. 9 = DESCONOCIDO				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SU PÉRDIDA DE MEMORIA? (0=NO 1=SI 9=DESCONOCIDO)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿EN GENERAL, ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SU PÉRDIDA DE MEMORIA? (0=NO SATISFECHA 1= SATISFECHA 9=DESCONOCIDO)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMENTARIOS				

8. VISTA/OIDO / COMUNICACION

EVALUACIONES

USUARIO PROF. CUIDADOR INVEST.

¿TIENE LA PERSONA ALGÚN PROBLEMA DE VISIÓN O AUDICIÓN?

--	--	--	--

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

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

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

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

9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 9

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

--	--	--	--

0 = NINGUNA

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

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

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

9 = DESCONOCIDO

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

--	--	--	--

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

--	--	--	--

0 = NINGUNA

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

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

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

9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SUS PROBLEMAS DE VISIÓN/AUDICIÓN?

--	--	--	--

(0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SUS PROBLEMAS DE VISIÓN/AUDICIÓN?

--	--	--	--

(0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

--

9.	MOVILIDAD / CAIDAS	EVALUACIONES			
		USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA PROBLEMAS PARA MOVERSE, CAÍDAS O PROBLEMAS PARA USAR EL TRANSPORTE PÚBLICO?					
<i>¿Tiene usted alguna dificultad al entrar o salir de casa?</i> <i>¿Ha tenido caídas? ¿Puede usar el autobús o el tren?</i>					
0 = SIN NECESIDAD		Ej. Físicamente capaz. Movilidad normal			
1 = NECESIDAD CUBIERTA		Ej. Alguna dificultad caminando, subiendo escaleras o usando el transporte público, pero capaz de hacerlo con ayudas (p. ej. bastones, muletas, silla de ruedas). Caídas ocasionales. Plan de seguridad en el local.			
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA		Ej. Movilidad muy restringida incluso con aparatos para caminar. Varias caídas por mes. Carece de ayuda adecuada.			
9 = DESCONOCIDO					
SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 10					
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES POR SUS PROBLEMAS DE MOVILIDAD					
0 = NINGUNA					
1 = POCA AYUDA		Ej. Ayuda ocasional, p. ej. con el transporte			
2 = MODERADA AYUDA		Ej. Ayuda habitual para moverse o con el transporte público. Ayuda para organizar cambios en la casa.			
3 = MUCHA AYUDA		Ej. Ayuda diaria y supervisión con la movilización/transporte.			
9 = DESCONOCIDO					
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE MOVILIDAD?					
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE MOVILIDAD?					
0 = NINGUNA					
1 = POCA AYUDA		Ej. Consejo. Una o más ayudas (Bastones, muletas...)			
2 = MODERADA AYUDA		Ej. Realizando actualmente investigaciones y/o valoración traumatológica o fisioterapéutica Transporte regular, p. ej. al centro de día; recibe ligera ayuda para su movilidad.			
3 = MUCHA AYUDA		Ej. Cambios apropiados completos en la casa y ayudas. Asistencia la mayoría de los días. Atención a domicilio debido a necesidad de movilidad.			
9 = DESCONOCIDO					
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SUS PROBLEMAS DE MOVILIDAD? (0=NO 1=SI 9=DESCONOCIDO)					
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SUS PROBLEMAS DE MOVILIDAD? (0=NO SATISFECHA 1= SATISFECHA 9=DESCONOCIDO)					
COMENTARIOS					

10. CONTINENCIA	EVALUACIONES			
	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA INCONTINENCIA?				
<p><i>¿Ha tenido alguna vez accidentes / se ha mojado alguna vez al no poder llegar al lavabo rápidamente? ¿Cuánto problema? ¿Heces en alguna ocasión? ¿Está recibiendo alguna ayuda?</i></p>				
<p>0 = SIN NECESIDAD Ej. Sin incontinencia/ Autónomo para manejar problemas de incontinencia.</p> <p>1 = NECESIDAD CUBIERTA Ej. Incontinencia en alguna ocasión. Recibiendo la ayuda adecuada/investigaciones diagnósticas.</p> <p>2 = NECESIDAD NO CUBIERTA Ej. Habitualmente húmedo o manchado. Incontinencia progresiva que necesita valoración.</p> <p>9 = DESCONOCIDO</p> <p style="font-size: x-small;">SI SE PUNTEA 0 O 9 IR AL ÁREA 11</p>				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES POR SUS PROBLEMAS DE INCONTINENCIA?				
<p>0 = NINGUNA</p> <p>1 = POCA AYUDA Ej. Advertencias regulares para mantener la continencia</p> <p>2 = MODERADA AYUDA Ej. Ayuda habitual con el lavado de ropa, higiene y uso de ayudas</p> <p>3 = MUCHA AYUDA Ej. Ayuda completa con la incontinencia (lavado de ropa, higiene, ayudas...).</p> <p>9 = DESCONOCIDO</p>				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE INCONTINENCIA?				
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE INCONTINENCIA?				
<p>0 = NINGUNA</p> <p>1 = POCA AYUDA Ej. Avisos regulares para mantener la continencia y provisión de otras ayudas.</p> <p>2 = MODERADA AYUDA Ej. Investigaciones/tratamiento. Ayuda habitual con lavado de ropa higiene y ayudas</p> <p>3 = MUCHA AYUDA Ej. Intervención médica planificada(p. ej. cirugía). Cuidado y asistencia constantes debido a la incontinencia (p.ej. en residencia). Programa substancial de incontinencia en acción..</p> <p>9 = DESCONOCIDO</p>				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SUS PROBLEMAS DE INCONTINENCIA? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL , ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SUS PROBLEMAS DE INCONTINENCIA?(0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				
<p>COMENTARIOS</p>				

