

***PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL
ADULTO MAYOR CUIDADOR
PRINCIPAL INFORMAL DE UNA
PERSONA POSTRADA***

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autores:

Karina Muñoz Jerez
Estefanía Olivares Gómez
Constanza Rivera Vergara
Betsi Sanzana Montenegro
María José Silva Moreno
Michael Silva Leiva
Conny Viguera Lobos

Docente guía:

Johana Vidal Ortega

Valparaíso, 2013

Agradecimientos

El presente estudio de investigación está dedicado a todas las personas e instituciones que lo hicieron posible; a nuestras familias y especialmente a Dios por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes.

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

Además, de manera significativa y especial, a nuestra docente guía, Johana Vidal por su constante colaboración y voto de confianza.

“Una bella ancianidad es, ordinariamente, la recompensa de una bella vida”

PITÁGORAS DE SAMOS. Filósofo y matemático griego (582 -507 AC)

Índice de materias

Capítulo 1: Introducción

1.1. Introducción	2
1.1.1. Justificación del tema	3
1.2. Planteamiento del problema	4
1.3. Objetivos generales y específicos	5
1.3.1. Generales	5
1.3.2. Específicos	5

Capítulo 2: Marco conceptual

2.1 Resumen de estudios afines al problema	7
2.2 Fundamentos teóricos de la investigación	8
2.2.1 Cambios producto del envejecimiento	8
2.2.2 Crecimiento y desarrollo en el adulto mayor	10
2.2.3 Funcionalidad en el adulto mayor	11
2.2.4 Protección de salud del adulto mayor	13
2.2.4.1 Programa de personas Postradas	13
2.2.5 Cuidador principal informal	14
2.2.5.1 Red de apoyo y caracterización psicosocial de los cuidadores informales	16
2.2.5.2 Participación comunitaria	18
2.2.5.3 Sobrecarga del cuidador	18

2.2.5.4 El cuidado del cuidador	20
2.2.6 La enfermería y el proceso de investigación	20
2.2.6.1 Teoría de Dorothea Orem	21
2.2.6.2 Conceptos del metaparadigma de Dorothea Orem	22
2.2.6.3 Principales conceptos de la Teoría del Déficit de Autocuidado	22
2.2.6.4 Requisitos de autocuidado para el adulto mayor según Dorothea Orem	25
2.2.6.4.1 Alimentación	25
2.2.6.4.2 Higiene y protección de la piel	27
2.2.6.4.3 Eliminación	27
2.2.6.4.4 Mantención del equilibrio entre actividad y reposo	28
2.2.6.4.4.1 Movimiento	28
2.2.6.4.4.2 Descanso y sueño	28
2.2.6.4.5 Mantención del equilibrio entre soledad e interacción social	29
2.2.6.4.6 Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano	30
2.2.6.4.6.1 Hábito nocivo: Alcohol, tabaco y drogas	30
2.2.6.4.6.2 Adherencia al tratamiento	31
2.2.6.4.6.3 Polifarmacia	32
2.2.6.4.6.4 Controles Médicos	32
2.2.6.4.6.5 Automedicación	33
2.2.6.4.6.6 Autoexamen de mama	33

2.2.6.4.6.7 Autoexamen Testicular	33
2.3 Definición y operacionalización de variables	34
Capítulo 3: Materiales y métodos	
3.1 Diseño de la investigación	48
3.2 Población en estudio	48
3.3 Selección de la muestra	48
3.4 Descripción de los instrumentos	49
3.5 Procedimiento de recolección de datos	50
3.5.1 Autorizaciones	50
3.5.2 Plan de recolección de datos y organización del trabajo en terreno	51
3.5.3 Prueba del instrumento	52
3.6 Procesamiento y análisis de datos	52
3.6.1 Programa estadístico	52
Capítulo 4: Resultados	
4.1 Antecedentes de la muestra	54
4.1 Análisis descriptivo	57
Capítulo 5: Discusión, Conclusiones y Sugerencias	
5.1 Discusión	70
5.2 Limitaciones de la investigación	75
5.3 Conclusiones	76
5.4 Sugerencias	78

Capítulo 6: Referencias bibliográficas y anexos

6.1 Referencias bibliográficas	81
6.2 Anexos	85
6.2.1 Cartas de autorización	85
6.2.2 Consentimiento informado	87
6.2.2.1 Ficha de consentimiento informado para pacientes	87
6.2.2.2 Consentimiento informado	88
6.2.3 Escala de depresión geriátrica Yesavage	89
6.2.4 Test de autocuidado	90
6.2.5 Instructivo de aplicación test de autocuidado	96
6.2.6 Flujograma de derivación	98
6.2.7 Carta derivación CAPSI	99
6.2.8 Tablas	100
6.2.8.1 Tablas antecedentes de la muestra	100
6.2.8.2 Tablas análisis descriptivo	103

Índice de Gráficos

Antecedentes de la muestra

Gráfico N° 1: <i>Distribución etaria de los cuidadores principales informales</i>	54
Gráfico N° 2: <i>Distribución de los cuidadores principales informales según estado civil</i>	54
Gráfico N° 3: <i>Distribución de los cuidadores principales informales según escolaridad.</i>	55
Gráfico N° 4: <i>Distribución de los cuidadores principales informales según parentesco</i>	55
Gráfico N° 5: <i>Distribución de los cuidadores principales informales según enfermedad crónica</i>	55
Gráfico N° 6: <i>Distribución de los cuidadores principales informales según Tiempo de cuidador</i>	56
Gráfico N° 7: <i>Distribución de los cuidadores principales informales según Red de apoyo</i>	56
Gráfico N° 8: <i>Distribución de la Muestra.</i>	56
Gráfico N° 9: <i>Número de comidas consumidas diariamente por el cuidador</i>	57
Gráfico N° 10: <i>Horario fijo para comer del cuidador</i>	57
Gráfico N° 11: <i>Cantidad de agua consumida diariamente por el cuidador</i>	58
Gráfico N° 12: <i>Frecuencia de consumo del cuidador: comida “chatarra”</i>	58
Gráfico N° 13: <i>Frecuencia de consumo del cuidador: alimentos ricos en azúcar</i>	58
Gráfico N° 14.1: <i>Frecuencia de consumo del cuidador: alimentos semanales</i>	59
Gráfico N° 14.2: <i>Frecuencia del consumo del cuidador: alimentos semanales</i>	59
Gráfico N° 15: <i>Frecuencia de baño del cuidador</i>	60

Gráfico N° 16: <i>Cuidados de la piel del cuidador: lubricación, hidratación y protección de heridas si procede</i>	60
Gráfico N° 17: <i>Ayuda requerida por el cuidador para orinar y/u obrar</i>	60
Gráfico N° 18: <i>Ayuda requerida por el cuidador para la movilización</i>	61
Gráfico N° 19: <i>Ejercicio físico realizado por el cuidador</i>	61
Gráfico N° 20: <i>Ejercicios de elongación y/o cuidados posturales realizados por el cuidador</i>	61
Gráfico N° 21: <i>Horas destinadas para dormir por el cuidador</i>	61
Gráfico N° 22: <i>Requerimiento del cuidador sobre medicamentos para dormir</i>	62
Gráfico N° 23: <i>Horario fijo para dormir del cuidador</i>	62
Gráfico N° 24: <i>Sensación de cansancio al despertar del cuidador</i>	62
Gráfico N° 25: <i>Trastornos del sueño del cuidador</i>	63
Gráfico N° 26: <i>Apoyo emocional del cuidador</i>	63
Gráfico N° 27: <i>Participación del cuidador en organización comunitaria</i>	63
Gráfico N° 28: <i>Apoyo del equipo salud percibida por el cuidador</i>	64
Gráfico N° 29: <i>Disminución de visitas a amistades y/o familiares del cuidador</i>	64
Gráfico N° 30: <i>Sentimientos experimentados por el cuidador</i>	64
Gráfico N° 31: <i>Horas de tiempo libre del cuidador</i>	65
Gráfico N° 32: <i>Consumo de medicamentos prescritos del cuidador</i>	65
Gráfico N° 33: <i>Consumo según horario y dosis de los medicamentos del cuidador</i>	66
Gráfico N° 34: <i>Automedicación del cuidador</i>	66

Gráfico N° 35: <i>Cantidad de medicamentos consumidos en el día por el cuidador</i>	66
Gráfico N° 36: <i>Asistencia del cuidador a controles de salud</i>	67
Gráfico N° 37: <i>Chequeos en casa realizados por el cuidado</i>	67
Gráfico N° 38: <i>Hábito nocivo presentado por el cuidador</i>	67
Gráfico N° 39: <i>Control de consumo del cuidador</i>	68
Gráfico N° 40: <i>Regularidad de consumo del cuidador</i>	68

Resumen

La presente investigación corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal que tiene por objetivo describir las prácticas de autocuidado de los adultos mayores de 60 años que desempeñan el rol de cuidador principal informal de una persona perteneciente al Programa de Postrados en los Centros de Salud Familiar: Placilla, Barón, Placeres y Reina Isabel de la provincia de Valparaíso durante el período de abril del 2013.

De un universo de 137 personas se seleccionó una muestra de 26, número representativo de la población obtenido a través de la simulación de datos aleatorios.

La metodología de recolección de datos se basa en la aplicación de dos instrumentos: la Escala de Depresión Geriátrica “Yesavage”, que tiene por objetivo determinar la existencia de depresión en los adultos mayores, ya que esta enfermedad se encuentra dentro de los criterios de exclusión del estudio. El segundo instrumento diseñado al efecto, corresponde al Test de Autocuidado del Adulto Mayor, el cual pretende describir las prácticas de autocuidado del cuidador principal informal adulto mayor, valorándose a partir de todos los requisitos universales propuestos por la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.

En conclusión, el adulto mayor que desempeña el rol de cuidador principal informal de una persona postrada presenta déficit de autocuidado, a pesar de que su nivel de funcionalidad le permita realizar dichas prácticas.

Palabras claves: anciano, autocuidado, cuidador.

Abstract

The present research corresponds to a quantitative, descriptive and transversal study, that have by objective describe the self-care practices of elderly people over 60 years performing an informal primary caregiver role for a person who belongs to the “Program for the Prostrated in the Family Health Centers: Placilla, Baron, Placeres and Reina Isabel of Valparaiso Province during April 2013.

From a universe of 137 people a sample of 26 was selected, a representative number of the population obtained by means of a random data simulation.

The data collection methodology is based on the application of two instruments: the Scale for Geriatric Depression "Yesavage", which aims to determine the existence of depression in older adults, as this disease is within the exclusion criteria for the study. The second instrument designed for this purpose, it is the Test of Self-Care for the Elderly, which aims to describe self-care practices of elderly informal primary caregiver, valuing from all universal requirements proposed by the Self-Care Theory of Dorothea Orem.

In conclusion, the elder who plays the role of primary caregiver for a prostrated person care presents a self-care deficit although their level of functionality allows them to perform these practices.

Keywords: elderly, selfcare, keeper.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

Actualmente nuestro país cursa un avanzado proceso de envejecimiento, lo que genera una mayor necesidad de valoración y trabajo con esta población considerada como vulnerable.

Los adultos mayores sufren una serie de cambios como resultado del envejecimiento, dentro de ellos se encuentran los físicos, sociales y psicológicos. Estos sumados al aumento de la expectativa de vida y a la ambulatorización del cuidado de enfermedades invalidantes, generan que en Chile, exista un total de 104.875 personas postradas, de los cuales 61.966 son mayores de 60 años (ethosbioetica, 2009). En base a ello surge el Programa de Postrados que corresponde a una estrategia sanitaria cuyo objetivo es mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador/a e impidiendo de este modo la institucionalización (SENAMA, 2007).

En la actualidad, el cuidado de la persona postrada es responsabilidad de la familia, especialmente por algún miembro de género femenino, constituyéndose como cuidador principal informal. Este se define como la persona responsable del cuidado y satisfacción de las necesidades básicas de una persona postrada no recibiendo sueldo o remuneración por el cuidado entregado. El cuidador principal informal sufre una serie de cambios a nivel familiar, laboral, económico, además de disminución del tiempo libre y alteración de la salud o del estado de ánimo, los cuales son generados por su condición de cuidador (INTA, 2007). Por lo anterior, es fundamental valorar el autocuidado que presenta el cuidador principal informal que, además es adulto mayor, con el objetivo de describir e identificar las falencias de dichas prácticas.

El autocuidado se define como una conducta aprendida por la persona dirigida hacia si mismo y al entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar; definición enunciada por la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem en la cual se describen los requisitos universales que abarcan los elementos físicos, sociales, psicológicos y espirituales esenciales de la vida (Vega, 2007). A partir de la documentación expuesta y la creciente demanda de este rol dentro de la sociedad actual se evidencia que existe un vacío progresivo respecto a la ayuda que se presta a las personas que se desempeñan como cuidadores/as de un usuario postrado, requiriendo de programas que incluyan políticas

administrativas para el beneficio de éstos. Es de suma importancia realizar estudios acerca de quién ejerce el cuidado sobre las personas postradas y en qué condiciones se encuentran para realizar esta labor.

La importancia de esta investigación radica en el conocimiento que se expondrá a la población sobre lo que significa ser cuidador/a de una persona postrada acotado a un área específica. La rapidez con que la pirámide poblacional se ha invertido y la escasez de programas gubernamentales que se focalicen en el cuidador principal informal adulto mayor, contribuyeron además, a la inquietud de desarrollar un estudio en relación a la situación que se vive actualmente en el país.

1.1.1. Justificación del problema

Actualmente Chile, en comparación con el resto de América Latina, se ubica entre los países de transición demográfica avanzada, por lo que la dinámica poblacional tiende a la reducción de la tasa de crecimiento, natalidad y mortalidad; así la población infantil se reduce y aumenta el número de adultos mayores. Esta dinámica demográfica genera familias pequeñas, longevidad creciente y cambios en las relaciones generacionales, por lo que a futuro se tenderá al aumento exponencial de cuidados especializados para la población de mayor edad, con demandas más complejas que involucren el cuidado de adultos mayores que no son autovalentes. El envejecimiento es un proceso complejo, continuo, irreversible y dinámico. A nivel nacional, del total de hogares, el 30 % de ellos posee por lo menos un integrante adulto mayor (INE, Censo, 2002). Con la longevidad, dicho grupo etario es cada vez menos autónomo, más dependiente de cuidados de terceros, y estos cuidados aparecen, cada vez más, proporcionados por otro adulto mayor (João, Costa Pacheco, Oliveira Medeiros, Rodrigues, & Correia Pacheco, 2007). Muchas veces el cuidador de un anciano dependiente es el cónyuge, hecho que supone problemas de diferente orden ya que los dos (anciano y cuidador) pertenecen al mismo grupo de edad. La situación de las parejas ancianas se caracteriza, en repetidas ocasiones, por el apoyo recíproco que se da dentro de un frágil equilibrio y de un lento deterioro de los dos, cada uno apoyándose en el otro en función de lo que cada uno puede soportar (João, Costa Pacheco, Oliveira Medeiros, Rodrigues, & Correia Pacheco, 2007). Una de las características que conlleva a que un adulto

mayor cuidado de otro es la desinstitucionalización de los cuidados, la cual se manifiesta a través de la hospitalización domiciliaria. Esta intervención es una alternativa asistencial del sector salud, incorporada dentro de la medida 6B definida en el Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet. Consiste en un modelo organizativo capaz de entregar un conjunto de atenciones y cuidados profesionales de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los usuarios en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. En esta modalidad, el usuario es manejado en su casa en condiciones de apoyo médico, de enfermería y tecnológico equivalente al manejo que tendría en el hospital (Ministerio de Salud, 2006). Para el usuario y su familia tiene las ventajas de favorecer una asistencia más personalizada y humanizada y para la red de servicios un mejor uso de sus recursos. Las desventajas posibles pueden derivarse de una mala elección del caso, de sobrecarga emocional y de trabajo para el cuidador del usuario incorporado al programa, así como de transferencia innecesaria de gastos a la familia (Ministerio de Salud, 2006). Los adultos mayores están inmersos en una etapa de vulnerabilidad considerable, produciendo una gran cantidad de cambios que pueden afectar su vida de manera positiva o negativa. Enfermedades crónicas no transmisibles y problemas geriátricos que pudiesen sumarse, llevan a los adultos mayores, en algunos casos, a la dependencia severa, depositando el autocuidado en la figura de un cuidador. Los cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia son aquellas personas (familiares o amigos) que dan a una persona con dependencia los apoyos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas y aquellas otras necesidades derivadas de su condición de dependencia. Aunque todos los miembros de una familia pueden prestar los apoyos de forma que se reparta la carga y las responsabilidades, lo común es que exista la figura del Cuidador Principal: aquel miembro de la familia que se ocupa mayoritariamente del cuidado del familiar con dependencia, asumiendo un mayor grado de responsabilidad en los cuidados, en el tiempo y esfuerzo invertido y en la toma de decisiones (Cruz Roja Española e IMSERSO, 2010).

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1. Prácticas de autocuidado en el adulto mayor de 60 años que desempeña el rol de cuidador principal informal de una persona postrada que pertenece al Programa de Postrados de los

centros de salud: Barón, Placeres, Placilla y Reina Isabel de la comuna de Valparaíso durante abril del 2013.

1.3. *Objetivos Generales y Específicos*

1.3.1. Objetivo general:

- 1.3.1.1 Describir las prácticas de autocuidado en adultos mayores de 60 años, que desempeñan el rol de cuidador principal informal de una persona postrada, que pertenezca al Programa de Postrados de los centros de salud: Barón, Placeres, Placilla y Reina Isabel de la comuna de Valparaíso durante abril del 2013.

1.3.2 Objetivos específicos:

- 1.3.2.1 Conocer las características biopsicosociales del adulto mayor que desempeña el rol de cuidador principal informal.
- 1.3.2.2 Identificar Prácticas de Autocuidado de Alimentación existentes en el adulto mayor que desempeña el rol de cuidador principal informal.
- 1.3.2.3 Identificar Prácticas de Autocuidado de Higiene y protección de la piel, existentes en el adulto mayor que desempeña el rol de cuidador principal informal.
- 1.3.2.4 Identificar Prácticas de Autocuidado de Eliminación existentes en el adulto mayor que desempeña el rol de cuidador principal informal.
- 1.3.2.5 Identificar Prácticas de Autocuidado de Movimiento existentes en el adulto mayor que desempeña el rol de cuidador principal informal.
- 1.3.2.6 Identificar Prácticas de Autocuidado de Descanso y sueño existentes en el adulto mayor que desempeña el rol de cuidador principal informal.
- 1.3.2.7 Identificar Prácticas de Autocuidado de la Mantención de equilibrio entre soledad e interacción social existentes en el adulto mayor que desempeña el rol de cuidador principal informal.
- 1.3.2.8 Identificar Prácticas de Autocuidado en la Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano existentes en el adulto mayor que desempeña el rol de cuidador principal informal.