11. SALUD FÍSICA	EVALUACIONES			
	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA ALGUNA DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD FÍSICA?				
<i>¿Cómo se siente físicamente? ¿Sigue algún tratamiento para problemas físicos prescrito por su médico?</i>				
0 = SIN NECESIDAD	Ej. Físicamente bien No está recibiendo intervenciones médicas.			
1 = NECESIDAD CUBIERTA	Ej. Enfermedad física como tensión alta que recibe un tratamiento/estudio adecuado. Revisiones de su estado de salud.			
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Enfermedad física seria sin tratamiento. Dolor importante. En lista de espera para cirugía mayor			
9 = DESCONOCIDO				
SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 12				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O FAMILIARES POR SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Se le organizan citas para ver al médico			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Acompañado regularmente al médico o al hospital			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Diariamente se le ayuda con los problemas resultado de la enfermedad. Viviendo con un familiar mientras se encuentra convaleciente o enfermo			
9 = DESCONOCIDO				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA?				
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Se le da una dieta o consejo médico. Visitas ocasionales al médico de cabecera por medicinas.			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Medicación importante prescrita . Regularmente visto por profesionales sanitarios (médico de cabecera o personal de enfermería, personal de hospital/centro de día).			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Admisiones periódicas en el hospital. Cuidado de enfermería 24 h/día. Tratamiento muy regular o intensivo.			
9 = DESCONOCIDO				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA? (0= NO 1=SI 9=DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SUS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA? (0=NO SATISFECHA 1= SATISFECHA 9=DESCONOCIDO)				
COMENTARIOS (Considerar salud bucal, cuidados de piel y pies, especialmente en personas muy débiles o que presentan condiciones médicas crónicas).				

12. MEDICACIÓN/ DROGAS	EVALUACIONES			
	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA PROBLEMAS CON MEDICAMENTOS O DROGAS?				
<p><i>¿Tiene algún problema (p. ej. efectos secundarios) con la medicación? ¿Cuántas pastillas diferentes está tomando? ¿Ha sido su medicación revisada recientemente por su médico? ¿Toma usted algún medicamento o sustancia que no le haya sido recetado?</i></p>				
<p>0 = SIN NECESIDAD Ej. Sin problemas de cumplimiento, efectos secundarios, abuso o dependencia de sustancias. 1 = NECESIDAD CUBIERTA Ej. Revisión habituales, consejo. La enfermera administra la medicación. Pastilleros. 2 = NECESIDAD NO CUBIERTA Ej. Cumplimiento deficiente, toma demasiado o muy poco. Dependencia o abuso de sustancias (recetadas o no), medicación proporcionada inadecuada. 9 = DESCONOCIDO</p>				
SI SE PUNTEA 0 O 9 IR AL ÁREA 13				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O FAMILIARES CON SU MEDICACIÓN?				
<p>0 = NINGUNA 1 = POCA AYUDA Ej. Recuerdo ocasional. Advertencias de mala utilización de sustancias. 2 = MODERADA AYUDA Ej. Recogida, recuerdos habituales y control de la medicación. Consejo sobre instituciones de ayuda 3 = MUCHA AYUDA Ej. Administran y guardan la medicación. Apoyo durante programa de abstinencia de drogas 9 = DESCONOCIDO</p>				
¿CUÁNTA AYUDA CON SU MEDICACIÓN RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES?				
¿CUÁNTA AYUDA CON SU MEDICACIÓN NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES?				
<p>0 = NINGUNA 1 = POCA AYUDA Ej. Consejo del médico de cabecera. Instrucciones sobre la toma de medicación 2 = MODERADA AYUDA Ej. Supervisión por enfermera/hospital de día/ recurso de ayuda que le administra medicinas. 3 = MUCHA AYUDA Programa intensivo para la administración de medicinas, cumplimiento, abuso o dependencia (p.ej. programa de abstinencia supervisado para tratamiento de la dependencia de sustancias). 9 = DESCONOCIDO</p>				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA CON SU MEDICACIÓN? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL, ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA CON SU MEDICACIÓN? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				
COMENTARIOS				

13. SÍNTOMAS PSICÓTICOS	EVALUACIONES			
	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿TIENE LA PERSONA SÍNTOMAS PSICÓTICOS TALES COMO IDEAS DELIRANTES, ALUCINACIONES, ALTERACIONES FORMALES DEL PENSAMIENTO O PASIVIDAD?				
<i>¿Alguna vez oye voces, ve cosas extrañas o tiene problemas con sus pensamientos? ¿Toma alguna medicación para esto?</i>				
0 = SIN NECESIDAD	No hay síntomas definidos, no hay riesgo de padecerlos y no toma medicación para síntomas psicóticos			
1 = NECESIDAD CUBIERTA	Síntomas mejorados con medicación u otra ayuda, p.ej. estrategias de afrontamiento, plan de seguridad.			
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Actualmente presenta síntomas o riesgo de padecerlos.			
9 = DESCONOCIDO				
SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 14				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O FAMILIARES POR SUS SÍNTOMAS PSICÓTICOS?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Algún apoyo			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Cuidadores implicados en ayudarlo con estrategias para el afrontamiento o cumplimiento de la medicación.			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Supervisión constante con la medicación y ayuda en las estrategias para el afrontamiento.			
9 = DESCONOCIDO				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SUS SÍNTOMAS PSICÓTICOS?				
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SUS SÍNTOMAS PSICÓTICOS?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Estado mental y medicación revisados trimestralmente o con menor frecuencia. Grupo de apoyo.			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Estado mental y medicación revisados más que trimestralmente. Terapia estructurada frecuente (hospital de día, visitas frecuentes de enfermería)			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Medicación y cuidado hospitalario (24 horas), centro de día diariamente o manejo de la crisis en el domicilio.			
9 = DESCONOCIDO				
¿RECIBE LA PERSONA LA AYUDA ADECUADA PARA SUS SÍNTOMAS PSICÓTICOS? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA QUE RECIBE PARA SUS SÍNTOMAS PSICÓTICOS? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
COMENTARIOS				

14. ANGSTIA	EVALUACIONES	
	USUARIO PROF. CUIDADOR INVEST.	

¿ESTÁ ACTUALMENTE LA PERSONA ANGSTIADA?				
--	--	--	--	--

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

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

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 15

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

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

¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SU ANGSTIA?				
---	--	--	--	--

¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SU ANGSTIA?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Evaluación del estado mental o apoyo ocasional.			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Tratamiento específico psicológico o social para la ansiedad. Asesorado por personal sanitario al menos una vez por semana, p.ej. en Hospital de día.			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Atención hospitalaria durante 24 horas o manejo de la crisis en su domicilio.			
9 = DESCONOCIDO				

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

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

COMENTARIOS

15. INFORMACIÓN (SOBRE SU ESTADO Y TRATAMIENTO) EVALUACIONES
 USUARIO PROF. CUIDADOR INVEST.

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

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

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

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 16

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

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

¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA OBTENER TAL INFORMACIÓN?				
---	--	--	--	--

¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA OBTENER TAL INFORMACIÓN?				
---	--	--	--	--

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

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

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

COMENTARIOS

16. RIESGO PARA SI MISMO (AUTOAGRESIÓN DELIBERADA) **EVALUACIONES**
USUARIO PROF. CUIDADOR INVEST.

¿ES LA PERSONA UN PELIGRO PARA SI MISMO?				
---	--	--	--	--

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

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

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 17

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

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

¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE AUTOAGRESIÓN?				
---	--	--	--	--

¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE AUTOAGRESIÓN?				
---	--	--	--	--

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

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

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

COMENTARIOS

17. RIESGO PARA SI MISMO (ACCIDENTES) **EVALUACIONES**
USUARIO PROF. CUIDADOR INVEST.

¿TIENE LA PERSONA RIESGO DE DAÑARSE ACCIDENTALMENTE?

--	--	--	--

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

- 0 = SIN NECESIDAD Ej. No daños personales por accidente
- 1 = NECESIDAD CUBIERTA Ej. Supervisión específica o ayuda para prevenir el riesgo, p. ej. notas recordatorio o avisos ocasionales, ambiente seguro, observación.
- 2 = NECESIDAD NO CUBIERTA Ej. Conducta peligrosa frecuente; p. ej. perderse, peligro con el gas/fuego, falta de plan de seguridad en el lugar.
- 9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 18

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

--	--	--	--

- 0 = NINGUNA
- 1 = POCA AYUDA Ej. Supervisión periódica, semanalmente o menos..
- 2 = MODERADA AYUDA Ej. Supervisión 3-5 días cada semana
- 3 = MUCHA AYUDA Ej. Supervisión casi constante/cuidado las 24 horas debido al riesgo.
- 9 = DESCONOCIDO

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

--	--	--	--

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

--	--	--	--

- 0 = NINGUNA
- 1 = POCA AYUDA Ej. Control de la conducta semanalmente o menos, realizada completa evaluación de riesgo.
- 2 = MODERADA AYUDA Ej. Supervisión diaria, plan específico para prevenir la amenaza.
- 3 = MUCHA AYUDA Ej. Supervisión constante, p.ej. en residencia debido al riesgo de autodaño inadvertido.
- 9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA AYUDA ADECUADA PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR DAÑO POR ACCIDENTE?

--	--	--	--

(0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR DAÑO POR ACCIDENTE?

--	--	--	--

(0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

18. ABUSO/ ABANDONO

EVALUACIONES
USUARIO PROF. CUIDADOR INVEST.

¿ESTÁ LA PERSONA EN RIESGO POR CAUSA DE OTROS?				
---	--	--	--	--

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

0 = SIN NECESIDAD	Ej. No aspectos de abuso/ abandono durante el mes pasado.
1 = NECESIDAD CUBIERTA	Ej. Necesita y consigue apoyo o protección. Plan de seguridad en acción.
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. Gritos, empujones o desatención habituales. Malversación financiera. Agresión física.
9 = DESCONOCIDO	

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 19

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

0 = NINGUNA	
1 = POCA AYUDA	Ej. Consejos ocasionales
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Apoyo y protección habituales.
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Apoyo constante; protección regular, gestiones.
9 = DESCONOCIDO	

¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR ABUSOS?				
--	--	--	--	--

¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA REDUCIR EL RIESGO DE SUFRIR ABUSOS?				
--	--	--	--	--

0 = NINGUNA	
1 = POCA AYUDA	Ej. Alguien con quien contactar cuando se siente amenazado o inseguro
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Apoyo habitual, ocasionalmente ayuda.
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Supervisión constante; implicación legal vía servicios; separación de la persona responsable del abuso
9 = DESCONOCIDO	

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

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

COMENTARIOS

19. CONDUCTA (RIESGO PARA LOS DEMÁS) EVALUACIONES

USUARIO PROF. CUIDADOR INVEST.

¿ES LA CONDUCTA DE LA PERSONA PELIGROSA, AMENAZANTE O MOLESTA PARA OTROS?

--	--	--	--

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

- 0 = SIN NECESIDAD Ej. Sin historia de comportamiento violento o amenazante
 - 1 = NECESIDAD CUBIERTA Ej. Bajo supervisión/ tratamiento debido a su riesgo potencial.
 - 2 = NECESIDAD NO CUBIERTA Ej. Violencia o amenazas recientes.
 - 9 = DESCONOCIDO
- SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 20

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

--	--	--	--

- 0 = NINGUNA
- 1 = POCA AYUDA Ej. Ayuda/supervisión semanalmente o menos.
- 2 = MODERADA AYUDA Ej. Ayuda /supervisión más de una vez por semana.
- 3 = MUCHA AYUDA Ej. Ayuda/supervisión casi constante por su persistente comportamiento amenazante.
- 9 = DESCONOCIDO

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

--	--	--	--

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

--	--	--	--

- 0 = NINGUNA
- 1 = POCA AYUDA Ej. Control del comportamiento semanalmente o menos
- 2 = MODERADA AYUDA Ej. Supervisión diaria o servicio de atención nocturna, activo plan de asistencia en acción.
- 3 = MUCHA AYUDA Ej. Supervisión constante. Programa intensivo de control de conducta .
- 9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE LA PERSONA LA AYUDA ADECUADA PARA REDUCIR EL RIESGO DE QUE MOLESTE O DAÑE A ALGUIEN?