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL

2.1 Resumen de estudios afines al problema

A través de la revisión bibliográfica de diversas literaturas de enfermería, en primer lugar, el estudio *“Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales”* describe en profundidad la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem. Todos los elementos expuestos muestran correspondencia con el concepto de metaparadigma planteado por la teorista; así la claridad con la que se presentan los componentes de la misma permite que el profesional de enfermería pueda aplicarlos en diversos ámbitos del desempeño profesional y situaciones de salud de cada persona, familia y/o comunidad.

En segundo lugar y por medio de la confección de un instrumento que mide la capacidad y percepción de autocuidado de los adultos mayores de una comunidad determinada, se logró investigar un ámbito de la vida de este grupo etario que no es considerado aún en su totalidad en la atención de salud actual. *“Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad”* refleja diversos resultados que comprueban que el autocuidado es un tema que debería ser abordado en la atención primaria de salud, ya que más de la mitad de los participantes presentan déficit en su autocuidado pese a que un gran porcentaje realiza de manera independiente las actividades de la vida diaria.

Cabe señalar que dentro de este punto, la familia constituye la primera institución que otorga cuidados a un ser querido con algún grado de compromiso de salud y/o dependencia. En la mayoría de las ocasiones, es la mujer quien asume el rol de proporcionar cuidados de forma invisible y continua como especifica el estudio *“Cuidado informal, un reto asumido por la mujer”*. Actualmente esta situación constituye una realidad social que no es visualizada como una problemática nacional. Esta investigación, por medio de una revisión bibliográfica basada en el cuidado informal de la salud en Chile, pretende dar a conocer la inequidad de género que se genera en dicha labor, con el objetivo de hacer un llamado a la necesidad emergente de implementar estrategias que favorezcan a aquellas mujeres que ejercen el rol de cuidadora principal informal.

2.2. Fundamentos teóricos de la investigación

2.2.1 Cambios producto del envejecimiento

Uno de los fenómenos que trae mayores consecuencias para la sociedad, es el envejecimiento de la población. Según la encuesta Casen del año 2011, el mayor rango etario de adultos mayores se encuentra entre los 60 y 64 años. El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas ya que ha estado presente a lo largo de todas las épocas pasadas. Sin embargo, en la actualidad es considerado un fenómeno de alcance mundial que se ha extendido a todos los países, fundamentalmente en aquellos con un alto nivel de desarrollo.

El proceso de envejecimiento humano individual es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimiento: el primario y secundario. El envejecimiento primario es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad (Alonso Patricia, Sansó Félix, Díaz Ana María, Carrasco Mayra & Oliva Tania, 2007). El envejecimiento secundario hace referencia al que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que ocurren a lo largo del tiempo de vida y que interactúan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario para producir el envejecimiento habitual. Los principales representantes de este envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno (Alonso Patricia et al, 2007). Las enfermedades crónicas afectan generalmente a los adultos mayores y muchas de las patologías recurrentes que enfrentan los mayores los hacen más vulnerables a la dependencia. Por su parte las mujeres presentan una prevalencia de enfermedades crónicas bastante superior a los hombres. La mayoría de las personas mayores declara tener al menos una enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la población estudiada son la Hipertensión Arterial con un 62,1% de reporte, la Diabetes con una prevalencia de 21,8%, la Depresión con prevalencia del 18,0% y la Osteoporosis, con 17,2% (SENAMA, 2009).

La característica fundamental común a cualquiera de ellos es la pérdida de la reserva funcional, que condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa al disminuir los mecanismos de

respuesta y su eficacia para conservar el equilibrio del medio interno. Esta disminución de la respuesta se manifiesta inicialmente sólo bajo circunstancias de intenso estrés para luego pasar a manifestarse ante mínimas agresiones. Según se pierde la reserva funcional la susceptibilidad es mayor, aumentando la posibilidad de que cualquier noxa causal desencadene en pérdida de función, discapacidad y dependencia (Alonso Patricia et al, 2007). A través de dichas pérdidas surgen los conceptos de fragilidad y adulto mayor frágil. Esta condición posiciona al adulto mayor en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica; se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia, y en última instancia, hacia la muerte. El concepto de fragilidad varía en cada adulto mayor, ya que los períodos de fragilidad no adquieren la misma intensidad a lo largo del tiempo, por lo que la vigorosidad puede aumentar o disminuir según la evolución del estado de salud de la persona. En este aspecto puede observarse también el aumento en el consumo de medicamentos. Esto se debe principalmente a la necesidad de equilibrar ciertas deficiencias en el organismo producidas por diversas enfermedades, y a la ansiedad que podría surgir a causa del proceso de envejecimiento.

Según Florenzano, 1993, citado por Del Risco Patricia, 2007, el proceso de envejecimiento trae consigo una serie de cambios, separaciones y pérdidas que reestructuran la vida del adulto mayor. Estos aspectos han sido desarrollados a través de teorías tales como la *Teoría del Desligamiento*, la cual, según Vega, 1995, citado por Del Risco Patricia, 2007, señala que a medida que el individuo va envejeciendo, voluntariamente se va desligando de todo aquello que suponga actividad y participación social, replegándose sobre sí mismo. Dentro de los cambios más significativos que sufren los adultos mayores durante esta etapa de vida son la jubilación, ya que implica un proceso adaptativo; pérdida de las amistades y del cónyuge, las cuales pueden generar fuertes sensaciones de tristeza. Según Florenzano, 1993 citado por Del Risco Patricia, 2007, la viudez es la separación más difícil y la adaptación a ella es uno de los desafíos más complicados dentro de esta etapa de vida. Un último cambio importante en el ámbito social son las variaciones en los roles que cumple el adulto mayor dentro de la familia.

2.2.2. Crecimiento y desarrollo en el adulto mayor

Erik Erikson, psicoanalista destacado, planteó la teoría del desarrollo de la personalidad conocida como teoría psicosocial, en la cual se describen ocho etapas a lo largo del ciclo vital. La persona avanza a través de cada etapa con la finalidad de desarrollar su personalidad, para ello debe superar la crisis que cada una posee y alcanzar una virtud; estas etapas surgen desde el momento del nacimiento hasta la muerte.

La etapa que caracteriza al adulto mayor se define como:

Integridad versus desesperanza (vejez)

Si la persona de edad avanzada logra un sentido de aceptación de su propia vida y de la muerte, alcanza la virtud que es la sabiduría, por el contrario si no lo consigue cae en la desesperanza.

Esta última etapa se relaciona con la jubilación, después que los hijos se han ido; es decir, alrededor de los 60 años.

La tarea primordial es lograr la integridad con un mínimo de desesperanza.

Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad; algunos se jubilan de trabajos que han tenido durante muchos años; otros perciben que su tarea como padres ya ha finalizado y la mayoría creen que sus aportes ya no son necesarios.

Se genera un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes. Surgen patologías de la vejez como artritis, diabetes, alteraciones cardíacas, problemas en las mamas, ovarios y cáncer de próstata. Empiezan los miedos a procesos que previamente se consideraban normales o sin importancia, como cuadros gripales o caídas.

Junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos y familiares mueren al igual que el cónyuge. Esta situación genera un sentimiento de desesperanza, ocasionando mayor preocupación por el pasado, especialmente por las malas decisiones tomadas, generando que los adultos mayores se depriman, se vuelvan resentidos o paranoides.

Cuando el adulto mayor es capaz de mirar atrás y aceptar el curso de los eventos pasados, las decisiones tomadas, la vida como tal, se provoca una disminución del temor a la muerte. La persona que afronta la muerte sin miedo tiene la virtud que Erikson llama sabiduría.

2.2.3 Funcionalidad en el adulto mayor

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985).

Los cambios naturales y problemas de salud que experimenta el adulto mayor se traducen en la declinación de sus capacidades funcionales, las que alcanzan su mayor expresión en el adulto joven, y en la etapa de envejecimiento disminuyen notoriamente (Sanhueza, Castro, & Merino, 2005).

Dentro de la población chilena, una de cada cuatro personas mayores son dependientes, esto quiere decir que requieren de ayuda para realizar actividades cotidianas; dentro de este porcentaje dos de cada tres mayores con dependencia son mujeres (Senama, 2011). La funcionalidad del adulto mayor está asociada a la calidad de su red de apoyo, es por ello que la familia es un factor importante al momento de evaluar el tipo de envejecimiento que este posee, ya que cumple un papel central para el bienestar de los mayores, porque es el contexto más inmediato de ellos, donde, se da la interacción personal y los contactos cara a cara, es además, el ámbito de protección y socialización. Por esto, la disposición o no de una red familiar de apoyo representa un elemento importante para la contención de situaciones de pobreza, exclusión social y sobre todo, de dependencia cuando hay situaciones de enfermedad crónica (Guse L. , 2008).

Desde un punto de vista teórico cuando un adulto mayor pierde o disminuye considerablemente su funcionalidad o capacidad para valerse por sí mismo se habla de dependencia, la cual se define como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”. Esta definición se especifica en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM, 1980). En dicha clasificación, específicamente en la dimensión correspondiente a “Minusvalía de Independencia Física”, la OMS definió “Independencia Física” como la “capacidad del sujeto para llevar habitualmente una existencia independiente efectiva”.

Grados de dependencia

- ***Dependencia severa***

Se incluye dentro de esta categoría a todas las personas con limitación funcional severa, quienes siempre necesitarán ayuda.

Dentro de la definición de limitación funcional severa se incluyen las siguientes situaciones:

-Personas Postradas: Se define como aquellos confinados a su cama.

-Personas que presenten Demencia de cualquier grado: Se define como puntaje MMSE corto <13 puntos y puntaje test de actividades funcionales de Pffefer >5 puntos.

Presencia de alguna de las siguientes situaciones:

-Incapacidad para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse).

-Incapacidad para efectuar 2 AIVD.

Las personas que cumplen con alguno de los 3 criterios mencionados, serán consideradas como personas dependientes severas.

- ***Dependencia Moderada***

La dependencia moderada que requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye las siguientes situaciones:

-Incapacidad para bañarse.

-Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 ABVD.

-Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 3 AIVD.

-Incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD.

- ***Dependencia Leve***

La dependencia leve se ha definido como:

-Incapacidad para efectuar 1 AIVD.

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

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

Hoy en día la dependencia presente en los adultos mayores es producto de una cadena de hechos acontecidos a lo largo de sus vidas. Se observa cómo la escasa educación es un factor de riesgo de padecerla, situación que no es modificable en esta etapa. A este determinante social se suma como factor de riesgo la presencia de una o más enfermedades crónicas.

La dependencia funcional es uno de los riesgos sociales a los que se enfrenta la población y que afecta y afectará a toda la sociedad y no sólo al 13% de la población que actualmente tiene más de 60 años (Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile, 2009).

2.2.4. Protección de salud del adulto mayor dependiente

2.2.4.1. Programa de personas Postradas

El Programa de personas Postradas nace en el año 2008 durante el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet. Este corresponde a una estrategia sanitaria que pretende crear una red de cobertura para personas y familias que forman parte de los establecimientos de atención primaria. Entre las 36 medidas definidas en este gobierno se encuentra la medida 6B que tiene como objetivo “mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador/a, impidiendo de este modo la institucionalización” (SENAMA, 2007). Esta medida se operacionaliza a través de:

Atención domiciliaria por parte del equipo de salud del CES o CESFAM en el cual se encuentre inscrita la persona postrada: La primera visita domiciliaria es realizada por la enfermera para diagnosticar el nivel de funcionalidad de la persona postrada mediante el índice de Barthel. Si este índice da como resultado dependencia severa, se aplica la ficha de ingreso al Programa de Postrados y se elabora un plan de cuidados para el cuidador/a. Posteriormente, un profesional técnico paramédico asiste mensualmente al domicilio a verificar el cumplimiento de las indicaciones, realiza procedimientos y refuerza con educación al cuidador/a. Además de esto, la enfermera realiza 4 visitas domiciliarias anuales para evaluar plan de cuidados, entrega de capacitación al cuidador/a y ayuda técnica para las personas postradas mayores de 65 años que consiste en: silla de ruedas, colchón y cojín anti escaras. De ser necesario, otros profesionales como kinesiólogo y médico asisten, con menor frecuencia, a los domicilios. Una vez que la persona postrada es ingresada al programa se identifica al cuidador principal, el cual recibe 6

sesiones de capacitación. Luego de finalizado, si aprueba con éxito, se le otorga un certificado de participación en el curso.

Capacitación y apoyo comunitario al cuidador: En este contexto el equipo de salud tiene un rol fundamental ya que a través de la capacitación entregan conocimientos y competencias que mejoran la calidad de la persona cuidada y por otra parte, brindan un soporte emocional y empático a la persona que realiza los cuidados. Una de las herramientas utilizadas para ello es el *Manual de Cuidados Domiciliarios a Personas Postradas*, otorgado por el MINSAL, con la finalidad de facilitar la labor de capacitación a familias y cuidadores.

Apoyo monetario a las personas postradas: El cuidado de las personas postradas constituye una sobrecarga no sólo física y emocional, sino que también afecta directamente en la situación socioeconómica familiar. Es por esta razón que el gobierno otorga la suma de \$20.000 mensuales a los cuidadores de personas postradas de manera permanente, con pérdida de su autonomía, que se encuentren en situación de indigencia o pobreza. Algunos de los criterios de inclusión para obtener este subsidio son: que la persona clasifique como postrada según índice de Barthel, que esté inscrita en el Programa de Postrados sin situación de institucionalización y que posea FONASA A o B. Además, el cuidador debe estar capacitado por el equipo del centro de salud. Por otra parte, los criterios de continuidad para la mantención del estipendio son: verificación por parte del equipo de salud de la sobrevida, condiciones personales y de higiene de la persona postrada y certificación de la mantención de cuidados brindados por el cuidador principal o los familiares.

2.2.5. Cuidador principal informal

Se define como la persona responsable del cuidado y satisfacción de las necesidades básicas de una persona postrada. Se caracteriza porque en la gran mayoría de los casos pertenece al grupo familiar cercano. Según un estudio del SENAMA del año 2007, la mayor proporción de cuidadores corresponde a un hijo con un 36,1%, seguido de un esposo con un 27,9%, en tercer lugar se encuentran yernos o nueras con 13,3%. Dada la división sexual del trabajo, han sido las mujeres las que tradicionalmente se han hecho cargo de esta responsabilidad. Según el INTA para el año 2007, los cuidados otorgados estaban generalmente asociados al género femenino.

La mayor proporción de cuidadores son mujeres (85,6%), y tan sólo el 14,4% son hombres. En relación con el rango etario de los cuidadores informales, un gran porcentaje se encuentra entre los 42 a 51 años (24.1%), y entre 52 a 61 años (21.5%). Este rol es desempeñado en menor medida por personas jóvenes, (menores de 32 años: 3.7%), o muy mayores (más de 81 años: 3.3%) (SENAMA, 2007).

En relación con la escolaridad de los cuidadores informales, la encuesta CASEN del año 2011 señala que el promedio de años de escolaridad de la población en los hombres mayores de 60 años es de 7,6 y en el caso de las mujeres de 7,0 años.

Según un estudio de situación de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios, prevalecen los cuidadores con educación básica incompleta (33.1%), un 12,4% declara tener una educación básica completa, un 21% con educación media incompleta, y por último un 18,9% posee educación media completa (SENAMA, 2007). En este mismo estudio se determina la antigüedad que la persona lleva desempeñando el rol de cuidador del adulto mayor, el cual señala que el 25,7% de la población lleva ejerciendo su rol entre 1 año y menos de 5 años, (SENAMA, 2007).

La vida de los cuidadores que atienden a una persona postrada puede verse afectada de muchas maneras, experimentando una serie de cambios tales como:

- Cambios en las relaciones familiares: Es común que aparezcan conflictos en la familia como consecuencia del cuidado. Diversas situaciones pueden crear tensiones, discusiones o malestar, como por ejemplo; tomar la decisión de qué va a pasar con la persona postrada y quién será el principal responsable del cuidado.
- Cambios en el trabajo y en la situación económica: En muchos casos, es difícil mantener un trabajo y realizar la tarea de cuidador. En ocasiones tienen la sensación de abandonar su rol de cuidador y en otras la de incumplir su responsabilidad laboral. Son frecuentes las dificultades económicas debido a que disminuyen los ingresos y/o porque aumentan los gastos derivados del cuidado.
- Cambios en el tiempo libre: Los cuidados otorgados a personas postradas exigen mucho tiempo y dedicación; es frecuente que el cuidador perciba que no tiene tiempo para actividades recreativas, incluso es posible que no se dedique tiempo para sí mismo. La

reducción de actividades sociales es muy frecuente y están relacionadas con sentimientos de tristeza y aislamiento.

- Cambios en la salud: Es muy común el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar. Se observa que visitan más al médico y tardan más en recuperarse de las enfermedades. Estudios evidencian que la edad media de los cuidadores principales es de 52 años y que en un 20% son mayores de 65 años (Minsal, SENAMA, 2009), por tanto, es probable que estén comenzando con cambios producto del envejecimiento y que, añadido el hecho de que están sometidos a un esfuerzo físico mayor, estos cambios se aceleren o aparezcan de manera precoz.
- Cambios en el estado de ánimo: Se sabe que el cuidar a otras personas genera sentimientos positivos, ya que se desea el bienestar de ésta. Pero así mismo, puede acarrear consecuencias psicológicas negativas como; sentimientos de tristeza, indefensión y desesperanza debido a la situación declive que perciben en su familiar y a la reducción de su tiempo libre. Pueden experimentar sentimientos de frustración e irritabilidad cuando vivencian la situación como injusta o su labor como poco reconocida, además de preocupación y ansiedad por la situación que están pasando, el estado de salud de su familia, conflictos familiares, falta de tiempo de ocio, entre otras. Finalmente, pueden experimentar sentimientos de culpa asociado al deseo de la muerte del familiar.

2.2.5.1. Red de apoyo y caracterización psicosocial de los cuidadores informales

Según el estudio “Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia”, la repercusión psicológica del cuidado de una persona mayor dependiente no se limita a la depresión y a la ansiedad, que han sido las alteraciones más estudiadas, sino que también se ha encontrado que experimentan sentimientos negativos que les resulta difícil manejar. Así por ejemplo, un estudio encuentra en 42,0 % de los cuidadores, la aparición de tristeza y deseos de llorar, 32,0 % confiesa tener sentimientos de culpabilidad si no se encontraban al lado del usuario. Las reacciones emocionales adversas encontradas fueron: ansiedad (58,0 %), depresión (50,0 %), miedo (35,0 %), frustración (32,0 %), resentimiento (29,0

%), impaciencia (25,0 %) y culpabilidad (10,0 %), las cuales se consideraban sin diagnosticar y tratar. (Andrade, 2008)

El soporte social es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona.

La familia se constituye como la principal red de protección o de apoyo informal primario que posee el adulto mayor, la cual presenta algunas funciones básicas tales como la comunicación, pues para el adulto mayor es un factor relevante poder comunicarse con su familia o red de apoyo; esto constituye una herramienta importante para poder desahogarse y manifestar verbalmente las necesidades insatisfechas. Otras funciones son la afectividad, apoyo y adaptabilidad.