--	--	--	--

(0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL, ESTÁ LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA REDUCIR EL RIESGO DE QUE MOLESTE O DAÑE A ALGUIEN?

--	--	--	--

(0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

20. ALCOHOL	EVALUACIONES			
	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿BEBE LA PERSONA EXCESIVAMENTE O TIENE PROBLEMAS PARA CONTROLAR LA BEBIDA?				
<i>¿Toma alcohol? ¿Cuánto? ¿La bebida le causa algún problema? ¿Se siente culpable alguna vez? ¿Desearía beber menos?</i>				
0 = SIN NECESIDAD	Ej. No bebe o lo hace sensatamente			
1 = NECESIDAD CUBIERTA	Ej. En riesgo de abuso de alcohol y recibiendo ayuda			
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA adecuada.	Ej. Actualmente bebiendo de forma perjudicial o incontrolable, no recibiendo asistencia adecuada.			
9 = DESCONOCIDO				
SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 21				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA SU PROBLEMA CON LA BEBIDA?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Advertido de que lo deje			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Se le informa acerca de asociaciones de ayuda, p. ej. alcohólicos anónimos			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Constante apoyo y/o vigilancia de la ingesta de alcohol.			
9 = DESCONOCIDO				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU PROBLEMA CON LA BEBIDA?				
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA SU PROBLEMA CON LA BEBIDA?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Se le da información y se le habla sobre los riesgos			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Se le proporciona apoyo e información sobre recursos de ayuda; el acceso a la bebida está supervisado.			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Acude a un centro para alcohólicos, programa de deshabituación supervisado			
9 = DESCONOCIDO				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SU PROBLEMA CON LA BEBIDA?				
(0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SU PROBLEMA CON LA BEBIDA?				
(0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				
COMENTARIOS				

21. COMPAÑÍA	EVALUACIONES			
USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.	
¿NECESITA LA PERSONA AYUDA PARA EL CONTACTO SOCIAL?				
<i>¿Está satisfecho con su vida social? ¿Desearía tener más contacto social con otros? ¿Se siente a menudo solo?</i>				
0 = SIN NECESIDAD Ej. Capaz de mantener suficientes contactos con otros, tiene suficientes amigos 1 = NECESIDAD CUBIERTA Ej. Identificada la necesidad de carecer de compañía pero recibe intervenciones específicas, p.ej. está solo de noche pero asiste de forma apropiada a club social o centro de día. Involucración de trabajador social. 2 = NECESIDAD NO CUBIERTA Ej. Frecuentemente se siente solo y aislado. Muy pocos contactos sociales 9 = DESCONOCIDO				
SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 22				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES CON RELACIÓN A LOS CONTACTOS SOCIALES?				
0 = NINGUNA 1 = POCA AYUDA Ej. Menos de un contacto social/visita a la semana 2 = MODERADA AYUDA Ej. Contactos sociales semanalmente o más a menudo. 3 = MUCHA AYUDA Ej. Contactos sociales al menos cuatro veces a la semana. 9 = DESCONOCIDO				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA FACILITAR SUS CONTACTOS SOCIALES?				
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA FACILITAR SUS CONTACTOS SOCIALES?				
0 = NINGUNA 1 = POCA AYUDA Ej. Visitas ocasionales de voluntarios. Ha sido referido a club social. 2 = MODERADA AYUDA Ej. Asiste regularmente a centro de día o grupo comunitario, actividad social organizada. 3 = MUCHA AYUDA Ej. Asiste a centro de día o visitas sociales a domicilio en 3 o más ocasiones a la semana; entrenamiento en habilidades sociales, involucración de trabajador social. 9 = DESCONOCIDO				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA FACILITAR SUS CONTACTOS SOCIALES?				
(0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA FACILITAR SUS CONTACTOS SOCIALES?				
(0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				
COMENTARIOS				

22. RELACIONES INTIMAS

EVALUACIONES
 USUARIO PROF. CUIDADOR INVEST.

¿TIENE LA PERSONA UN COMPAÑERO, FAMILIAR O AMIGO CON QUIEN MANTENGA UNA RELACIÓN EMOCIONAL O FÍSICA INTIMA?

--	--	--	--

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

- 0 = SIN NECESIDAD Ej. Contento con sus relaciones actuales o no desea relaciones íntimas.
 - 1 = NECESIDAD CUBIERTA Ej. Tiene problemas con sus relaciones íntimas, recibe un plan/asesoramiento/apoyo específico que le resulta útil.
 - 2 = NECESIDAD NO CUBIERTA Ej. Desesperadamente solo. Carece de confidente.
 - 9 = DESCONOCIDO
- SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 23

¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA FORMAR Y MANTENER UNA RELACIÓN DE PAREJA?

--	--	--	--

- 0 = NINGUNA
- 1 = POCA AYUDA Ej. Apoyo emocional ocasional.
- 2 = MODERADA AYUDA Ej. Apoyo habitual.
- 3 = MUCHA AYUDA Ej. Ayuda para contactar con servicios de orientación (orientación en duelo/problemas conyugales) que posiblemente incluye el acompañar a la persona hasta allí .
- 9 = DESCONOCIDO

¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA FORMAR Y MANTENER UNA RELACIÓN DE PAREJA?

--	--	--	--

¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA FORMAR Y MANTENER UNA RELACIÓN DE PAREJA?

--	--	--	--

- 0 = NINGUNA
- 1 = POCA AYUDA Ej. Algún apoyo/consejo.
- 2 = MODERADA AYUDA Ej. Apoyo/consejo de forma regular.
- 3 = MUCHA AYUDA Ej. Apoyo intensivo. Terapia específica (p. ej. terapia conyugal o de duelo)
- 9 = DESCONOCIDO

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

--	--	--	--

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

--	--	--	--

COMENTARIOS

23. DINERO/ FINANZAS

EVALUACIONES

USUARIO PROF. CUIDADOR INVEST.

¿TIENE LA PERSONA PROBLEMAS PARA ADMINISTRAR SU DINERO?

--	--	--	--

¿Tiene alguna dificultad para manejar su dinero?

¿Es capaz de pagar sus facturas?

- | | |
|---------------------------|---|
| 0 = SIN NECESIDAD | Ej. Capaz de comprar cosas esenciales y pagar facturas de forma autónoma. |
| 1 = NECESIDAD CUBIERTA | Ej. Recibe ayuda para administrarse o manejar su dinero |
| 2 = NECESIDAD NO CUBIERTA | Ej. A menudo no tiene dinero para cosas básicas o recibos. Incapaz de administrarse |
| 9 = DESCONOCIDO | |

SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA 24

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

--	--	--	--

- | | |
|--------------------|---|
| 0 = NINGUNA | |
| 1 = POCA AYUDA | Ej. Ayuda ocasional para pagar los recibos domésticos |
| 2 = MODERADA AYUDA | Ej. Ayuda frecuente, para calcular semanalmente el presupuesto, cobrar la pensión |
| 3 = MUCHA AYUDA | Ej. Se le administra totalmente sus finanzas. Poder legal. |
| 9 = DESCONOCIDO | |

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

--	--	--	--

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

--	--	--	--

- | | |
|--------------------|---|
| 0 = NINGUNA | |
| 1 = POCA AYUDA | Ej. Ayuda ocasional con el presupuesto |
| 2 = MODERADA AYUDA | Ej. Supervisión en el pago del alquiler, se le proporciona dinero semanalmente |
| 3 = MUCHA AYUDA | Ej. Completo o casi completo control de sus finanzas. Protección por sentencia legal, Poder legal |
| 9 = DESCONOCIDO | |

¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA ADMINISTRAR SU DINERO?

--	--	--	--

(0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA ADMINISTRAR SU DINERO?

--	--	--	--

(0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

24. PRESTACIONES SOCIALES	EVALUACIONES			
	USUARIO	PROF.	CUIDADOR	INVEST.
¿ESTÁ LA PERSONA RECIBIENDO TODAS LAS PRESTACIONES A LAS QUE TIENE DERECHO?				
<i>¿Está seguro de que recibe todo el dinero al que tiene derecho?</i>				
0 = SIN NECESIDAD	Ej. No necesita prestaciones o recibiendo todas las prestaciones que le corresponden			
1 = NECESIDAD CUBIERTA	Ej. Recibe ayuda adecuada en la reclamación de prestaciones sociales; trabajador social involucrado durante el mes pasado.			
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA	Ej. No recibe todas las prestaciones a las que tiene derecho			
9 = DESCONOCIDO				
SI SE PUNTEA 0 O 9 IR AL ÁREA A				
¿CUANTA AYUDA RECIBE LA PERSONA POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA OBTENER TODAS LAS PRESTACIONES A LAS QUE TIENE DERECHO?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Ocasionalmente se le pregunta si está recibiendo algún dinero.			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Se le ayuda a cumplimentar solicitudes y se averigua sobre sus derechos			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Se han asegurado de que recibe todas sus prestaciones.			
9 = DESCONOCIDO				
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA OBTENER TODAS LAS PRESTACIONES A LAS QUE TIENE DERECHO?				
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA LA PERSONA DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA OBTENER TODAS LAS PRESTACIONES A LAS QUE TIENE DERECHO?				
0 = NINGUNA				
1 = POCA AYUDA	Ej. Información ocasional sobre sus derechos			
2 = MODERADA AYUDA	Ej. Ayuda para obtener derechos adicionales.			
3 = MUCHA AYUDA	Ej. Valoración completa de sus actuales derechos a prestaciones durante el mes pasado.			
9 = DESCONOCIDO				
¿RECIBE LA PERSONA LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA OBTENER TODAS LAS PRESTACIONES A LAS QUE TIENE DERECHO? (0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)				
¿EN GENERAL ESTA LA PERSONA SATISFECHA CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA OBTENER TODAS LAS PRESTACIONES A LAS QUE TIENE DERECHO? (0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)				
COMENTARIOS				

A. NECESIDAD DE INFORMACIÓN DEL CUIDADOR		EVALUACIONES			
USUARIO		PROF.	CUIDADOR	INVEST.	
¿SE LE HA PROPORCIONADO AL CUIDADOR INFORMACIÓN CLARA SOBRE LA ENFERMEDAD DE LA PERSONA Y TODOS LOS TRATAMIENTOS DISPONIBLES ?					
<i>¿Se le ha proporcionado información clara sobre la enfermedad de X y todos los tratamientos disponibles? ¿De cuanta ayuda le ha sido la información?</i>					
0 = SIN NECESIDAD		Ej. Recibida y comprendida			
1 = NECESIDAD CUBIERTA		Ej. No ha recibido o comprendido toda la información, se le ayuda con información.			
2 = NECESIDAD NO CUBIERTA		Ej. Ha recibido poca o ninguna información, no ha entendido la información recibida.			
9 = DESCONOCIDO					
SI SE PUNTÚA 0 O 9 IR AL ÁREA B					
¿CUANTA AYUDA RECIBE EL CUIDADOR POR PARTE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA OBTENER DICHA INFORMACIÓN?					
0 = NINGUNA					
1 = POCA AYUDA		Ej. Ha recibido algún consejo.			
2 = MODERADA AYUDA		Ej. Le han dado folletos o puesto en contacto con grupos de autoayuda			
3 = MUCHA AYUDA		Ej. Contactos habituales con médicos, otros profesionales, grupo de apoyo o autoayuda por amigos o parientes.			
9 = DESCONOCIDO					
¿CUÁNTA AYUDA RECIBE EL CUIDADOR DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA OBTENER DICHA INFORMACIÓN?					
¿CUÁNTA AYUDA NECESITA EL CUIDADOR DE LOS SERVICIOS LOCALES PARA OBTENER DICHA INFORMACIÓN?					
0 = NINGUNA					
1 = POCA AYUDA		Ej. Breve información verbal o escrita sobre la enfermedad/problemas/tratamientos			
2 = MODERADA AYUDA		Ej. Detalles sobre grupos de autoayuda. Explicaciones personales sobre medicamentos, tratamientos alternativos/servicios y probable curso del trastorno.			
3 = MUCHA AYUDA		Ej. Se le ha dado información detallada por escrito o ha tenido formación específica, p.ej. por parte de un trabajador clave.			
9 = DESCONOCIDO					
¿RECIBE EL CUIDADOR LA AYUDA ADECUADA PARA OBTENER DICHA INFORMACIÓN?					
(0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)					
¿EN GENERAL ESTA EL CUIDADOR SATISFECHO CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA OBTENER DICHA INFORMACIÓN?					
(0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)					
COMENTARIOS					