Los adultos mayores esperan recibir todo de su entorno más inmediato. Concentran sus expectativas en sus hijos y nietos, más que en sus amigos. El problema surge cuando los restantes miembros de la familia no comparten con ellos las mismas expectativas. Esto provoca situaciones de depresión, angustia, sentimientos de soledad y marginalidad.

Las redes de apoyo social también juegan un importante papel en el bienestar de los cuidadores. Protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al usuario para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento, control de estrés generado por la sobrecarga del cuidador, disminución de la ansiedad, depresión y asilamiento.

El estudio “Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa” determinó que el 92,5% de los cuidadores refirió recibir apoyo de las instituciones de salud. En cuanto a la ayuda comunitaria, un estudio de recopilación de información sobre la vejez y envejecimiento en Chile realizado por el SENAMA concluyó que el 3,8% de los cuidadores declara recibirla, mientras que el 96,2% afirma no recibir ningún tipo de ayuda por parte de la comunidad. Se observó también que el 43,2% declara recibir ayuda por tiempo de cuidado (alivio al cuidador), el 19,4% en especies y el 11,6% recibe ayuda monetaria. Por lo tanto, el apoyo del equipo de salud permitirá que el cuidador se sienta acogido para expresar sus sentimientos y posibilitará que continúe ejerciendo su papel con el menor sufrimiento posible hasta la muerte del usuario.

2.2.5.2. Participación comunitaria

La dedicación casi exclusiva del tiempo al cuidado de una persona mayor significa un gran desgaste y frustración por no poder realizar otras actividades personales. Asimismo los/as cuidadores/as pueden sufrir consecuencias en su propia salud producto de la labor intensa que realizan. Desde la percepción de los adultos mayores, uno de los problemas más recurrente en quienes los cuidan es la falta de tiempo para dedicarse a sus propias actividades, las cuales muchas veces se asocian con el ejercicio de otros roles de responsabilidad, por ejemplo, el de madres y trabajadores. Los descansos pueden ser tan importantes como las tareas que hay que realizar, por lo que se deben establecer los suficientes en función de la carga, incluyendo en el horario actividades de tiempo libre para dedicarlo a aficiones o relaciones con familiares y amigos.

La participación en organizaciones es una de las actividades que mayor nivel de integración genera, así como la capacidad de desplegar redes de apoyo con las cuales contar al momento de transitar por situaciones dificultosas. De acuerdo a la encuesta CASEN 2009, los niveles de participación varían de acuerdo a las edades de los individuos, siendo los adultos mayores quienes más participan en organizaciones. En efecto, mientras el 25% de estos participa, sólo el 18% de los menores de 60 años lo hace.

La organización con mayor nivel de participación es la iglesia, seguida muy de cerca por los clubes de adultos mayores. Las organizaciones en las que participan mayoritariamente las mujeres son la iglesia, los centros de madre, los clubes de adultos mayores y/o asociaciones de pensionados y jubilados y las Damas de rojo y verde, mientras que las organizaciones en que más participan los adultos mayores hombres son los clubes deportivos, las juntas de vecinos y los sindicatos.

2.2.5.3. Sobrecarga del cuidador

Se llama carga del cuidador al conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de personas postradas y que pueden afectar sus actividades de ocio,

relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal (Minsal, SENAMA, 2009).

Posee una parte objetiva que se refiere a la cantidad de tiempo o dinero invertido, problemas conductuales y/o disrupción de la vida social, y la parte subjetiva que indica la percepción del cuidador, de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar (Minsal, SENAMA, 2009).

Estudios internacionales definen los problemas más frecuentes de los cuidadores y entre ellos se encuentran: ayuda deficiente de parte de familiares, tiempo limitado de descanso y ocio, problemas económicos, insatisfacción de las necesidades propias, conflictos familiares, pérdida de relaciones sociales, dificultades laborales, desconocimiento de la enfermedad y su manejo y problemas conyugales manifestados a través de sentimientos de pena, culpa, rabia, vergüenza, impotencia, soledad, inseguridad, frustración y resentimiento; acarreado alteraciones afectivas como trastornos del sueño, depresión y ansiedad (Minsal, SENAMA, 2009).

Todos los elementos mencionados y los cambios que puede llegar a evidenciar el cuidador principal informal pueden derivar en trastornos ansioso-depresivos. Se entiende por depresión a una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos dos semanas (Minsal, 2009). En los episodios depresivos típicos la persona sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Todas estas manifestaciones se pueden agudizar en aquellos cuidadores principales informales que son adultos mayores, donde se suman sus propias limitaciones, asociadas a la edad y las de la persona cuidada que presenta la dismovilidad y que requiere de dedicación exclusiva para ella.

En la actualidad uno de los instrumentos utilizados para medir la depresión, es la Escala de Depresión Geriátrica “Yesavage”, cuestionario hetero administrado que posee dos versiones; una extendida de 30 preguntas y una abreviada de 15, en ambas los resultados pueden ser normal, depresión leve o severa dependiendo del puntaje obtenido.

2.2.5.4. El cuidado del cuidador

La capacitación y apoyo comunitario dirigido al cuidador es una herramienta fundamental en su desempeño, ya que constituye un alto riesgo que una persona postrada sea cuidada por otra que se encuentre en una mala condición de salud tanto física como psicológica. Es por ello que el Gobierno mediante el MINSAL, implementó en el año 2006 la *Norma de Cuidados domiciliarios de Personas que sufren de Discapacidad Severa*, donde se plantea que el equipo de salud debe reforzar la labor ejercida por el cuidador, a través de estrategias de promoción y mantención de la salud mediante la asistencia a controles y educación acerca de prácticas de autocuidado que se encuentren deficientes. Además de esto, el manual incluye una sección llamada *Cuidados del Cuidador*, donde se presentan maniobras para adoptar una postura adecuada al momento de realizar acciones de esfuerzo y ejercicios, que favorecen el descanso y la buena postura del cuidador durante el reposo. Todo esto tiene como objetivo disminuir el estrés físico que sufre el cuidador ante la realización de acciones que van en pro del cuidado de la persona postrada. Dentro de los ejercicios propuestos se encuentran: ejercicios para la prevención de lumbalgia, técnica para levantamiento de elementos pesados, técnica de traslado de objetos que requieran de mayor esfuerzo, ejercicios que disminuyen el dolor de espalda, técnica para adoptar una buena postura al estar de pie durante períodos prolongados y postura óptima para el buen dormir. Las enfermedades prevalentes en el adulto mayor poseen un alto potencial de provocar discapacidad. Es por ello que, para mejorar y/o mantener la autonomía de este grupo etario, el Ministerio de Salud mediante el sistema AUGE proporciona ayudas técnicas que facilitan la ejecución de acciones, actividades y/o desplazamientos con mayor seguridad e independencia; brindando de esta manera apoyo a través de la entrega de ayudas técnicas tales como: bastones, andadores, sillas de rueda, cojín y colchón anti escaras (MINSAL, 2010).

2.2.6. La Enfermería y el proceso de la investigación

La investigación es un proceso de averiguación y experimentaciones científicas, que incluyen el propósito sistemático y riguroso, de recopilar información; después se efectúa el análisis y la

interpretación de la información con objeto de obtener nuevos conocimientos o profundizar en los ya existentes (Leddy & Pepper, 1985).

La enfermería es un proceso entre la enfermera y la persona atendida, el cual está constituido por dos elementos de igual importancia, cogniciones y relaciones interpersonales; además se basa en el pensamiento crítico y en la interacción.

En el profesional enfermero recae el compromiso de formular preguntas y valorar conscientemente las necesidades del usuario, comprendiendo a cabalidad lo relacionado al campo de la profesión. Respuesta del usuario frente a su situación de salud, responsabilidad profesional, el ambiente, la dinámica de la salud, y la interacción entre todos los factores son algunos ejemplos.

Dentro de las investigaciones se forjan los modelos de enfermería; los más relevantes son los elaborados por Peplau, Johnson, Neumann, Orem, Roy y Rogers, los que actualmente continúan vigentes y en aplicación. Para la investigación se utilizará la teoría de Dorothea Orem, material atingente con la información requerida para el estudio, la cual trata sobre el autocuidado.

2.2.6.1. Teoría de Dorothea Orem

En la estructura del conocimiento de enfermería el componente de mayor abstracción es el metaparadigma, unidad encapsulante, o marco de referencia, del cual se derivan estructuras más específicas y restrictivas (Vega & González, 2007).

Existe acuerdo sobre los conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería a nivel disciplinar y profesional. Estos conceptos son: persona, ambiente, salud y cuidado de enfermería. En la clarificación de los conceptos centrales o nucleares de enfermería, la persona es vista como receptor del cuidado de enfermería. El ambiente representa el escenario donde crece, interactúa y se desarrolla la persona, en el que se reconocen componentes sociales, culturales, físicos, espirituales y psicológicos. La salud considerada la meta o la finalidad de la acción de enfermería, proceso dinámico y evolutivo. El cuidado de enfermería son las intervenciones de enfermería con el cliente, lo que hace la enfermera para, por y con la persona (Vega & González, 2007).

2.2.6.2. Conceptos del Metaparadigma de Orem

Según Orem, la persona es un todo integral, dinámico, que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente. La persona posee las capacidades, las actitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano (Vega & González, 2007).

El entorno representa el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos. Es también una parte integral de la persona. La cultura se considera como el contexto dentro del cual se aprenden los comportamientos de autocuidado. Se ve la salud como un estado y se establece que salud es un término que tiene utilidad general considerable en describir el estado de totalidad e integridad de los componentes del sistema biológico, simbólico y social de los seres humanos. Este concepto lo relaciona con la percepción de bienestar que tiene una persona de su condición existencial caracterizada por la experiencia de satisfacción, placer, experiencias espirituales, la realización ideal del ser y una continua personalización (Vega & González, 2007).

2.2.6.3. Principales conceptos de la Teoría del Déficit de Autocuidado

Dentro de su trayectoria como teórica, Orem especifica que ningún actor en particular ha influenciado en sus trabajos; sin embargo en sus escritos utiliza el conocimiento generado de varios campos de estudio. Particularmente la contribución de Maslow desde el campo de la psicología ha sido esencial en la formulación de su teoría (Vega & González, 2007).

La teoría general de Orem está integrada, a su vez, por otras tres teorías: Teoría del Autocuidado (TAC), Teoría del Déficit de Autocuidado (TDAC) y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Orem define el concepto de autocuidado como la conducta aprendida por el individuo dirigido hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar. Los seres humanos, por lo general tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen

habilidades para encontrar e internalizar las informaciones necesarias por sí mismas y cuando no es así, buscan ayuda en la familia o en profesionales de la salud (Vega & González, 2007).

La teoría tiene como supuesto principal que el autocuidado no es innato, que esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños, posteriormente con amigos y luego la familia, es decir el entorno que los rodea (Vega & González, 2007).

A partir de esta teoría se articulan tres conceptos:

- Agente de autocuidado: Se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado.
- Agente de autocuidado al dependiente: Corresponde a la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él.
- Agente de autocuidado terapéutico: En el cual la persona que da el cuidado es el profesional de enfermería.

Esta teoría expone que las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad a la que pertenece (Vega & González, 2007).

En 1971 Orem, según Vega & González, 2007, relaciona las actividades de autocuidado con los “requisitos de autocuidado” que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración; prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso de desarrollo del ser humano.

Los requisitos de autocuidado son categorizados como: universales, del desarrollo o de desviaciones de la salud. Los primeros representan los comportamientos que por lo general se consideran dentro de los límites normales para los seres humanos, que constituyen los objetivos requeridos que deben alcanzarse a través del autocuidado para el mantenimiento de la integridad estructural y funcional en las diversas etapas del ciclo vital (Vega & González, 2007).

Los requisitos del desarrollo se refieren a las condiciones más específicas y particulares que garantizan el crecimiento y desarrollo normal de la persona desde la concepción hasta la vejez y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo. En este requisito Orem identificó tres grupos; el

primer grupo hace referencia a la provisión de condiciones que promuevan el desarrollo; el segundo grupo son los requisitos orientados al compromiso del crecimiento propio; y el tercer grupo establece los requisitos para la prevención de las condiciones humanas y situaciones de vida que puedan afectar adversamente el desarrollo humano (Vega & González, 2007).

Por último, los requisitos de las desviaciones de la salud son los que existen para las personas que están enfermas o lesionadas, incluyendo los defectos y las discapacidades. Estos conducen a prevenir complicaciones y a evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, dándoles el nombre de demanda de autocuidado para la prevención secundaria (Vega & González, 2007).

Dentro de los requisitos universales se encuentran: mantenimiento de la respiración, agua y alimento; mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo, soledad e interacción social; proporción de cuidados relacionados con la eliminación; prevención del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad.

Corresponden a requisitos del desarrollo: soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo embarazo, nacimiento y neonato, lactancia, infancia, adolescencia y edad adulta; proporcionar cuidados en privación educacional, desadaptación social, pérdida de familiares, amigos, posesiones y/o seguridad, cambio de ambiente, problemas de status, mala condición de vida y enfermedad terminal.

Dentro de las desviaciones de salud se encuentran: asistencia médica segura cuando se esté expuesto a una patología, atención a los resultados patológicos, utilización de terapia médica para prevenir o tratar una patología, modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario y aprender a vivir con una patología.

La teoría del déficit de autocuidado considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado (Vega & González, 2007).

A partir de lo anterior surge la Teoría de los Sistemas de Enfermería, los cuales corresponden a la secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados. Orem ha

clasificado estas acciones en cinco modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el usuario: actuar en lugar de la persona, ayudar, orientar, apoyar física y psicológicamente y enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo.

Según la capacidad y la voluntad de la persona, los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería definidos como totalmente compensatorio, cuando la enfermera proporciona la totalidad del cuidado terapéutico a la persona; parcialmente compensatorio, cuando la enfermera y usuario realizan conjuntamente el cuidado; y educativo de apoyo, cuando la enfermera ayuda a la persona atendida a adquirir los conocimientos o habilidades relacionados con su autocuidado.

2.2.6.4 Requisitos de autocuidado para el adulto mayor según Dorothea Orem

2.2.6.4.1. Alimentación

En la etapa de la adultez mayor, la nutrición es muy importante para la salud física y emocional. Por ello, la dieta que lleven los adultos mayores debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito, bien presentada, apetecible, además de fácil trituración, desintegración y digestión.

El adulto mayor debe tener una alimentación variada, en la que diariamente se incluyan frutas, verduras, leche o productos lácteos con poca grasa, carnes o legumbres, pan, cereales (arroz, sémola, fideos). Asimismo, debe preferir el pescado, pavo o pollo y evitar las carnes rojas, por su alto contenido de colesterol. Estos alimentos permiten vivir saludablemente, porque aportan suficientes proteínas, grasas esenciales, minerales, vitaminas, hidratos de carbono y agua, además de crear mecanismos protectores contra enfermedades. Por el contrario se debe eliminar el consumo de comida chatarra, ya que, contribuye al aumento de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, alteración en los lípidos, cardiopatías, irritación en el estómago e intestinos, gastritis, estreñimiento. El consumo excesivo de azúcar puede ser perjudicial tanto para las personas sanas como para las que padecen de enfermedades crónicas (Echavarría, 2012), por ello, se sugiere disminuir su consumo, como también el de los alimentos altos en índice glicémico y/o sustituirlos por el uso de edulcorantes.

Dichas enfermedades y hábitos pueden incrementar los gastos médicos por mala salud.

Recomendaciones de consumo de alimentos

Carnes: Reemplazar las carnes rojas por legumbres, carne vegetal, huevos, jurel, atún o salmón en conserva; elegir la que tiene menos grasa.

Huevos: Consumir 1 a 2 huevos en la semana.

Fibra: Aumentar su consumo presente en alimentos como legumbres, frutas y verduras crudas, pan y cereales integrales. Ayuda a bajar el colesterol y mejora la digestión.

Agua: Beber agua en los intervalos de comidas, 6 a 8 vasos en el día.

Sal: Muy moderadamente. Lavar los alimentos que contengan mayor cantidad de sal como aceitunas y atún en conserva.

Té y café: Disminuir su consumo, ya que alteran el sueño y estimulan la diuresis, es decir, contribuyen a la deshidratación, en especial cuando se toma poco líquido.

Hábitos: Comer lento y masticar bien; si se tienen problemas para masticar, comer la carne molida y las verduras y frutas ralladas o cocidas; comer en lo posible 4 comidas al día (Programa ChileMayor Los Héroeos Caja de Compensación y Senama, 2005). La alteración de los ritmos circadianos conducen a la obesidad y trastornos metabólicos (Sherman, 2012), por lo que es ideal mantener horarios fijos para comer.

Programa alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM)

Se trata de un programa de ayuda alimentaria destinado a prevenir y/o recuperar el daño nutricional en los adultos mayores, en cumplimiento de la política de subsidiariedad del Estado.

El PACAM es un componente integral del Programa de Salud del Adulto Mayor y se vincula así a otras actividades de medicina preventiva y curativa, como promoción de un envejecimiento saludable, mantenimiento y/o mejoramiento de funcionalidad física y síquica, detección de factores de riesgo que pongan en peligro la funcionalidad, educación sanitaria y nutricional y a otros programas sociales orientados a superar la pobreza y la marginalidad. De este modo se convierte en un instrumento de las acciones de promoción y protección de la salud, que excede el ámbito estrictamente nutricional (División salud de las personas, Programa Salud del Adulto Mayor, 2001).

Podrán acceder al PACAM los beneficiarios de FONASA mayores de 70 años y los de 65 años o más que inicien o se encuentren en tratamiento antituberculoso, que sean atendidos en los

Establecimientos de Atención Primaria del SNSS. Para retirar el complemento alimentario entregado por el PACAM, los beneficiarios deben cumplir con las exigencias establecidas por el MINSAL y/o los Servicios de Salud con relación al cumplimiento con los controles de salud y otras actividades de prevención y promoción (División salud de las personas, Programa Salud del Adulto Mayor, 2001).

2.2.6.4.2. Higiene y Protección de la piel

La higiene en los adultos mayores sanos e independientes no se ve modificada ya que ellos están completamente aptos para satisfacer esta necesidad. Sin embargo, son aquellos adultos mayores postrados, con trastornos psiquiátricos o con otras dependencias los que no logran realizar esta actividad de forma autónoma por lo que se ven en la obligación de solicitar ayuda de terceros para lograr una buena higiene (Kozier, 2005).

Con el baño se elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células cutáneas muertas y algunas bacterias. Es por ello que resulta importante mantener un baño diario, tomar abundante líquido, usar protector de sol, sombreros, sombrillas; abrigarse bien en caso de frío, usar ropa fresca en clima cálido, consultar al médico sobre alteraciones de la piel y secar bien la piel después del baño para evitar hongos (Istituto Nicaragüense de Seguridad Social).