B. MALESTAR /ESTRÉS DEL CUIDADOR **EVALUACIONES**

USUARIO PROF. CUIDADOR INVEST.

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EL CUIDADOR ANSIOSO, ANGUISTIADO, DEPRIMIDO?

¿Encuentra usted difícil o estresante cuidar de X? ¿Siente que necesita un descanso o mucho más apoyo para usted?

- 0 = SIN NECESIDAD Ej. Afrontándolo bien.
- 1 = NECESIDAD CUBIERTA Ej. Alguna ansiedad/estrés: Recibiendo ayuda/ contacto/ apoyo beneficiosos.
- 2 = NECESIDAD NO CUBIERTA Ej. Muy angustiado o deprimido. Desea relevo en la tarea de cuidar.
- 9 = DESCONOCIDO

SI SE PUNTÚA 0 O 9 FINISH

¿CUANTA AYUDA RECIBE EL CUIDADOR DE SUS AMIGOS O PARIENTES PARA SUS PROBLEMAS DE ANSIEDAD MALESTAR?

- 0 = NINGUNA
- 1 = POCA AYUDA Ej. Consejo/apoyo ocasional.
- 2 = MODERADA AYUDA Ej. Apoyo práctico y/o emocional y/o ayuda para el cuidado semanalmente.
- 3 = MUCHA AYUDA Ej. Descanso habitual y ayuda con las tareas (3-4 veces por semana)
- 9 = DESCONOCIDO

¿CUÁNTA AYUDA RECIBE EL CUIDADOR DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE ANSIEDAD/MALESTAR?

¿CUÁNTA AYUDA NECESITA EL CUIDADOR DE LOS SERVICIOS LOCALES POR SUS PROBLEMAS DE ANSIEDAD/MALESTAR?

- 0 = NINGUNA
- 1 = POCA AYUDA Ej. Consejo, p. ej. sobre otras opciones, como ingreso en residencia.
- 2 = MODERADA AYUDA Ej. Cuidado de día semanal; ingresos temporales ocasionales; visitas de enfermería grupos de apoyo a los cuidadores.
- 3 = MUCHA AYUDA Ej. Ingresos temporales regulares de respiro. Tratamiento y/o consejo para la ansiedad/depresión.
- 9 = DESCONOCIDO

¿RECIBE EL CUIDADOR LA CLASE CORRECTA DE AYUDA PARA SU PROBLEMA DE MALESTAR/ANSIEDAD?

(0 = NO 1 = SI 9 = DESCONOCIDO)

¿EN GENERAL ESTA EL CUIDADOR SATISFECHO CON LA CANTIDAD DE AYUDA RECIBIDA PARA SU PROBLEMA DE MALESTAR/ANSIEDAD?

(0 = NO SATISFECHA 1 = SATISFECHA 9 = DESCONOCIDO)

COMENTARIOS

ANEXO N° 2: CUESTIONARIO EUROPEAN QUALITY OF LIFE – 5 DIMENSIONS (EQ-5D)

Marque con una cruz como ésta la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (*ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre*)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

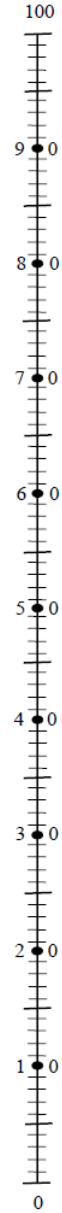
- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

Mejor estado
de salud
imaginable



Peor estado
de salud
imaginable

ANEXO N°3: LA ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit

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

ANEXO N° 4: ÍNDICE DE KATZ ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
ABREVIADO

Ficha de Aplicación del INDICE DE KATZ
Evalúa las Actividades Básicas de la Vida Diaria

Nombre.....Rut.....Edad.....Sexo.....

Actividades Básicas de la Vida diaria	Dependiente Leve		Dependencia Moderada		Dependencia Severa o POSTRADO	
Bañarse	Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda		Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera		Totalmente incapacitado para darse un baño por sí mismo	
Vestirse	Coge la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atarse los zapatos		Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente		Totalmente incapacitado para vestirse por sí mismo	
Usar el inodoro	Va al inodoro, se limpia y ajusta la ropa		Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal		Totalmente incapacitado para usar el inodoro	
Trasladarse	Se levanta y se acuesta, se incorpora y sienta de manera independiente		Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones		Totalmente dependiente para levantarse o acostarse o para incorporarse o sentarse o ambas	
Continencia	Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación		Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso reglado de orinales		Depende totalmente de pañal, sonda o colostomía	
Alimentarse	Sin ayuda		Necesita ayuda para comer o necesita ayuda solo para cortar carne o untar el pan		Es alimentado por otra persona, por sonda o vía parenteral	

Clasificación

Dependencia Leve	Se considera a una persona Dependiente Leve, aquel que no precisa ayuda o utiliza ayuda solo para un componente de la actividad	
Dependencia Moderada	Es aquella persona que requiere de asistencia para más de un componente, pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión	
Dependencia Severa o Postrado	Es aquella persona que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la actividad.	

ANEXO N° 5: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL DISMOVILIZADO

Datos Sociodemográficos Dismovilizado

1. **Nombre Completo:**
2. **Fecha de Nacimiento:**
3. **Edad:**
4. **Sexo:**
5. **Estado civil:**
6. **Escolaridad:**
7. **Previsión de salud:**
8. **Beneficios Sociales** [Asignación Familiar Doble (SUF)/ Pensión Asistencial (PASIS)/ Pensión de Gracia/ Registro de Discapacidad]:
9. **Parentesco con el cuidador:**
10. **Ocupación:**
11. **Enfermedades/tratamientos médicos:**
12. **Cantidad de personas que habitan en el mismo espacio e identificación de ellos (nombre, edad, parentesco, actividad):**
13. **Desde cuanto está en situación de postración:**

ANEXO N° 6: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CUIDADOR

Datos Sociodemográficos Cuidador

- 1. Nombre Completo:**
- 2. Fecha de Nacimiento:**
- 3. Edad:**
- 4. Sexo:**
- 5. Estado civil:**
- 6. Escolaridad:**
- 7. Domicilio** *(solo si es distinto al del paciente)*, **teléfono de casa** *(solo si es distinto al del paciente)* **y celular:**
- 8. Previsión de salud:**
- 9. Beneficios Sociales** [Asignación Familiar Doble (SUF)/ Pensión Asistencial (PASIS)/ Pensión de Gracia/ Registro de Discapacidad]:
- 10. Parentesco con el postrado:**
- 11. Ocupación:**
- 12. Capacitación previa como cuidador:**
- 13. Recibe apoyo en tareas de cuidado:**
- 14. Tiempo que ha cuidado al paciente:**
- 15. Enfermedades/tratamientos médicos:**
- 16. Cantidad de personas que habitan en el mismo espacio e identificación de ellos (nombre, edad, parentesco, actividad):**

ANEXO N° 7: HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE DISMOVILIZADO**HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE DISMOVILIZADO****Necesidades y calidad de vida de adultos mayores postrados y su relación con el cuidador informal****Invitación a participar en esta investigación**

Usted ha sido invitado(a) a participar en esta investigación sobre las necesidades y calidad de vida de adulto mayor postrado y la sobrecarga en su cuidador. Antes de que tome una decisión, es importante que tenga mayor información acerca de las razones de esta investigación y las implicancias de su participación. Por favor, tómense un tiempo para leer cuidadosamente la siguiente información y discutirlo con otras personas si lo desea. Si hay algo que no le queda claro o necesita más información no dude en preguntar.

¿Cuál es el objetivo de la investigación?

Los adultos mayores postrados tienen necesidades que influyen en su calidad de vida, por lo tanto es importante que reciban el apoyo adecuado de acuerdo a sus necesidades. El objetivo de esta investigación es detectar si existe una relación entre las necesidades de los adultos mayores postrados, la sobrecarga de su cuidador y si afecta la calidad de vida de ambos.

¿Por qué los hemos seleccionado?

Ha sido seleccionado como potencial participante de la investigación ya que usted es mayor de 65 años, pertenece al programa postrado del consultorio Marcelo Mena y cuenta con un cuidador. Esta investigación cuenta con un total aproximado de 70 adultos mayores, quienes serán entrevistados junto a sus cuidadores.

¿Es obligación que participe?

Su participación es totalmente voluntaria. Si usted decide participar en esta investigación, se le entregará esta Hoja Informativa para que la conserven y se les pedirá firmar un documento de Consentimiento Informado. Si decide participar, es libre de cancelar su participación en cualquier momento de la investigación.

¿Qué me pasará si decido participar?

Si decide participar en esta investigación, será entrevistado en privado en su casa por alrededor de 90 minutos. Se le harán preguntas simples sobre sus necesidades, el apoyo que recibe y su calidad de vida. El tiempo señalado para la entrevista es sólo una aproximación. Usted se puede demorar el tiempo que necesite en responder las preguntas o incluso puede completar la entrevista en dos sesiones si prefiere. El investigador se pondrá de acuerdo con usted sobre el día y la hora que más les convenga para la entrevista.

Costos

Las entrevistas se realizarán en su domicilio por lo cual no debería incurrir en costos de traslado.

¿Qué debemos hacer si decido participar?

Participar en esta investigación no implica ningún cambio en su actual estilo de vida. Mientras esté participando en el estudio, usted puede seguir realizando sus actividades diarias normalmente.

¿Cuáles son las posibles desventajas y riesgos de participar?

Algunas veces las personas pueden sentirse incómodas o angustiadas al hablar sobre cómo enfrentan las actividades diarias. Recuerde que usted puede parar la entrevista en cualquier momento.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar?

Si usted decide participar, esperamos que la entrevista le permita expresar su opinión personal sobre lo que usted necesita y el apoyo que recibe o quisiera recibir. Además, la información que obtendremos de esta investigación puede servir para ayudar a personas con similares características en el futuro.

Mi participación ¿será confidencial?

Toda la información que usted nos entregue durante el curso de la investigación, será estrictamente confidencial. La información será archivada bajo condiciones seguras sin ningún tipo de identificación personal.

¿Qué pasa si sufre algún daño por participar?

Si usted sufre cualquier daño o perjuicio por la manera en que ha sido tratado durante esta investigación, puede contactarnos y reclamarnos sobre esta situación. Trataremos de resolver cualquier preocupación o problema que haya sufrido y buscaremos una solución para ello.

¿Qué pasará con los resultados de esta investigación?

Los resultados serán publicados en una tesis de pregrado de estudiantes de psicología de la Universidad de Valparaíso. Se entregará un resumen de los resultados al Centro de Salud Familiar participante. Ningún participante será identificado en ninguna publicación o presentación sobre esta investigación.

¿A quién pueden contactar para obtener mayor información o realizar algún reclamo?

Dra. Claudia Miranda
Profesor Adjunto
Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso
Av. Brasil 2140

Valparaíso
Fono: (32)2508611 - 87687793
Email: claudia.miranda@uv.cl

Gracias por considerar participar en esta investigación.