Resulta fundamental para los adultos mayores mantener una lubricación constante de la piel ya que ésta es más frágil, seca y menos elástica, de lo contrario se favorece la presencia de infecciones y úlceras por presión. Una adecuada lubricación mantiene la elasticidad de la piel y estimula la circulación sanguínea (Cádiz & Morales).

2.2.6.4.3. Eliminación

La función excretora de los riñones disminuye con la edad y tiene una diuresis promedio diaria de 1500 o menos cc. El número de nefronas disminuye en funcionamiento lo que afecta a la capacidad de filtrado de los riñones, además existe mayor riesgo de toxicidad farmacológica. Los cambios más evidentes son el tenesmo vesical y la polaquiuria, la capacidad de la vejiga disminuye y aumenta la retención de orina residual (Kozier, 2005).

2.2.6.4.4. Mantención del equilibrio entre actividad y reposo

2.2.6.4.4.1. Movimiento

Con respecto al movimiento, éste favorece la calidad de vida a través del aumento de la capacidad respiratoria, de la activación de la circulación, estimulación del ejercicio mental y mejoramiento del aparato locomotor. Dentro de los beneficios de la actividad física en el adulto mayor se encuentran: disminución del riesgo de mortalidad de enfermedades cardiovasculares, mejoramiento de los niveles de lípidos en sangre, la regulación de la glucemia, la digestión y el ritmo intestinal, la imagen corporal, entre otros. Un programa de ejercicios que contemple la potenciación muscular, amplitud articular, coordinación y el equilibrio mejora las defensas del adulto mayor. Los ejercicios deben incluir la movilización de articulaciones, trabajo de estabilidad postural y las respuestas de reacción y deben realizarse 3 días a la semana en 1-3 series de 10 repeticiones según Serra Rexach y Montero Errasquin, (2003 citado por Sánchez Corregidor, 2006).

2.2.6.4.6.3. Descanso y Sueño

El papel del sueño en el bienestar psicológico se aprecia al constatar el deterioro del funcionamiento mental relacionado con la privación de éste. Las personas que duermen poco tienden a estar irritables, experimentar dificultades para tomar decisiones y presentan mala concentración.

El adulto mayor duerme aproximadamente 6 horas. Muchos de ellos se despiertan más a menudo durante la noche y frecuentemente les cuesta más recuperar el sueño, además éste es menos reparador. Dentro de los factores que afectan, encontramos que las personas enfermas requieren más sueño de lo habitual y el ritmo normal de sueño y vigilia suele estar alterado. La ausencia o presencia de estímulos no familiares pueden impedir que las personas duerman. La ansiedad y la depresión frecuentemente alteran el sueño; una persona preocupada por problemas personales puede ser incapaz de relajarse lo suficiente como para quedarse dormida. Los cambios asociados al envejecimiento y un estilo de vida poco saludable incrementan en el adulto mayor el surgimiento de alteraciones en el patrón de sueño habitual. Dichas alteraciones perjudican la salud y disminuyen la calidad de vida de estas personas, por lo que en ocasiones es necesario

recurrir a terapias farmacológicas prescritas por un médico con el objetivo de mejorar la higiene del sueño.

Por su parte algunos medicamentos tales como las anfetaminas y antidepresivos generan una disminución anormal del sueño, los betabloqueantes producen insomnio y pesadillas, los narcóticos y morfina suprimen el sueño, generando despertares frecuentes y somnolencia. El insomnio puede ser el resultado de una excitación mental secundaria a una ansiedad (Kozier, 2005).

2.2.6.4.5. Mantención del equilibrio entre soledad e interacción social

Lograr un equilibrio entre la soledad y la interacción social proporciona condiciones esenciales para los procesos de desarrollo en los que se adquieren conocimientos, se forman valores y expectativas, además se consigue una sensación de seguridad y realización.

La soledad reduce el número de estímulos sociales, las demandas de interacción social y además proporciona condiciones que conducen a reflexionar favoreciendo oportunidades para el intercambio de ideas y de culturas que influyen en la socialización y el logro del potencial humano. Por su parte la interacción social también es fundamental para mantener los recursos materiales esenciales para la vida, el crecimiento y el desarrollo (Ojeda, 2010). La soledad es una emoción en la que existe una ausencia generadora de una ansiedad difusa. Es un fenómeno asociado a la calidad de las relaciones interpersonales que se vinculan con aislamiento, retiro y estado de abandono. Durante los estados de soledad la incomunicación es absoluta y va en contra del hombre como ser social y gregario, cuya función más básica es comunicarse con los demás. En la interacción social los individuos se influyen mutuamente y adaptan su comportamiento frente a los demás. Cada individuo va formando su identidad específica en la interacción con los demás miembros de la sociedad en la que comparte. Las relaciones interpersonales están basadas en la interacción social, es decir, en la relación de reciprocidad que se da en el comportamiento de dos o más personas que permite ver al individuo como un ser en sociedad, que influye y es influido a la vez.

2.2.6.4.6. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

2.2.6.4.6.1. Hábitos nocivos: alcohol, tabaco y drogas

El alcoholismo en la tercera edad es un fenómeno sobre el que se habla poco y se sabe aún menos. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, cuando se analiza a quienes han bebido la última semana, se observa que el promedio de días de consumo nacional en el adulto es 1,63 días de la semana (INTA, 2007). Es decir, el consumo interno total de alcohol en Chile se distribuye en sólo 84,76 días al año. Los adultos mayores de 65 años tienen un consumo de 2,72 días promedio a la semana, el cual es significativamente superior a los otros grupos de edad (INTA, 2007).

Es debido a estas cifras que el consumo de alcohol merece mayor atención, ya que el proceso de envejecimiento afecta la forma en la que el cuerpo lo tolera. La misma cantidad de licor puede tener un mayor efecto a medida que la persona envejece. Por consiguiente, la cantidad que el adulto mayor puede tomar debe siempre guardar relación con las necesidades energéticas de base, que disminuyen generalmente al avanzar la edad. A los 65 años, el valor del metabolismo se reduce en aproximadamente un 21 % con respecto al de un adulto más joven (INTA, 2007). Incluso en ausencia de signos de embriaguez, el anciano puede sufrir igualmente alteraciones orgánicas características del alcoholismo crónico. No hay que olvidar que el anciano puede recurrir a dicha evasión, también, para hallar una solución a sus problemas o para tratar de ignorarlos. El alcohol modifica el efecto de los medicamentos, aumenta el riesgo de accidentes, caídas, fracturas y eleva la presión sanguínea. Según el INTA (2007) se recomienda que la gente de más de 65 años de edad que decide tomar, solamente beba una copa de vino tinto al día. El beber a este nivel generalmente no se asocia con riesgos para la salud.

El tabaco es la principal causa prevenible de mortalidad en el mundo de hoy. Mata a más de cinco millones de personas cada año (OMS, 2008) de las cuales cerca de 16.000 ocurren en Chile (DEIS 2007). Constituye un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. Fumar tabaco es factor de riesgo de cáncer de pulmón de diversos órganos, leucemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, parto prematuro, defectos de nacimiento e infertilidad, entre otras enfermedades. La prevalencia diaria

de tabaco muestra en la V región un descenso significativo para el último bienio, pasando de 27% en 2008 a 21,4% en 2010. Este resultado es el más bajo de toda la serie colocando este reporte por debajo del promedio nacional de 24,5% (SENDA, 2010).

Respecto al consumo de drogas ilegales en la Región de las Américas, Chile presenta un consumo anual de marihuana de 6,7%, menor que en Estados Unidos (12,5%), Canadá (13,6%), y Argentina (7,2%). Pero se ubica por sobre países como Colombia (2,3%) y Brasil (2,8%). En el caso del consumo de cocaína en el último año, Chile presenta un consumo de 2,4%, que es menor que el de Estados Unidos (2,8%) y de Argentina (2,8%), pero mayor que el de Colombia (0,8%) y Canadá (1,9%) (UNODC 2010). Chile estaría en una posición intermedia entre los países de la región en el consumo de las sustancias señaladas.

Acerca del cuidador de personas dependientes, se han realizado estudios para analizar el posible abuso del alcohol, tabaco y drogas entre los cuidadores informales, pero su incidencia sigue siendo incierta (MockusParks y Novielli, 2000).

2.2.6.4.6.2. Adherencia al tratamiento

Según la publicación de la OMS del año 2004 “Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción”, se amalgaman las definiciones de Haynes y Rand entendiendo como adherencia “el grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Según el estudio “Adherencia y no adherencia del tratamiento” (Silva, 2005), se estima que alrededor del 30% de los medicamentos, son prescritos para adultos mayores, pero cerca del 50% de ellos no siguen los esquemas de tratamiento indicados por el médico tratante. Esto es especialmente grave si tenemos en cuenta que el 86% de las personas de edad avanzada padece de al menos una enfermedad crónica que requiere medicación.

Las consecuencias médicas o clínicas de una deficiente adherencia terapéutica son diversas. Se puede mencionar la falta de respuesta al tratamiento con ejemplos como retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones; la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis, el cambio de

tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso de éstos.

Además existen otros términos importantes a definir que deben ser considerados dentro del autocuidado.

2.2.6.4.6.3. Polifarmacia

Los adultos mayores son los que mayor medicación y atención médica requieren debido a la mayor probabilidad de poseer enfermedades crónicas. Esta polifarmacia incrementa las posibilidades de reacciones adversas a los medicamentos e interacciones medicamentosas en potencia, por lo que los fármacos constituyen la primera fuente de trastornos iatrogénicos en los ancianos (Martínez Querol, Pérez Martínez, Carballo Pérez, & Larrondo Viera, 2005).

Los adultos mayores tienen de 2 a 3 veces más probabilidades de tener una reacción adversa a los fármacos, explicable por la disminución marcada de la aclaramiento renal y hepática, por la afectación de la distribución tisular, y la reducción de los niveles séricos de albúmina que provoca más droga libre. Hay una mayor posibilidad de recibir múltiples medicamentos. La morbilidad múltiple que acompaña al envejecimiento, facilita comprender el aumento del consumo de drogas en este grupo, lo que complica más el tratamiento (Martínez Querol, Pérez Martínez, Carballo Pérez, & Larrondo Viera, 2005).

2.2.6.4.6.4. Controles médicos

El adulto mayor está expuesto a muchas enfermedades que, en su mayoría, no comienzan de un modo repentino sino que en forma insidiosa: glaucoma, hipertensión arterial, diabetes mellitus, arteriosclerosis, osteoporosis, depresión, obesidad, insuficiencia respiratoria, entre otras. Cuando los síntomas son evidentes y lo obligan a consultar, la enfermedad suele estar bastante avanzada y el tratamiento va a ser más paliativo que preventivo. Por eso, es muy necesario el control médico del adulto mayor que se supone sano, para detectar precozmente esas patologías y enseñarle a vivir sanamente. Antes de los 70 años, se recomienda un control anual; después de los 70, un control cada 6 meses (Departamento de Gerontología de la Universidad de Chile, 2006).

2.2.6.4.6.5. Automedicación

La falta de adhesión al tratamiento prescrito por el médico, coexiste con un elevado consumo de medicamentos que no han sido indicados. El adulto mayor toma con mucha frecuencia fármacos de venta libre así como los almacenados en los botiquines, automedicándose en forma habitual. Este consumo incontrolado de medicamentos hace que las interacciones sean muy frecuentes. Por otro lado, los medicamentos utilizados para su tratamiento como los inductores del sueño, antihipertensivos, protectores gástricos, analgésicos antiinflamatorios y antitusígenos, entre otros, constituyen un potencial riesgo de interacciones, pudiendo disminuir la respuesta terapéutica o potenciar los efectos adversos. El consumo de medicamentos por el adulto mayor es variable de acuerdo a su situación de salud, pero resulta alto en todos ellos, ya que a nivel ambulatorio, el número de medicamentos consumidos es de 2 - 4 por día (Boggio, 2009).

2.2.6.4.6.6. Autoexamen de mama

Aunque existe controversia a la hora de darle importancia o no al autoexamen, no cabe duda que definitivamente debe considerarse como una forma importante de diagnóstico temprano de la enfermedad, ya que permite a la mujer detectar aquellos cambios en sus mamas que pueden considerarse como signos de alarma.

Cabe señalar que en el año 2008, la tasa de mortalidad por cáncer de mama observada para el grupo etario de 60 años y más constituyó, aproximadamente, un 40 por 100000 mujeres (Ministerio de Salud, 2010).

Se recomienda en las mujeres premenopáusicas que aún posean ciclo menstrual, que realicen el autoexamen una semana después de la menstruación y, en el caso de las mujeres postmenopáusicas o con ausencia de útero, fijarse un día al mes para realizarlo (Gómez Rodríguez, 2010).

2.2.6.4.6.7. Autoexamen testicular

El hacerse un examen habitual de los testículos aumenta significativamente la posibilidad de detectar a tiempo el cáncer testicular. Se recomienda que el autoexamen se realice una vez al mes (Medel Cares, 2011).

2.3. Definición y Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
Perfil	Conjunto de rasgos peculiares de una persona que la definen en diferentes aspectos, ya sean biológicos, socioculturales y ocupacionales.	Edad		Años cumplidos	60 – 64 años 65 – 69 años 70 – 74 años 75 – 79 años 80 – 84 años
		Género		Masculino Femenino	
		Estado civil		Casado/a Separado/a Soltero/a Viudo/a	
		Previsión de salud		Fonasa Isapre Sin previsión	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
		Parentesco del cuidador con la persona postrada		Cónyuge Hermano/a Hijo/a Madre o padre Sobrino/a Sin parentesco	
		Escolaridad	Tipo de educación	Básica Media Técnico superior	Completa/o Incompleta/o
		Enfermedades crónicas		DM EPOC HTA Otra Varias enfermedades	
		CESFAM al cual pertenece		Barón Placeres Placilla Reina Isabel II	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
		Tiempo de desempeño del rol de cuidador		1 – 5 años 6 – 10 años 11 – 15 años 16 – 20 años 21 – 25 años 26 – 30 años 31 – 35 años 36 – 40 años 41 – 45 años 46 – 50 años	
		Yesavage	Puntaje	0 1 2 3 4 5	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
		Red de apoyo	Familiar	Sí No	
			Social	Sí No	
			Equipo de salud	Sí No	
			Ninguno	Sí No	
Prácticas de autocuidado	Destrezas, experiencias cotidianas y decisiones, que realiza una persona para cuidar de su salud. Estas prácticas son aprendidas durante toda la vida mediante un proceso continuo que se realiza por libre decisión, con el fin de mantener la vida, salud y bienestar.	Alimentación	Nº de comidas consumidas diariamente	Desayuno Almuerzo Once Cena Colación	Sí No
			Horario fijo para comer	Sí No A veces	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
			Ingesta de agua diaria	0 – 250cc 250 – 500cc 500 – 1000cc 1000 – 1500cc 1500 – 2000cc Más de 2000 cc	
			Consumo de comida “chatarra”	1 vez a la semana 1 vez al mes más veces por semana No consume	
			Consumo de alimentos ricos en azúcar	1 vez a la semana 1 vez al mes 2 ó más veces por semana No consume	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
			Calidad de la ingesta semanal	Pan Cereales Legumbres Papas Verduras Frutas Lácteos Carnes rojas y blancas Huevos Aceites Azúcares Sal	Sí No
		Higiene y protección de la piel	Frecuencia de baño	Diario Día por medio Semanal	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
			Cuidado de la piel: lubricación, hidratación y cuidado de heridas	Sí No A veces	
		Eliminación	Ayuda requerida para orinar y/u obrar	Vaselina Laxantes Diuréticos	Sí No A veces
		Movimiento	Ayuda requerida para la movilización	No requiere ayuda Órtesis Personas	
			Realización de ejercicio físico	Sí No A veces	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
			Realización de ejercicios de elongación y cuidados posturales	Sí (todos los días) No A veces (día por medio)	
		Descanso y sueño	Horas destinadas para dormir (incluye siestas)	1 – 3 horas 4 – 6 horas 7 – 9 horas 10 – 12 horas 13- 15 horas	
			Requerimiento de medicamentos para dormir	Sí No A veces	
			Horario fijo para dormir	Sí No A veces	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
			Cansancio al despertar	Sí No A veces	
			Trastornos del sueño	Insomnio Despertar frecuente Pesadillas No presenta	Sí No
		Mantención del equilibrio entre la soledad e interacción social	Requerimiento de apoyo emocional constante por parte de otras personas	Sí No A veces	
			Participación en organización comunitaria	Sí No A veces	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
			Existencia de apoyo por parte del equipo de salud	Sí No A veces	
			Disminución de la frecuencia de visitas a amistades	Sí No En ocasiones	
			Sentimientos experimentados desde que desempeña el rol de cuidador/a de la persona postrada	Pena Culpa Rabia Vergüenza Soledad Frustración Resentimiento Ninguno	Sí No

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
			Número de horas diarias destinadas como tiempo libre	0 horas 2 – 3 horas 4 – 5 horas 6 horas al día o más	
		Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos	Medicamentos	Consumo de medicamentos	Sí No A veces
				Consumo de medicamentos según horario y dosis	Sí No A veces
				Automedicación	Sí No A veces

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
				Cantidad de medicamentos consumidos al día	Más de 5 píldoras Menos de 5 píldoras Ninguno
			Controles de salud	Asistencia a controles de salud	Sí No A veces No posee controles
			Controles en casa	Autoexamen de mamas o testicular Control de glucosa Medición de presión arterial No realiza	Sí No
			Hábito nocivo	Presencia de hábito nocivo	Sí No

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
			Control del consumo de hábito nocivo	Sí No A veces	
			Regularidad de consumo del hábito nocivo	A diario Frecuentemente (más de 3 veces a la semana) Ocasionalmente (Menos de 3 veces a la semana)	
			Adopción del hábito posterior al desempeño del rol de cuidador	Sí No	

CAPÍTULO 3: MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Diseño de la investigación

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal.

3.2. Población en estudio

El universo en estudio corresponde a adultos mayores cuidadores principales informales de personas postradas pertenecientes al programa de postrados de 4 centros de salud de la provincia de Valparaíso como son Reina Isabel, Barón, Placilla y Placeres, que cumplen con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adulto mayor de 60 años o más
- Cuidador principal informal
- Alfabeto

Criterios de exclusión:

- Resultado de Yesavage mayor o igual a 6 puntos
- Que la persona postrada haya fallecido

3.3. Selección muestral

Se realizó un muestreo aleatorio simple de la población de estudio que incluía a 127 personas. La muestra que se obtuvo fue de 26, representativa para la población, con un error de estimación del 10% y una confiabilidad del 95%. Este valor se obtuvo mediante simulaciones para distintos tamaños de muestra. A estas 26 personas se les aplicó el Test de autocuidado, considerando los criterios de inclusión y exclusión, generándose una población de recambio que fue seleccionada con muestreo aleatorio simple. Esta población tuvo un número de 30 individuos alcanzando, de esta forma, un total de 56 participantes. El muestreo aleatorio simple es aquel, en que cada individuo de la población tiene la misma probabilidad de ser elegido en la muestra, por lo tanto se denomina auto ponderado. Esto significa que la muestra por sí sola representa de buena

manera a la población total de estudio. La fórmula que se utiliza para encontrar el número apropiado es:

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Donde,

N: Tamaño de la población.

Z: Valor del percentil $\alpha/2$ en la distribución normal.

P: Proporción de utilización para la variabilidad esperada.

e: Error de estimación para la obtención.

A través de esta fórmula, se obtiene un número representativo de la población.

3.4. Descripción del (de los) instrumento(s)

Para el desarrollo de la investigación se utilizaron 2 instrumentos, uno de ellos es La Escala de Depresión Geriátrica “Yesavage”, la cual fue usada con el propósito de discriminar la muestra dentro de los criterios de exclusión presentes en el estudio. Esta escala, consta de 15 preguntas, donde cada respuesta puede ser “Sí o No” y dependiendo de ésta se asigna un puntaje. Cuando éste es menor a 5 no hay depresión, cuando va de 6 - 9 existe una depresión leve y cuando es superior o igual a 10 se habla de una depresión establecida.

El test de autocuidado se aplica sólo a personas que no cursen por un estado de depresión. Este instrumento consta de dos ítems. El primero de ellos consiste en la descripción general del cuidador informal. El segundo ítem continúa con una serie de 33 preguntas, las cuales se dividen de acuerdo a la teoría de Dorothea Orem y los requisitos universales del ser humano. Las primeras 6 preguntas se refieren al ámbito de la alimentación. Las siguientes 3 están enfocadas a los cuidados asociados a la eliminación. Luego, continúan las preguntas relacionadas con el mantenimiento del equilibrio entre: reposo y actividad, y soledad y relaciones sociales del adulto mayor. En el último ítem se especifican los peligros o amenazas para la vida; enfocado

principalmente en el cuidado y manejo de la salud. Las alternativas de las respuestas cerradas, fueron creadas en base al análisis del marco teórico y en conjunto con las variables, por lo que las opciones dependerán de la variable a analizar. No obstante, la gran mayoría de las respuestas fue clasificada como: sí, no o a veces, dependiendo de lo anteriormente estipulado.

3.5. Procedimiento de recolección de datos

El estudio utilizó 4 CESFAM de la provincia de Valparaíso: Placilla, Barón, Placeres y Reina Isabel. Estos fueron seleccionados según datos estadísticos proporcionados por la CORMUVAL y escogidos por representar la mayor población de adulto mayor de la región. La población se obtuvo a través del Programa de Postrados de cada uno de los CESFAM, considerando los criterios de exclusión previamente establecidos y seleccionando a los cuidadores principales informales clasificados como adultos mayores según la definición propuesta por la OMS. Durante la investigación, se aplicó a la muestra de 26 cuidadores principales informales, la *Escala de Depresión Geriátrica “Yesavage”*. Quienes presentaron depresión leve o establecida fueron derivados a su CESFAM correspondiente. Dichas personas, tuvieron que ser sustituidos mediante una muestra de recambio que constó de 30 personas previamente seleccionadas. Los cuidadores informales principales que no presentaron depresión, se les aplicó inmediatamente el Test de Autocuidado, el cual pretende describir las prácticas de autocuidado del cuidador principal informal adulto mayor.

Los datos obtenidos fueron procesados y tabulados para análisis estadístico de forma completa.

3.5.1. Autorizaciones

El estudio se llevó a cabo gracias a la autorización otorgada por del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y la Corporación Municipal de Valparaíso. Para obtener acceso a los datos de los CESFAM: Barón, Placeres, Placilla y Reina Isabel, se enviaron documentos a la Srta. Elizabeth Brahim, encargada de campos clínicos de la Corporación Municipal de Valparaíso. Estos documentos consisten en: resumen ejecutivo del estudio, instrumento Test de Autocuidado del Adulto Mayor y consentimiento informado. Una

vez aprobado el tema de investigación, se entregaron los permisos correspondientes a cada CESFAM y se coordinó una reunión con los directores de los centros de salud para acceder a las fichas clínicas de los usuarios del programa de postrados para la recolección de datos. Una segunda autorización fue realizada por parte del Comité de Ética de la Universidad de Valparaíso, al cual se le entregaron los siguientes documentos: resumen ejecutivo del estudio, instrumento Test de Autocuidado Adulto Mayor, consentimiento informado, carta de derivación a CAPSI, carta de aprobación de la Corporación Municipal de Valparaíso, instructivo y anexo 20B. Se obtuvo respuesta el día 11 de abril con la debida aprobación del proyecto.

3.5.2. Plan de recolección de los datos y organización del trabajo en terreno

EL plan de recolección de datos se inicia con la elaboración de la ruta a seguir para visitar los domicilios de las 26 personas seleccionadas, incluyendo las residencias de la población de recambio. Posteriormente se inicia el trabajo en terreno durante el periodo comprendido entre el día 12 al 21 de abril. Los domicilios fueron visitados de forma ordenada comenzando con el Cerro Barón, posteriormente con el Cerro Placeres, luego Placilla para finalizar con el cerro O'Higgins. Los hogares de los cuidadores principales informales se visitaron en parejas, con delantal institucional y debidamente identificados.

Al momento de llegar a la vivienda de las personas se realizó una presentación formal de los estudiantes, además de informar sobre los aspectos relevantes del proceso investigativo: autorizaciones aprobadas, respaldo del CESFAM correspondiente y objetivos del estudio. En forma paralela se hizo entrega del consentimiento informado (Ver anexo 6.2.2) el cual contempla de forma explícita los aspectos relacionados con la investigación, para su posterior firma, si la persona accediese a la investigación. El trabajo se inició con la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage a todas las personas encuestadas. De ellas, 11 personas presentaron una depresión leve, derivadas de forma oportuna a su CESFAM. Cabe destacar, que dentro de la muestra 2 personas eran analfabetas y 3 habían cambiado su domicilio. Es por ello, que se requirió utilizar la población de recambio compuesta por 30 personas para cumplir con la muestra de 26 cuidadores principales informales. A las personas que presentaban los criterios de inclusión, previamente señalados, se les aplicó el Test de Autocuidado durante un tiempo no

mayor a 30 minutos. Al finalizar la aplicación del instrumento se realizó la despedida y aclaración de dudas pertinentes.

3.5.3. Prueba del instrumento

La prueba del instrumento se basó en la aplicación del cuestionario, denominado Test de Autocuidado, a 10 personas que fueron seleccionadas por presentar los criterios de inclusión estipulados por los investigadores.

La prueba se realizó durante el mes de noviembre del año 2012. Toda persona seleccionada fue previamente informada acerca del objetivo de la prueba: permitir probar el instrumento diseñado para corregir las dudas o errores que pudiese presentar, contando en todos los casos con el debido consentimiento. Los investigadores se dividieron en parejas para aplicar el instrumento tomando el tiempo de duración. Los resultados fueron positivos realizándose breves mejoras para facilitar su comprensión.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

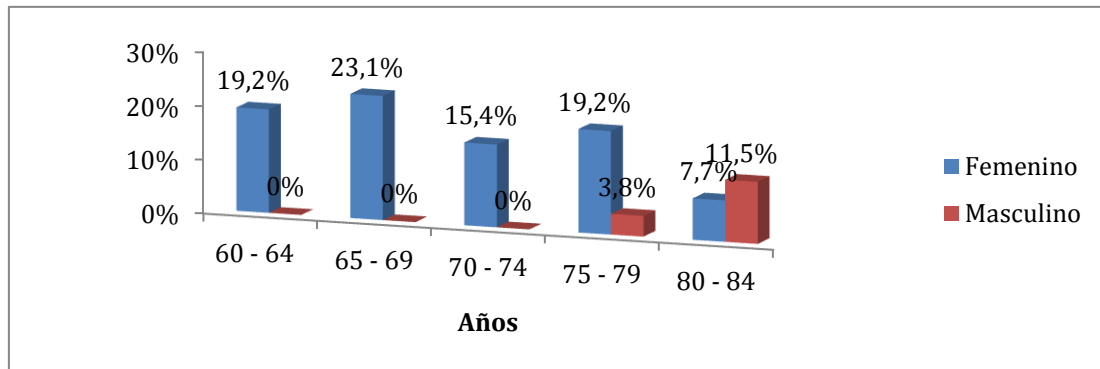
3.6.1. Programa estadísticos

Se realizó un análisis sobre los datos muestrales, en el software Epi info™ 7.1.1.0. Este es un software de colección, administración, análisis, visualización y de reporte de los datos más ligados al área de los profesionales de la salud. Se utiliza alrededor del mundo por su rápido asesoramiento en temas de brotes de enfermedades, desarrollos de sistemas de vigilancias epidemiológicas de pequeño y mediano tamaño y para publicaciones científicas del área pública en empresas de salud. Los gráficos se realizaron en Microsoft Excel 2007 mediante la recolección y análisis de los datos obtenidos.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

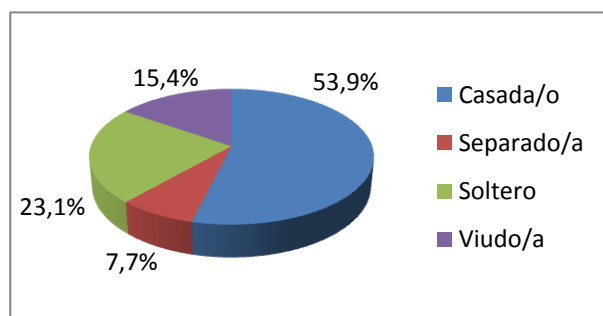
4.1. Antecedentes de la muestra

Gráfico N° 1: *Distribución etaria de los cuidadores principales informales*



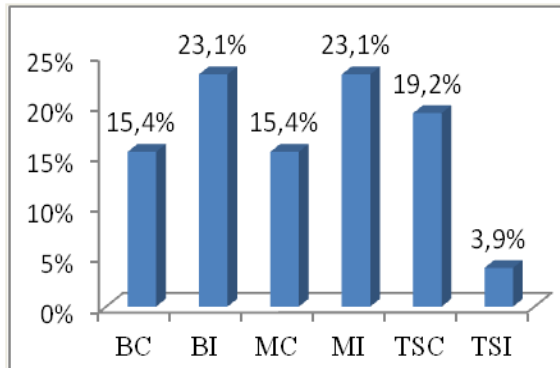
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados, un 84,6% de los encuestados pertenecen al género femenino y un 15,4% al masculino. Éstos últimos se encuentran distribuidos en el rango entre 75 a 84 años; 23,1 % de los encuestadas se encuentran entre las edades de 65 a 69 años. Por otra parte, tenemos un 19,2% de encuestadas entre 60 a 64 y 75 a 79 años; un 15,4% se encasilla entre los 70 y 74 años de edad; finalmente solo un 7,7% de encuestadas de sexo femenino se encuentra en el rango de 80 a 84 años.

Gráfico N° 2: *Distribución de los cuidadores principales informales según estado civil*



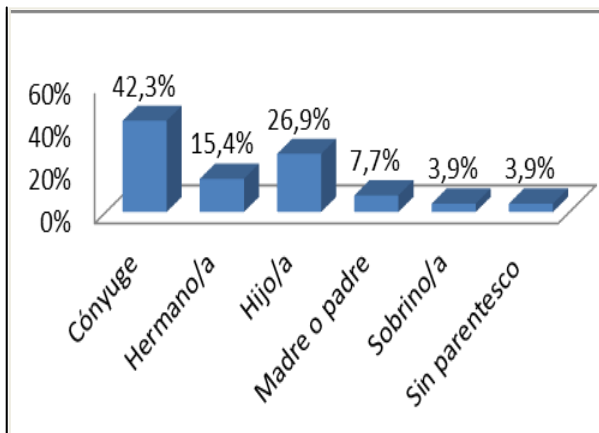
Del total de adultos mayores cuidadores principales insfiguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados, un 53,9% se encuentra casado/a; un 23,1% soltero/a; un 15,4% viudo/a y un 7,7% refiere ser separado/a.

Gráfico N° 3: *Distribución de los cuidadores principales informales según escolaridad*



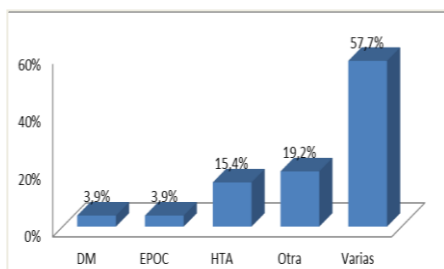
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados, en un mismo porcentaje, 23,1% de los encuestados refiere poseer enseñanza básica y media incompleta; 19,2% menciona tener enseñanza técnica superior completa; 15,4% enseñanza básica y media completa; y por último, sólo un 3,9% refiere no haber concluido la enseñanza técnica superior.

Gráfico N° 4: *Distribución de los cuidadores principales informales según parentesco*



Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 42,3% resulta ser el cónyuge quien otorga los cuidados; el 15,4% un hermano o hermana; el 26,9% madre o padre; por último y en mismo porcentaje, 3,9%, resulta ser un sobrino o sobrina o no tener algún tipo de parentesco con el postrado.

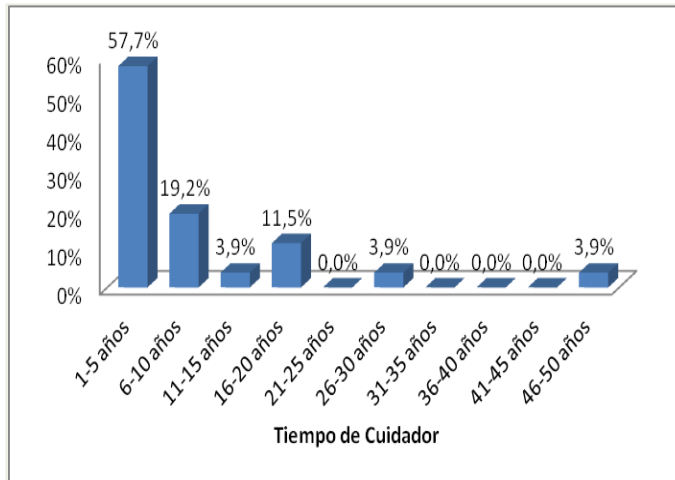
Gráfico N° 5: *Distribución de los cuidadores principales informales según enfermedad crónica*



Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 57,7% presenta más de una enfermedad crónica no transmisible; 19,2% señala poseer otra enfermedad; 15,4% refiere tener sólo hipertensión arterial y por último en un mismo porcentaje, 3,9%, existe sólo la presencia de diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica respectivamente.

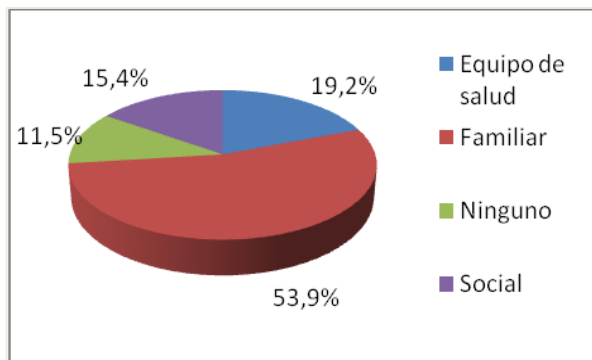
respectivamente.

Gráfico N° 6: *Distribución de los cuidadores principales informales según Tiempo de cuidador*



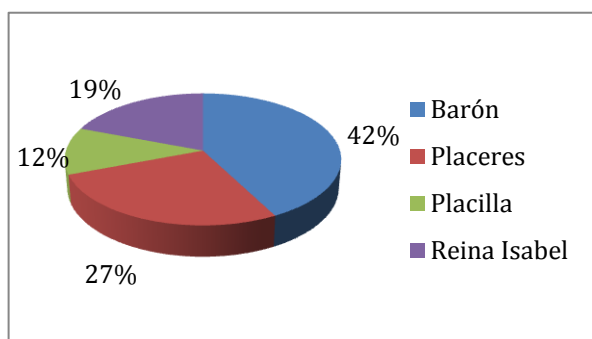
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 57,7% se encuentra en el intervalo de 1 a 5 años en el cual se desempeña como cuidador; 19,2% entre 6 a 10 años; 11,5% entre 16 a 20 años y, en un mismo porcentaje, 3,85% dentro de los rangos 11 a 15, 26 a 30 y 46 a 50 años.

Gráfico N° 7: *Distribución de los cuidadores principales informales según Red de apoyo*



Del siguiente gráfico se desprende que, un 53,9% de los encuestados refiere tener apoyo por parte de sus familiares; un 19,2% se lo atribuye al equipo de salud; un 15,4% alude a un apoyo de tipo social y, por último, un 11,5% de los encuestados refiere no tener apoyo alguno.

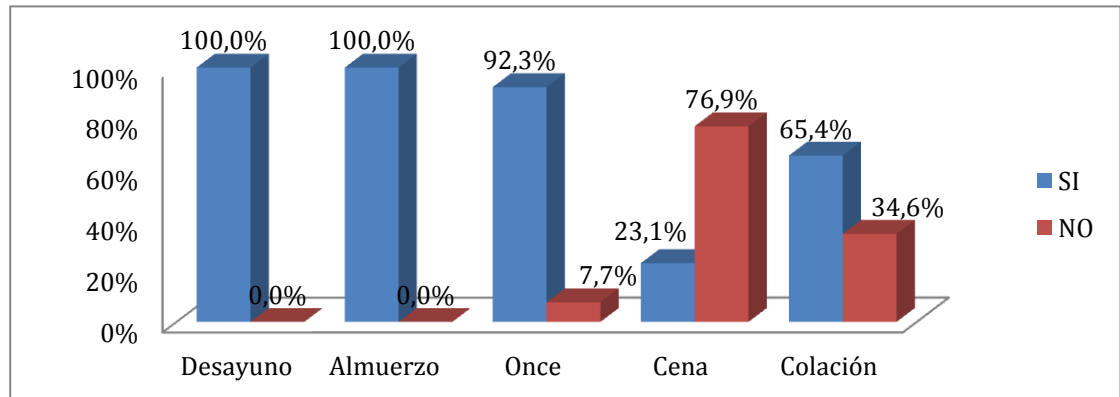
Gráfico N° 8: *Distribución de la Muestra*



Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 42% pertenece al CESFAM Barón, un 27% al CESFAM Placeres, un 19% al CESFAM Reina Isabel y por último un 12% al CESFAM Placilla.