ANEXO N°8: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DISMOVILIZADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE**

Número de Identificación de la dupla participante _____

Cuidador

Participante

Necesidades y calidad de vida de adultos mayores postrados y su relación con el cuidador informal**Por favor
encierre en un
círculo su opción**

- | | |
|--|---------|
| 1. Confirmando que he leído la Hoja Informativa para el Participante de la investigación señalada más arriba y que he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar cualquier duda. | SI - NO |
| 2. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que ello signifique ningún perjuicio para mí. | SI - NO |
| 3. Entiendo que toda la información que yo entregue o que sea entregada acerca de mí, será tratada de manera confidencial por el equipo de investigación. | SI - NO |
| 4. Acepto participar en la investigación señalada más arriba. | SI - NO |

Nombre del Participante

Fecha

Firma

Nombre del Investigador

Fecha

Firma

- *Una copia para el participante.*
- *Una copia para el investigador.*

ANEXO N° 9: HOJA INFORMATIVA PARA EL CUIDADOR**HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE CUIDADOR****Necesidades y calidad de vida de adultos mayores postrados y su relación con el cuidador informal****Invitación a participar en esta investigación**

Usted ha sido invitado(a) a participar en esta investigación sobre las necesidades y calidad de vida de adulto mayor postrado y la sobrecarga en su cuidador. Antes de que tome una decisión, es importante que tengan mayor información acerca de las razones de esta investigación y las implicancias de su participación. Por favor, tómense un tiempo para leer cuidadosamente la siguiente información y discutirlo con otras personas si lo desea. Si hay algo que no le queda claro o necesita más información no dude en preguntar.

¿Cuál es el objetivo de la investigación?

Los adultos mayores postrados tienen necesidades que influyen en su calidad de vida, por lo tanto es importante que reciban el apoyo adecuado de acuerdo a sus necesidades. El objetivo de esta investigación es detectar si existe una relación entre las necesidades de los adultos mayores postrados, la sobrecarga de su cuidador y si afecta la calidad de vida de ambos.

¿Por qué ha sido seleccionado?

Ha sido seleccionado como potencial participante de la investigación ya que usted tiene a su cuidado a un persona mayor de 65 años y en calidad de postrado. Esta investigación cuenta con un total aproximado de 70 adultos mayores, quienes serán entrevistados junto a sus cuidadores.

¿Es obligación que participe?

Su participación es totalmente voluntaria. Si usted decide participar en esta investigación, se le entregará esta Hoja Informativa para que la conserve y se le pedirá firmar un documento de Consentimiento Informado. Si decide participar, es libre de cancelar su participación en cualquier momento de la investigación.

¿Qué me pasará si decido participar?

Si decide participar en esta investigación, será entrevistado en privado en su casa por alrededor de 90 minutos. Se le harán preguntas simples sobre las necesidades de la persona a su cuidado, el apoyo que recibe y su calidad de vida. El tiempo señalado para la entrevista es sólo una aproximación. Usted se puede demorar el tiempo que necesite en responder las preguntas o incluso puede completar la entrevista en dos sesiones si prefiere. El investigador se pondrá de acuerdo con usted sobre el día y la hora que más les convenga para la entrevista.

Costos

La entrevista se realizará en su domicilio por lo cual no debería incurrir en costos de traslado.

¿Qué debo hacer si decido participar?

Participar en esta investigación no implica ningún cambio en su actual estilo de vida. Mientras esté participando en el estudio, usted puede seguir realizando sus actividades diarias normalmente.

¿Cuáles son las posibles desventajas y riesgos de participar?

Algunas veces las personas pueden sentirse incómodas o angustiadas al hablar sobre cómo enfrentan las actividades diarias. Recuerde que usted puede parar la entrevista en cualquier momento.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar?

Si usted decide participar, esperamos que la entrevista le permita expresar su opinión personal sobre lo que usted necesite y el apoyo que recibe o quisiera recibir. Además, la información que obtendremos de esta investigación puede servir para ayudar a personas con similares características en el futuro.

Mi participación ¿será confidencial?

Toda la información que usted nos entregue durante el curso de la investigación, será estrictamente confidencial. La información será archivada bajo condiciones seguras sin ningún tipo de identificación personal.

¿Qué pasa si sufre algún daño por participar?

Si usted sufre cualquier daño o perjuicio por la manera en que ha sido tratado durante esta investigación, puede contactarnos y reclamarnos sobre esta situación. Trataremos de resolver cualquier preocupación o problema que haya sufrido y buscaremos una solución para ello.

¿Qué pasará con los resultados de esta investigación?

Los resultados serán publicados en una tesis de pregrado de estudiantes de psicología de la Universidad de Valparaíso. Se entregará un resumen de los resultados al Centro de Salud Familiar participante. Ningún participante será identificado en ninguna publicación o presentación sobre esta investigación.

¿A quién pueden contactar para obtener mayor información o realizar algún reclamo?

Dra. Claudia Miranda
Profesor Adjunto
Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso
Av. Brasil 2140

Valparaíso
Fono: (32)2508611 - 87687793
Email: claudia.miranda@uv.cl

Gracias por considerar participar en esta investigación.

ANEXO N° 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CUIDADOR



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Número de Identificación de la dupla participante _____

Cuidador

Participante

Necesidades y calidad de vida de adultos mayores postrados y su relación con el cuidador informal

**Por favor
encierre en un
círculo su opción**

- | | |
|--|---------|
| 4. Confirmando que he leído la Hoja Informativa para el Participante de la investigación señalada más arriba y que he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar cualquier duda. | SI - NO |
| 5. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que ello signifique ningún perjuicio para mí. | SI - NO |
| 6. Entiendo que toda la información que yo entregue o que sea entregada acerca de mí, será tratada de manera confidencial por el equipo de investigación. | SI - NO |
| 5. Acepto participar en la investigación señalada más arriba. | SI - NO |

Nombre del Participante

Fecha

Firma

Nombre del Investigador

Fecha

Firma

- *Una copia para el participante.*
- *Una copia para el investigador.*