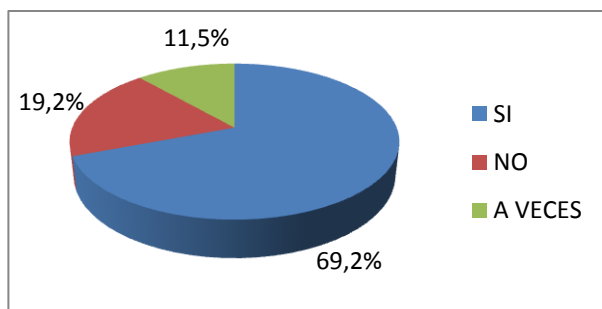
4.2 Análisis descriptivo

Gráfico N° 9: *Número de comidas consumidas diariamente por el cuidador*



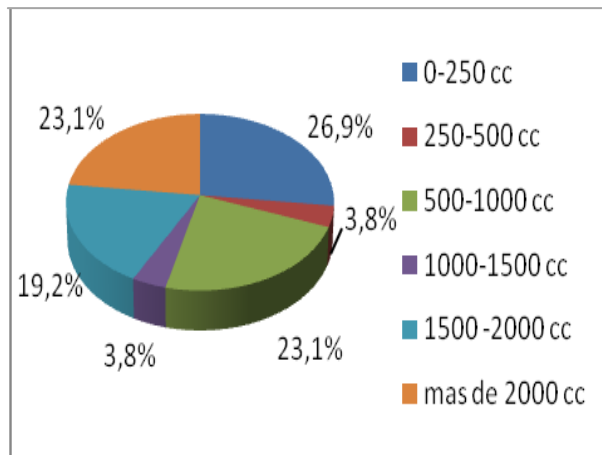
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que, en un mismo porcentaje, 100%, consume diariamente desayuno y almuerzo; un 92,3% tiene incorporado en su alimentación la once v/s un 7,7% el cual no la ingiere; en relación a la cena un 76,9% refiere no consumirla v/s un 23,1% que sí y por último, respecto a las colaciones, un 65,4% alude sí consumirlas en contraste con un 34,6% que no lo practica.

Gráfico N° 10: *Horario fijo para comer del cuidador*



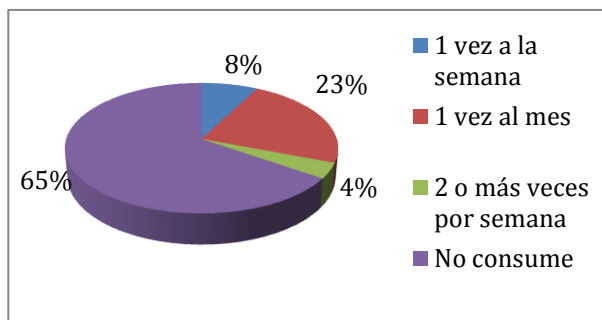
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 69,2% refiere tener un horario fijo para comer; un 19,2% alude no poseer este hábito y un 11,5% sólo a veces cumple con el horario establecido.

Gráfico N° 11: *Cantidad de agua consumida diariamente por el cuidador*



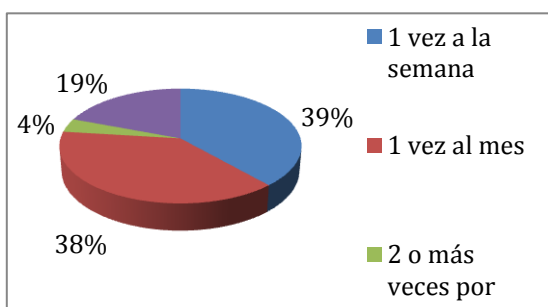
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 26,9% consume entre 0 a 250 cc de agua diaria; con un 23,1% y en un mismo porcentaje, se ingieren entre 500 a 1000 cc y sobre 2000 cc; un 19,2% entre 1500 y 2000 cc y, por último, dentro de un mismo porcentaje, 3,8%, se encuentran aquellas personas que consumen desde 250 a 500 cc y entre 1000 a 1500 cc de agua diaria.

Gráfico N° 12: *Frecuencia de consumo del cuidador: comida “chatarra”*



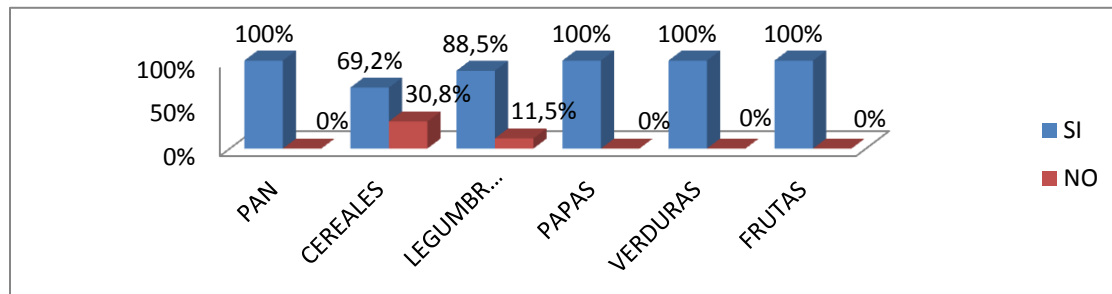
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 65,4% no consume comida “chatarra”; un 23,1% lo realiza una vez al mes; un 7,7% una vez por semana y sólo un 3,9% dos o más veces por semana.

Gráfico N° 13: *Frecuencia de consumo del cuidador: alimentos ricos en azúcar*



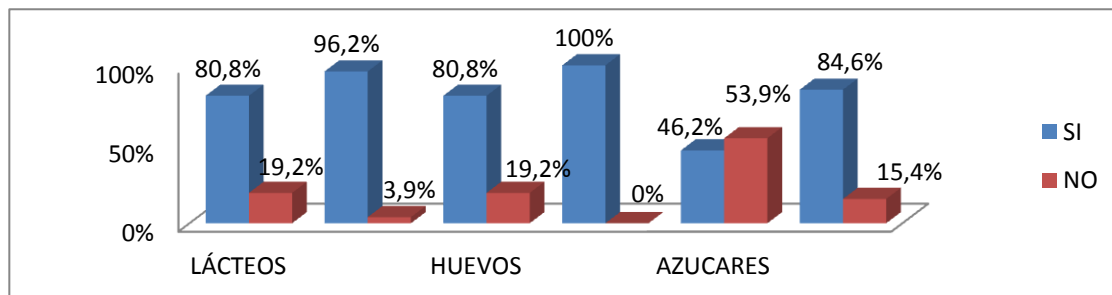
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que, en un mismo porcentaje, 38,5% consumen alimentos dulces una vez a la semana y una vez al mes; 19,2% no consume y un 3,9% dos o más veces por semana.

Gráfico N° 14.1: *Frecuencia de consumo del cuidador: alimentos semanales*



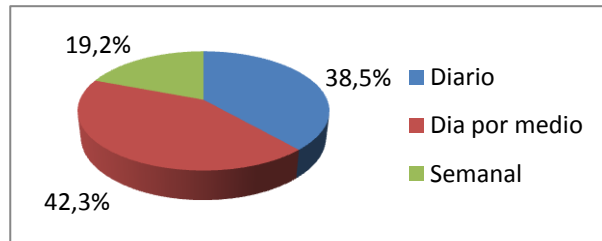
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 100% mantiene un consumo semanal de pan, papas, verduras y frutas. Legumbres: el 88,5% de ellos mantiene un consumo semanal de este alimento, mientras que el 11,5% no lo consume. Cereales: el 69,2% de ellos mantiene un consumo semanal de este alimento, mientras que el 30,8% no lo consume.

Gráfico N° 14.2: *Frecuencia del consumo del cuidador: alimentos semanales*



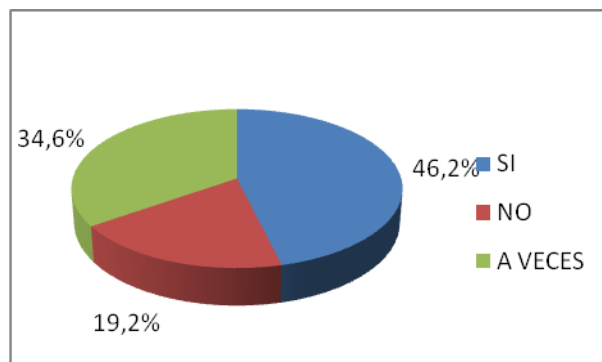
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo lo siguiente: Aceites: el 100% de ellos mantiene un consumo semanal de este alimento. Carnes rojas y blancas: el 96,2% mantiene un consumo semanal de este alimento, mientras que el 3,9% no refiere dicho consumo. Sal: el 84,6% mantiene un consumo semanal de este alimento, mientras que el 15,4% no refiere dicho consumo. Lácteos y huevos: el 80,8% mantiene un consumo semanal de estos alimentos, mientras que el 19,2% no refiere dicho consumo. Azúcares: el 46,2% mantiene un consumo semanal de este alimento, mientras que el 53,9% no refiere dicho consumo.

Gráfico N° 15: *Frecuencia de baño del cuidador*



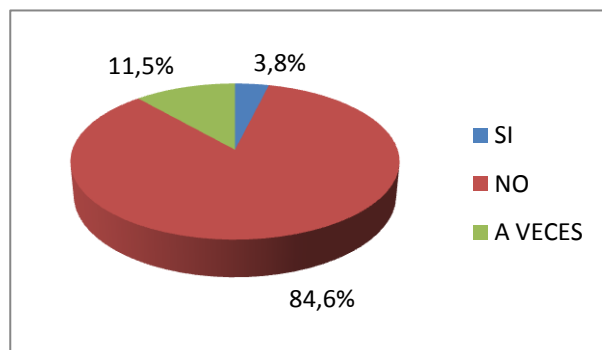
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 42,3% se baña día por medio; 38,5% lo realiza a diario y un 19,2% sólo semanal.

Gráfico N° 16: *Cuidados de la piel del cuidador: lubricación, hidratación y protección de heridas si procede*



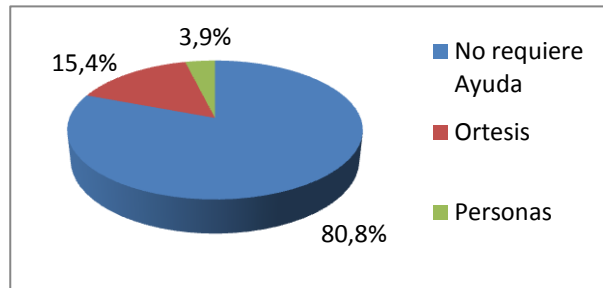
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que el 46,2% sí realiza cuidados en su piel (entiéndase por cuidados lubricación, hidratación y protección de heridas si procede); 34,6% refiere que a veces lo practica y un 19,2% no lo ejecuta.

Gráfico N° 17: *Ayuda requerida por el cuidador para orinar y/u obrar*



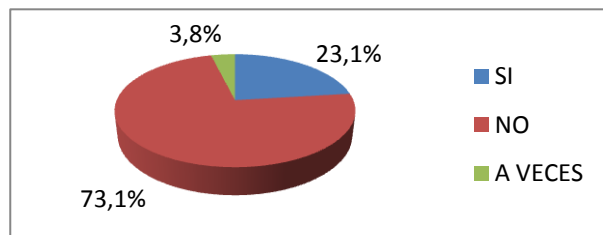
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 84,6% no requiere de ayuda para orinar y/u obrar utilizando vaselina, laxante y/o diurético; un 11,5% los utiliza de forma ocasional y un 3,8% hace uso de ellos de forma permanente.

Gráfico N° 18: *Ayuda requerida por el cuidador para la movilización*



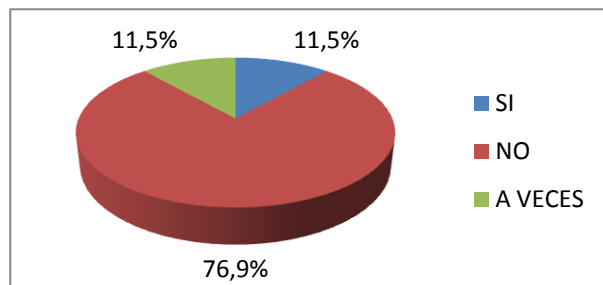
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 80,8% no requiere de algún tipo de ayuda; el 15,4% hace uso de ortesis y el 3,9% necesita el apoyo de una persona para movilizarse.

Gráfico N° 19: *Ejercicio físico realizado por el cuidador*



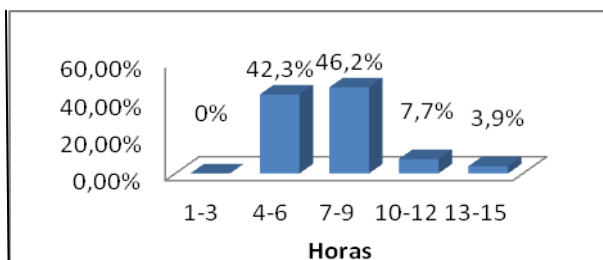
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 73,1% no realiza ejercicio físico; el 23,1% sí lo ejecuta y el 3,8% lo realiza sólo en ocasiones.

Gráfico N° 20: *Ejercicios de elongación y/o cuidados posturales realizados por el cuidador*



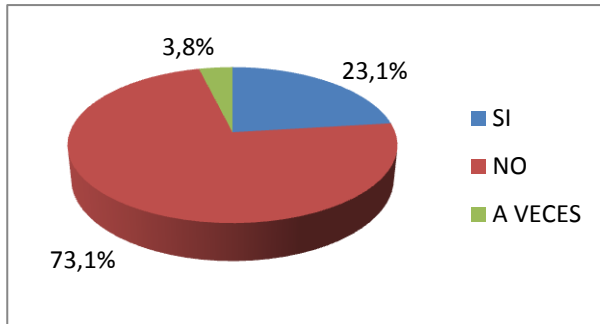
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 76,9% no realiza ejercicios de elongación y cuidados posturales; en un mismo porcentaje, 11,5%, los realiza día por medio de forma diaria.

Gráfico N° 21: *Horas destinadas para dormir por el cuidador*



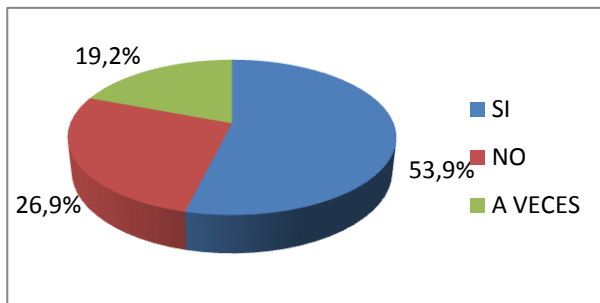
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 46,2% duerme entre 7 y 9 horas diarias; un 42,3% entre 4 y 6 horas; un 7,7% entre 10 y 12 horas y un 3,9% entre 13 y 15 horas.

Gráfico N° 22: *Requerimiento del cuidador sobre medicamentos para dormir*



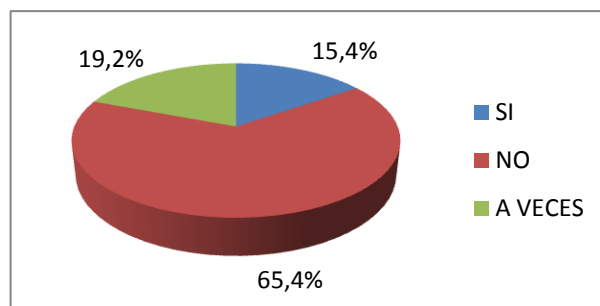
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 73,1% refiere no requerir de somníferos; un 23,1% responde sí requerir y el 3,8% restante manifiesta a veces necesitarlos.

Gráfico N° 23: *Horario fijo para dormir del cuidador*



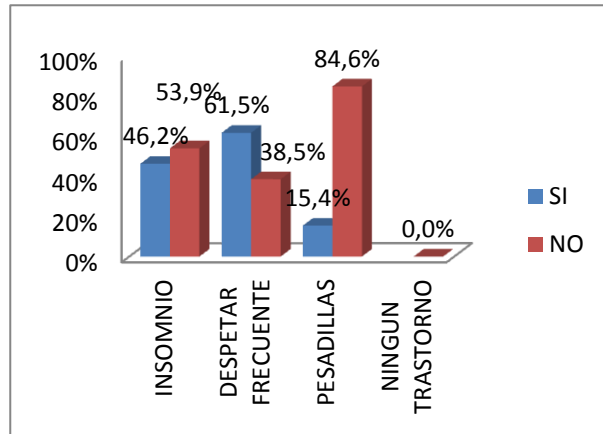
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 53,9% menciona sí tener un horario fijo para dormir; un 19,2% sólo a veces y el 26,9% restante señalan no tenerlo.

Gráfico N° 24: *Sensación de cansancio al despertar del cuidador*



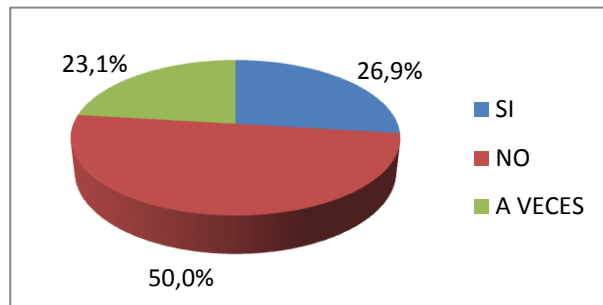
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 65,4% refiere no presentar cansancio al despertar; un 19,2% dice sentirlo sólo en ocasiones y el 15,4% restante refiere sí presentar esta sensación.

Gráfico N° 25: *Trastornos del sueño del cuidador*



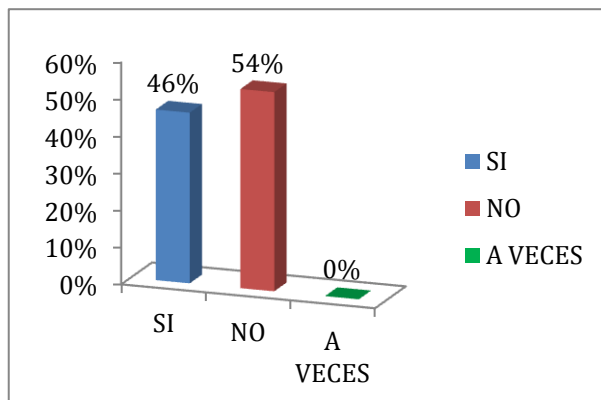
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 53,9% refiere no presentar insomnio v/s un 46,2% que sí lo presenta; un 61,5% alude tener despertares frecuentes durante la noche a diferencia de un 38,5% que no lo presenta y un 84,6% refiere sufrir de pesadillas v/s un 15,4% que no las evidencian.

Gráfico N° 26: *Apoyo emocional del cuidador*



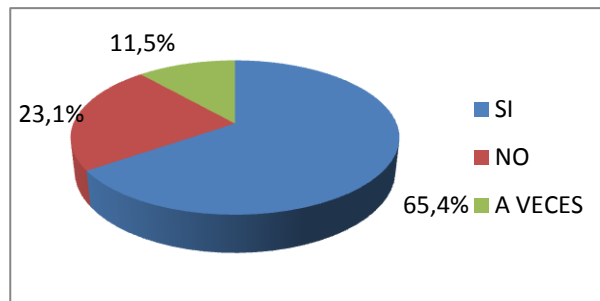
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 50% refiere no necesitar apoyo emocional constante por parte de otras personas; el 26,9% alude sí necesitarlo y el 23,1% restante sólo a veces.

Gráfico N° 27: *Participación del cuidador en organización comunitaria*



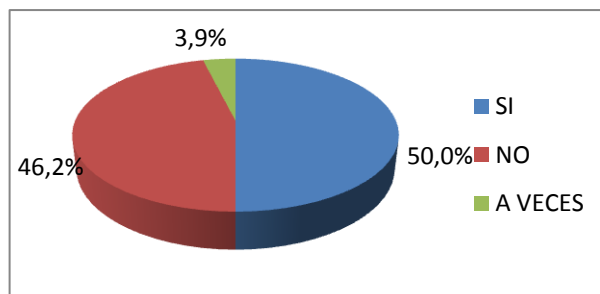
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 54% no participa de alguna organización comunitaria (entiéndase como junta de vecinos, club de adulto mayor u otro); mientras que un 46% refiere que sí lo practica.

Gráfico N° 28: *Apoyo del equipo salud percibida por el cuidador*



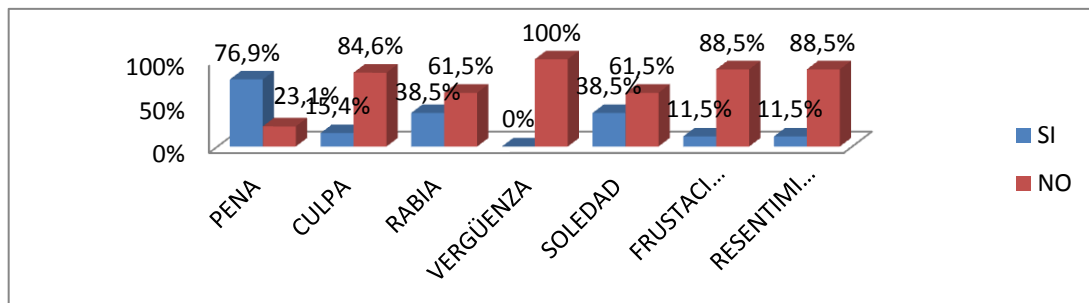
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 65,4% considera que el equipo de salud sí es un apoyo; 23,1% refiere que no lo es y un 11,5% sólo en ocasiones.

Gráfico N° 29: *Disminución de visitas a amistades y/o familiares del cuidador*



Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 50% alude sí haber disminuido las visitas a sus amigos y/o familiares desde que se desempeña como cuidador; el 46,2% refiere no haberlo hecho y un 3,8% señala haberlo practicado en ocasiones.

Gráfico N° 30: *Sentimientos experimentados por el cuidador*



Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que los sentimientos experimentados desde que la persona desempeña el rol de cuidador son los siguientes:

Pena: el 76,9% sí lo ha experimentado, mientras que un 23,1% señala no haberlo presentado.

Culpa: el 84,6% refiere no haberlo sentido y sólo un 15,4% señala sí haberlo presentado.

Rabia: el 61,5% alude no haberlo experimentado, mientras que un 38,5% señala sí haberlo presentado.

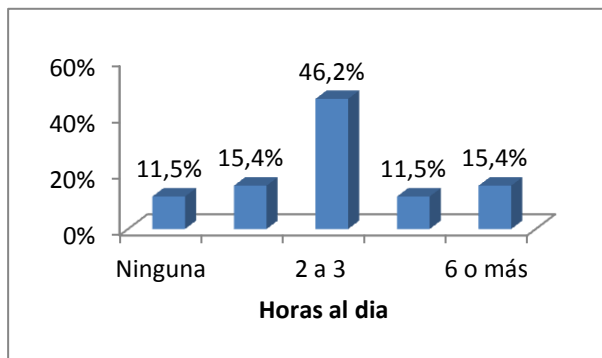
Vergüenza: el 100% refiere no haberlo presentado.

Soledad: el 61,5% señala no haberlo sentido, mientras que un 38,5% refiere que si haberlo presentado.

Frustración: el 88,5% refiere no haberlo sentido, mientras que un 11,5% señala sí haberlo presentado.

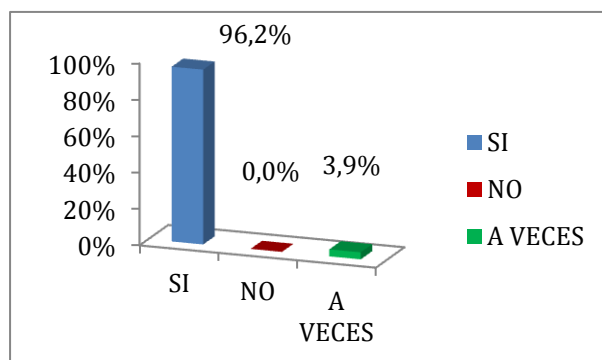
Resentimiento: el 88,5% alude no haberlo sentido, mientras que un 11,5% señala sí haberlo presentado.

Gráfico N° 31: *Horas de tiempo libre del cuidador*



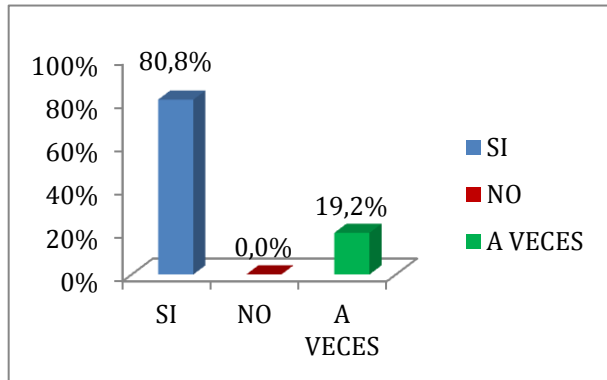
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 46,2% refiere tener entre 2 a 3 horas libres al día sin contar las que destina para dormir; en un mismo porcentaje, 15,4%, dispone de 1 o más de 6 horas; por último un 11,5% refiere tener entre 4 a 5 horas al igual que ninguna.

Gráfico N° 32: *Consumo de medicamentos prescritos del cuidador*



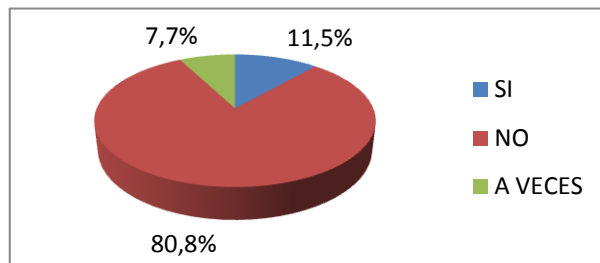
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 96,2% refiere consumir algún tipo de medicamento prescrito por el médico de cabecera; en tanto, sólo un 3,8% señala su uso sólo en ocasiones.

Gráfico N° 33: Consumo según horario y dosis de los medicamentos del cuidador



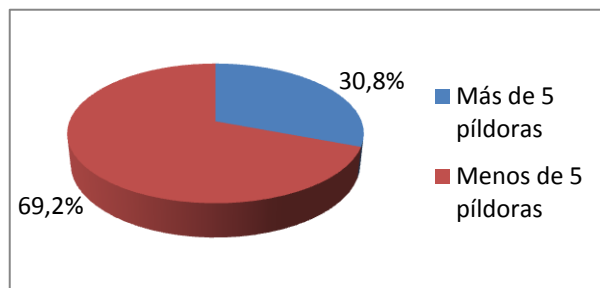
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 80,8% alude ser capaz de consumir sus medicamentos en el horario y cantidad indicada por su médico; en cambio, el 19,2% refiere que no es capaz de realizar dicha acción.

Gráfico N° 34: Automedicación del cuidador



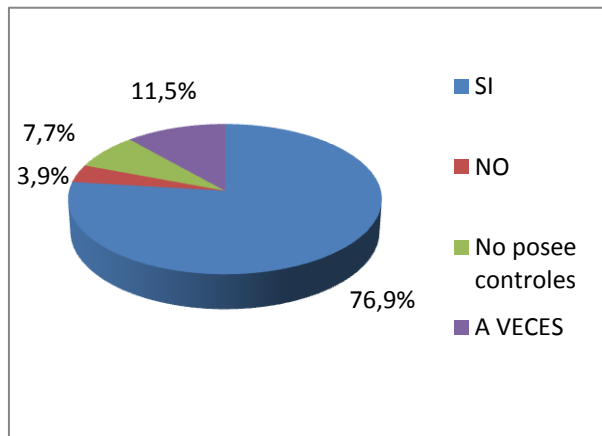
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que el 80,8% no se automedica; el 11,5% refiere que sí lo hace y un 7,7% indica realizarlo en ocasiones.

Gráfico N° 35: Cantidad de medicamentos consumidos en el día por el cuidador



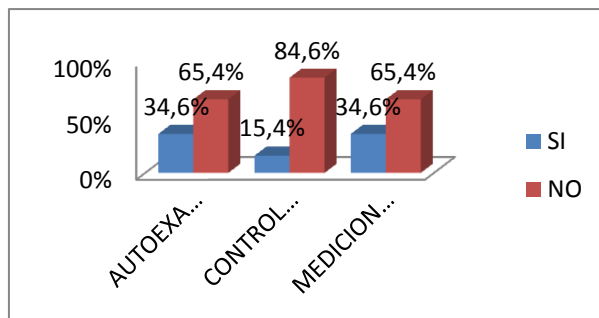
Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados un 69,2% consume menos de 5 píldoras distintas al día, en tanto, un 30,8% ingiere más de 5 píldoras distintas al día.

Gráfico N° 36: *Asistencia del cuidador a controles de salud*



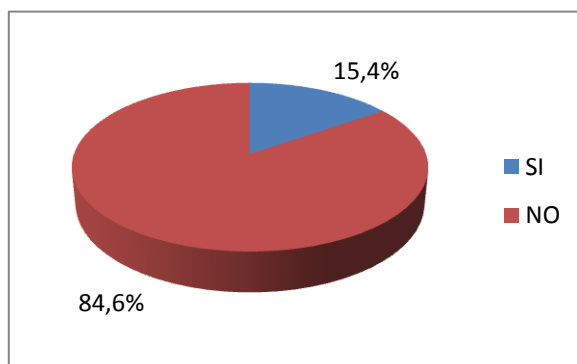
Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que, un 76,9% refiere cumplir con la asistencia a controles médicos; un 11,5% alude que lo realiza sólo en ocasiones; un 3,9% refiere no realizarlos y, en una cifra no menor, un 7,7% señala no presentar algún tipo de control médico debido a la ausencia de patología que lo requiera.

Gráfico N° 37: *Chequeos en casa realizados por el cuidador*



Del siguiente gráfico se desprende que, del total de los encuestados, el 65,4% de los encuestados no realiza autoexamen de mamas o testicular, el 84% no realiza control de glicemia y el 65,4% no realiza medición de la presión arterial en el hogar.

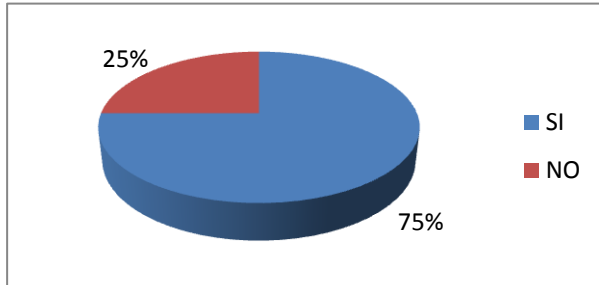
Gráfico N° 38: *Hábito nocivo presentado por el cuidador*



Del total de adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 84,6% refiere no tener ningún tipo de hábito nocivo o de adicción (entiéndase como hábito nocivo alcohol, tabaco y/o drogas). Por otra parte, un 15,4% asume la adopción de alguno de éstos. Pero de ellos el 100% señala que el hábito se

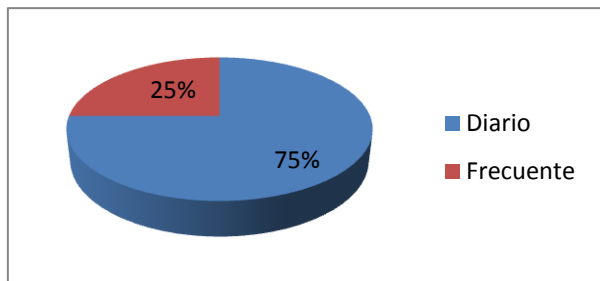
originó antes de adquirir el papel de cuidador.

Gráfico N° 39: *Control de consumo del cuidador*



Del siguiente gráfico se desprende que, del 15% de los encuestados un 75% señala controlar el consumo, mientras un 25% refiere no poseer control sobre su hábito nocivo.

Gráfico N° 40: *Regularidad de consumo del cuidador*



Del 15% de los adultos mayores cuidadores principales informales de una persona postrada, se obtuvo que un 75% reconoce un consumo diario v/s un 25% que lo realiza en forma frecuente.

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. Discusión

Se evidencia que los adultos mayores cuidadores principales informales, en su mayoría se encuentran dentro del rango etario de los 65-75 años, una edad prevalente, considerando que según el Censo del 2012, el índice de adulto mayor es de 67,1; esto quiere decir que existen 67,1 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años. Otro factor importante a considerar es la gran prevalencia del sexo femenino como cuidadores principal informal. Actualmente, los cuidados son brindados por el cónyuge más que por la hija como ocurría anteriormente. Desde el punto de vista educacional, se mantiene un alto porcentaje de cuidadores principales informales que no finalizaron sus estudios de enseñanza básica y de enseñanza media.

En relación a la presencia de patologías crónicas, un 57,7% de la población presenta más de una enfermedad crónica no transmisible. Por otra parte, se destaca la hipertensión arterial como patología representativa de la población estudiada con un 15,4%, manteniéndose la prevalencia según la encuesta del SENAMA 2009, que estableció esta enfermedad como patología recurrente con un 62,1%.

De acuerdo al perfil del cuidador principal informal, se evidencia que el 57,7% ejerce este rol durante un periodo de 1 a 5 años, lo cual, coincide con los datos entregados por el SENAMA el año 2007.

Para los sujetos de investigación, la red de apoyo más influyente es la familia, con un 53,9%, Según la evidencia, la familia sigue siendo una base fundamental al momento de brindar apoyo a los cuidadores principales informales, ya que son ellos con quienes se mantiene un contacto más cotidiano y directo, compartiendo la preocupación por el bienestar de la persona postrada. La funcionalidad del adulto mayor está asociada a la calidad de su red de apoyo, es por ello que la familia es un factor importante al momento de evaluar la calidad del envejecimiento que éste posee.

Un 100% de adultos mayores cuidadores principales informales consumen diariamente desayuno y almuerzo, mientras que solo un 92,3 % consume once, un 23,1% cena y un 65,4% ingiere una colación. Esto evidencia que no consumen adecuadamente las cuatro comidas diarias que estipula el Programa Chile Mayor y SENAMA en el año 2005, como requisito mínimo de alimentación. Es importante considerar que el 69,2% de los cuidadores principales informales poseen horarios

fijos para comer, lo cual contribuye a mantener este requisito adecuadamente. Otro punto a analizar es el consumo de agua, en el que el 57,6% de los encuestados, no consume la cantidad de vasos establecida, que son 6 a 8 vasos (Programa Chile Mayor y SENAMA, 2005).

Respecto al consumo de comida “chatarra” y alimentos ricos en azúcar, el 65,38% de los encuestados posee un consumo apropiado de estos alimentos, lo que va en directo beneficio de su salud, ya que el consumo excesivo de ellos, contribuye al aumento de enfermedades crónicas.

Al analizar el consumo de alimentos semanales, éste resulta correcto en la ingesta de pan, papas, verduras, frutas y aceites, y en menor grado en carnes rojas y/o blancas, legumbres, cereales, lácteos, huevos, sal y azúcares. La baja ingesta de estos alimentos, puede resultar en un déficit proteico y/o de calcio que afecta directamente en la salud del cuidador principal informal.

Por otro lado, la frecuencia del baño es realizada en mayor porcentaje día por medio (42,3%) mientras que en menor medida (38,5%) se realiza de forma diaria, lo cual favorece la eliminación de la grasa acumulada, la transpiración, células cutáneas muertas y algunas bacterias.

Al analizar los cuidados de la piel, un alto porcentaje señala sí realizarlos (46,2%), favoreciendo la mantención de la elasticidad y estimulando la circulación sanguínea, disminuyendo el riesgo de sufrir infecciones y heridas. Otro punto importante dentro de la eliminación, es que un 84,6% de las personas no requiere de laxantes y/o diuréticos para defecar u orinar, mientras que un 3,8% señala utilizarlos debido a cambios normales producto del envejecimiento como son la disminución del nivel de actividad, la ingestión de cantidades no adecuadas de líquidos, fibra y a la debilidad muscular. Sin embargo, cabe destacar que el uso de estos elementos no es recomendado debido al riesgo de interferir en el equilibrio electrolítico del organismo y a una posible disminución en la absorción de determinadas vitaminas (Kozier, 2005).

En relación con el movimiento en los cuidadores principales informales, un 80,8% no requiere de ningún tipo de ayuda para movilizarse. Esta situación proporciona a dichas personas una mayor independencia y autonomía para realizar labores que impliquen dicha acción. Un 15,4 % de los encuestados, requiere de ortesis o apoyo de personas para su movilización. Esto coincide con el surgimiento de discapacidades secundarias a enfermedades transmisibles y no transmisibles que si son abordadas mediante el uso de ayudas técnicas, aumentan los niveles de independencia y calidad de vida. En relación al ejercicio físico, un 73,1% de los adultos mayores no lo realiza, esto es desfavorable para su estado físico y mental, a diferencia del porcentaje de

cuidadores principales informales que sí lo realiza (23,1%); ya que esto les proporciona un mejor estado físico y fisiológico junto con un aumento en la calidad de vida, según revisión bibliográfica.

Al analizar la realización de ejercicios de elongación y cuidados posturales, un 76,9% de los cuidadores principales informales no los ejecuta. Esto es perjudicial para su estado de salud ya que, según revisión bibliográfica, dichos ejercicios proporcionan potenciación muscular, amplitud articular, mayor coordinación y equilibrio.

Otro aspecto a considerar dentro del autocuidado de las personas es la cantidad de horas que destinan para dormir, donde el promedio es de 7,1 horas. Esto es favorable, ya que en comparación con el marco teórico, el adulto mayor duerme aproximadamente 6 horas. Con ello se obtiene el descanso adecuado para realizar acciones, tomar decisiones y desempeñar el rol de cuidador/a principal informal.

Un 73,1% de los cuidadores principales informales no requiere de medicamentos para dormir. Esto es positivo para su salud, ya que logran un descanso adecuado y un sueño fisiológico de forma autónoma. Esto se potencia con la tenencia de un horario fijo para dormir, lo cual se cumple con un 53,9% en los cuidadores principales informales. Con la realización de dichas acciones, se evidencia que un 65,4% no presenta sensación de cansancio al despertar. El 34,6 % restante sí presenta esta sensación, lo cual se relaciona con la presencia de trastornos de sueño que en su mayoría corresponden a despertares frecuentes e insomnio. Esto es desfavorable para este grupo de personas ya que una inadecuada higiene del sueño puede afectar directamente tanto en el desempeño del rol de cuidador/a principal informal como en las actividades a realizar de forma diaria.

Otro aspecto fundamental dentro de los adultos mayores es la contención emocional. Dentro de la investigación un 50% no requiere de apoyo emocional por parte de otras personas. Según la revisión bibliográfica, todo tipo de apoyo es indispensable y clave en el afrontamiento de las diversas problemáticas del diario vivir; por lo que es requerida en todo cuidador principal informal. Con respecto a los sentimientos experimentados con mayor frecuencia, desde que desempeñan su rol como cuidadores principales informales de adultos mayores, se encontró que el 76.9% refiere sentir pena en relación al contexto en que se encuentra, le siguen en un menor porcentaje la rabia y soledad. Son múltiples los sentimientos que afloran al desempeñar el rol

como cuidador principal informal, pero no difieren del estudio “Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia” el cual afirma que es la pena y la ansiedad los que destacan entre los cuidadores principales informales. Asimismo se encontró que la mayoría de los adultos mayores expresan que el equipo de salud les brinda apoyo emocional, pues en un gran porcentaje las instituciones de salud son reconocidas como entidades prestadoras de servicios para la población. Por otra parte, en Chile de acuerdo al SENAMA (2009) el grupo etario que más participa en organizaciones son los adultos mayores, mientras que el 54% de los cuidadores principales informales declara no asistir a ninguna organización comunitaria. Esto está en estrecha relación con el tiempo libre que posea la persona ya que, tal como dice la teoría, los cuidadores sufren de desgaste debido a la exclusiva dedicación a la persona que cuidan. Uno de los problemas más recurrentes en quienes cuidan de una tercera persona es la falta de tiempo para dedicarse a sus propias actividades. Con respecto a las horas de tiempo libre de los cuidadores principales informales, se encontró que un 46,2% tiene como promedio 2-3 horas de tiempo para ellos, lo cual es favorable para no entrar en una sobrecarga como cuidador. Una de las preguntas más discutidas durante este estudio fue la disminución de visitas a amistades y amigos del cuidador principal informal desde el desempeño de su rol, ya que un 50% de los cuidadores adultos mayores principales informales, manifestó que ha disminuido notoriamente la frecuencia de visitas a sus conocidos y familiares relacionándolo directamente con la enfermedad de la persona postrada. Esto va en directo desmedro de los adultos mayores, ya que según la bibliografía, las relaciones interpersonales están basadas en la interacción social, es decir, en la relación de reciprocidad que se da en el comportamiento de dos o más personas que permite ver al individuo como un ser en sociedad, que influye y es influido a la vez.

En relación al consumo de medicamentos prescritos y adherencia terapéutica (horarios, dosis y cantidades) más del 80% de los cuidadores informales principales mantiene una eficiente adherencia terapéutica evitando así las consecuencias médicas de éstas, de entre ellas principalmente la descompensación de enfermedades crónicas. Otro factor importante es la automedicación; para la mayoría de los adultos mayores cuidadores principales informales (80,8%) no representa una problemática, ya que afirman no poseer este hábito en su diario vivir, punto beneficioso puesto que esta práctica se considera potenciador de los efectos adversos prescritos de cada medicamento y una disminución de la respuesta terapéutica del mismo. Según

las evidencias presentadas en la investigación, se observa que la mayoría de los adultos mayores (69,2%) consume menos de cinco píldoras durante el día. Esto se respalda con el material bibliográfico revisado, el cual asevera que el consumo excesivo de fármacos incrementa las posibilidades de reacciones adversas a medicamentos, potenciando trastornos iatrogénicos.

En cuanto a la periodicidad de asistencia a los controles médicos, la mayoría de los adultos mayores (76,9%) refiere cumplir con esta actividad. Esta práctica se ve respaldada con la evidencia bibliográfica la cual alude a la importancia de la realización de éstos y a la continuidad que exige cada centro de salud. Antes de los 70 años, se recomienda un control anual; después de los 70, un control cada 6 meses.

El autoexamen de mama y testicular no constituye una práctica rutinaria dentro de la vida de los adultos mayores. Un 65,4% refiere no practicar esta actividad la cual se contrapone con la evidencia bibliográfica existente. El autoexamen de mamas permite a la mujer encontrar cambios en sus mamas que puedan considerarse de importancia y, para el hombre, el autoexamen permite detectar a tiempo el cáncer testicular.

De la distribución sobre presencia de hábitos nocivos en los cuidadores principales informales, el 84,6% no los presenta, lo cual ayuda a mantener un mejor estado de salud según la evidencia bibliográfica. El resto de los encuestados, 15,4%, refiere presenta consumo de alcohol, tabaco y/o drogas. No menor relevancia posee este dato estadístico ya que, según la evidencia bibliográfica el consumo excesivo de alcohol en la tercera edad modifica el efecto de los medicamentos, aumenta el riesgo de accidentes, caídas, fracturas y eleva la presión sanguínea. Del mismo modo, el tabaco es factor de riesgo de cáncer de pulmón, leucemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, accidentes vasculares. Acerca de la distribución sobre el control y la regularidad de consumo de hábitos nocivos en los cuidadores principales informales que presentan un consumo activo (15%), se identificó que el 75% mantiene un control efectivo de sus hábitos a pesar de su consumo frecuente; versus un 25% que no lo posee. Se considera que Chile está en una posición intermedia entre los países de la Región de las Américas en el consumo de substancias.

5.2. Limitaciones de la investigación

Dentro del desarrollo del presente estudio de investigación, se presentaron los siguientes obstáculos:

Limitaciones de diseño

- Bibliografía escasa, desactualizada y falta de accesibilidad asociada específicamente a las prácticas de autocuidado de los adultos mayores cuidadores.
- Tiempo excesivo de espera para obtener la aprobación de la investigación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.
- Datos desactualizados de los respectivos CESFAM tales como; direcciones erróneas, edad del cuidador, números telefónicos, existencia de cuidador formal.

Limitaciones de la ejecución

- Disponibilidad de tiempo de las personas encuestadas al momento de la aplicación del instrumento de prácticas de autocuidado.
- Dificultad en la accesibilidad geográfica.
- Personas con tratamiento antidepresivo que no estaban informadas en los respectivos CESFAM.

5.4. Conclusiones

La motivación para cuidar a alguien se basa en cuatro razones principales: amor, gratitud, moralidad y voluntad propia de cuidar. (Costa, 2007) La enfermera F. Collière (1989) define el cuidar como “[...] un acto individual que nos prestamos a nosotros mismos desde que somos autónomos, pero es también un acto de reciprocidad que brindamos a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene la necesidad de ayuda para realizar sus necesidades vitales”.

La situación de las parejas adultos mayores se caracteriza, en repetidas ocasiones, por el apoyo recíproco que se da dentro de un frágil equilibrio y de un lento deterioro, cada uno apoyándose en el otro en función de lo que cada uno puede soportar. La calidad de vida de las personas dependientes se sustenta casi exclusivamente de la calidad y formación de aquellos que les cuidan, ya sean cuidadores informales o formales, siendo los cuidadores informales aquellos que prestan cuidados sin formación específica. (Costa, 2007)

Cuidar supone consecuencias para la salud del propio cuidador, consecuencias que van desde el aspecto físico hasta el social, afectando además, el ámbito emocional, psicológico e incluso existencial.

Los resultados arrojados por este estudio dan cuenta lo siguiente:

Se muestra un perfil claro acerca de los cuidadores informales adultos mayores: son mujeres cuya edad varía entre los 65-75 años, donde el parentesco con la persona cuidada es conyugal, por lo que es innegable el carácter feminizado de la labor hacia las personas dependientes. Nuestra sociedad obliga de manera inconsciente o subjetiva a las mujeres a ser responsables del cuidado, lo cual se asume como proceso natural. Con respecto al nivel educacional, existe un alto porcentaje de cuidadores que no finalizaron sus estudios de enseñanza básica y/o media. Un factor importante a considerar es el gran porcentaje de cuidadores con alguna enfermedad crónica en tratamiento tales como EPOC, hipotiroidismo, artrosis, artritis y osteoporosis, siendo hipertensión arterial la más frecuente entre los encuestados. El tiempo de cuidador promedio es de 1 a 5 años siendo la familia la mayor red de apoyo para el adulto mayor cuidador.

En lo relacionado con la alimentación de los adultos mayores cuidadores informales se puede describir como deficiente, ya que son escasas las personas que consumen cinco comidas al día,

pero sí poseen un horario fijo para la ingesta, donde la mayoría de las veces no es acompañada con un adecuado aporte de agua. El consumo de comida “chatarra” y de alimentos ricos en azúcar, es apropiada en más de la mitad de las personas encuestadas. El consumo de alimentos como pan, papas, verduras, frutas y aceites, resulta conforme para el grupo etario, a diferencia de lo que acontece en el grupo de las carnes rojas y/o blancas, legumbres, cereales, lácteos, sal y azúcares, afectando directamente su salud.

En relación con las prácticas de autocuidado de higiene y protección de la piel un alto porcentaje de los cuidadores informales no cumple con el baño diario realizándolo día por medio e incluso de forma semanal; por el contrario un alto porcentaje de ellos señala sí realizar cuidados de la piel, lo que disminuye el riesgo de sufrir infecciones y heridas.

Dentro de las prácticas de autocuidado de eliminación, la gran mayoría de los cuidadores no utiliza laxantes y/o diuréticos para lograr defecar u orinar con normalidad.

Al describir el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, se observa que un alto porcentaje de los cuidadores principales informales no requiere de ningún tipo de ayuda para moverse y la gran mayoría de ellos no realizan ejercicios físicos, de elongación y/o cuidados posturales. Sólo un porcentaje minoritario realiza con regularidad esta actividad. Por otro lado, un gran porcentaje de cuidadores principales informales destina un número de horas adecuadas para un buen descanso, además de presentar un horario fijo para dormir, por lo que no muestran cansancio al despertar ni requieren el uso de medicamentos para dicha acción. El trastorno de sueño con mayor prevalencia en los adultos mayores es el despertar frecuente.

En otro ámbito, respecto al requisito de equilibrio entre soledad e interacción social, se describe que los cuidadores informales no requieren de apoyo emocional, siendo los sentimientos más descritos los de pena y rabia. Si bien, definen positivamente el soporte de las instituciones de salud refieren no requerir de apoyo emocional por parte del equipo. La gran mayoría de los adultos mayores refieren no participar en organizaciones comunitarias, deduciéndose que prefieren estar en el hogar pasando sus momentos de ocio y limitándose a salir de éste, produciéndose un aislamiento social, en general con pocos amigos, presentando una disminución de las visitas a éstos y relaciones limitadas. Todo lo mencionado genera uno de los principales problemas de los cuidadores informales, que es la falta de tiempo para dedicarse a sus propias actividades.

Referente a las prácticas de autocuidado en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, un elevado porcentaje de los adultos mayores cuidadores responde eficazmente a estas actividades. De manera específica se señalan dentro de este marco baja automedicación y polifarmacia y elevado cumplimiento en la asistencia a los controles médicos. La población estudiada posee un adecuado autocuidado con respecto a los puntos presentados con anterioridad, otorgando una adecuada adherencia al tratamiento. En cuanto a los autoexámenes de mama y testicular, un bajo porcentaje de la población en cuestión realiza esta actividad en el hogar, por el contrario un alto número de los encuestados refiere no presentar ningún hábito nocivo.

En conclusión, la descripción de las prácticas de autocuidado de los adultos mayores cuidadores principales informales invita a fortalecer la enfermería comunitaria, como apoyo social al cuidador adulto mayor, y certifica la necesidad de un plan de apoyo al cuidador de personas con dependencia existentes en Chile, que cada día van en un aumento exponencial. Principalmente lo que compete al rol de enfermería, es la cantidad de visitas domiciliarias que realiza el equipo de salud recordando el quehacer holístico que nos compete, esto quiere decir, no solamente enfocándose en el cuidado asistencial sino que a través de este estudio darnos cuenta del real déficit de apoyo moral y psicológico en que está inmerso el cuidador, para así promover y fortalecer su salud mental involucrando a la familia como principal red de apoyo positivo.

5.4. Sugerencias

A partir del referente teórico y de la investigación realizada basada en los datos estadísticos obtenidos, se aconseja considerar las siguientes recomendaciones.

- Facilitar y orientar el trabajo que realizan los equipos de salud con las familias de adultos mayores, con respecto al cuidado de las personas postradas.
- Potenciar la vinculación del adulto mayor con su familia, con el propósito de aumentar sus redes de apoyo e integración social.

- Aumentar y actualizar los planes y programas dedicados al adulto mayor cuidador, que apunten al fortalecimiento y al incremento de visitas domiciliarias por parte del profesional enfermero a través de la creación de un plan integral de cuidados.
- Potenciar y fortalecer las competencias profesionales, aumentando el número de capacitaciones al equipo de salud.
- Otorgar mayor asesoramiento y apoyo psicológico al adulto mayor cuidador que permita fortalecer el completo bienestar psicológico, educando sobre mecanismos de afrontamiento, delegación de responsabilidades y planificación del tiempo.
- Concientizar acerca de la realidad actual de los adultos mayores cuidadores, considerando que existe un aumento de la expectativa de vida y del cambio demográfico de la pirámide poblacional, incitando a un aumento en los estudios referentes a adultos mayores cuidadores

CAPÍTULO 6: ANEXOS

6.1. Bibliografía

A., O. T. (s.f.). *FECHAC*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2011, de Cuidando la Salud del adulto mayor.: http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_cuidando_la_salud_del_adulto_mayor.pdf

Angarita, O. V., & Gonzalez Escobar, D. (2007). Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista ciencia y cuidado* , 28-35.

Arriaga, M., Baca, J., Castaño, C., & Montoya, M. (2006). *Desde Andalucía: Mujeres del Mediterraneo*. Andalucía: Arcibel.

Berger, K. S. (2009). La muerte y sus circunstancias. En K. S. Berger, *Psicología del desarrollo* (págs. Ep. 18-21). Madrid, España: Panamericana.

Cádiz, C., & Morales, V. (s.f.). *Envejecimiento activo* . Recuperado el 16 de Enero de 2013, de Manual de cuidado básicos para el adulto mayor dependiente : http://www.envejecimientoactivo.cl/PDF/Manual_Cuidados_PBS.pdf

Corregidor, S. (2006). Actividades de la vida diaria en geriatría. En P. Moruno, & D. Romero, *Actividades de la vida diaria* (págs. 367-368). Barcelona: Elsevier.

Costa Pacheco Maria João, e. a. (Septiembre de 2007). *Scielo* . Recuperado el 27 de Noviembre de 2012, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300003

Del Risco Airaldi, P. (2007). Recuperado el 18 de Diciembre de 2012, de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/339/DEL_RISCO_AIRALDI_PATRICIA_SOPORTE_SOCIAL_SATISFACCION.pdf?sequence=1

D'Hyver, C., & Kraus, A. (2009). Tanatología. En C. d'Hyver, & L. M. Gutierrez, *Geriatría* (págs. 754-758). México: Manual Moderno.

Guse, L. (2008). Evaluación del adulto de edad avanzada. En K. Mauk, *Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales* (págs. 210-213). Mc Graw Hill.

Guse, L. W. (2008). Evaluación del adulto de edad avanzada. En K. L. Mauk, *Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales* (págs. 210-213). Madrid, España: Mc Graw-Hill.

INTA. (2007). Alimentación y vida saludable en el adulto mayor. *INTA* , 11.

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. (s.f.). *Red Latinoamericana de Gerontología* . Recuperado el Diciembre de 2012, de www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Nicaragua_Manual_Autocuidado_AMayor_INSS.pdf

João, C. P., Costa Pacheco, M. P., Oliveira Medeiros, B. M., Rodrigues, A. P., & Correia Pacheco, R. J. (2007). Anciano que cuida anciano . *Gerokomos* , 25-32.

Kozier, B. (2005). Fundamentos de Enfermería. En *Conceptos, proceso y práctica* (págs. 1223-1225). Mc Graw Hill.

Kozier, B. (2005). Fundamentos de Enfermería. En *Conceptos, proceso y práctica* (págs. 768-7171). Mc Graw Hill.

López, J., Cano, C., & Gómez, J. (2006). *Geriatría*. Medellín, Colombia: Corporación para la Investigación Biológica .

M, M. (2004). *Autoestima en la mujer: Un Análisis de su Relevancia en la Salud* (Vol. 22).

Maria Guadalupe Ojeda Vargas, N. E. (2010). Diversidad Cultural y Salud. En N. E. Maria Guadalupe Ojeda Vargas, *Diversidad Cultural y Salud* (pág. 173). Guanajuato .

Martin, A. (2006). repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana Salud Pública*, 32(3). Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&nrm=iso>

Maya, L. (2006). Redes de apoyo. En J. López, C. Cano, & J. Gómez, *Geriatría* (págs. 69-71). Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones Biológicas .

Mella, R. (2005). *Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor* (Vol. 13).

Ministerio de salud . (s.f.). *Hospital Psiquiátrico del Salvador*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2012,

de http://www.hdsalvador.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=70

MINSAL. (2006). *Programa de apoyo al cuidado de personas postradas de toda edad, con discapacidad severa o pérdida de la autonomía*. Santiago.

Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L., & Mühlenbrock, C. (2002). *Scielo* . Recuperado el 30 de Setiembre de 2012, de Scielo: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf>

OMS. (2004). *ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO*. Ginebra.

Ortega, M. (2005). Riesgo de caídas del anciano. En F. Montagut, G. Flotats, & E. Lucas, *Rehabilitación Domiciliaria* (pág. Cap. 8).

Ortiz, A., Alonso, I., Ubis, A., & Ruiz, M. A. (2010). Psicogeriatría. En A. Ortiz, I. Alonso, A. Ubis, & M. A. Ruiz, *Psicogeriatría* (págs. 4-6). Barcelona, España: Elsevier Masson.

Papalia, D. (2010). Teorías e investigación . En D. Papalia, *Desarrollo Humano* (págs. 27-28). Mexico : Mc graw-hill.

Rodriguez, M. S. (2007). *Atención de enfermería a pacientes con afecciones psiquiátricas*. La Habana: Ciencias médicas.

Sanhueza, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). ADULTOS MAYORES FUNCIONALES: UN NUEVO CONCEPTO EN SALUD. *Ciencia y enfermería XI* , 17-21.

SENAMA. (2007). *Estudio de Situación de los AM dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios*. Santiago.

Silva, G. (2005). *Adherencia al tratamiento* . Bogota : Maldonado S.A.

Silva, G., Galeano, E., & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Redalyc* , 268-273.

Trujillo, S. (2005). En A. I. vida. Univ. Psicol. Bogotá, Colombia.

Universidad de Concepción . (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería* , 9-16.

Vega, O., & Gonzalez, D. (2007). Teoría del deficit del cuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y cuidado* , 28-35.

Zacarés, J. J. (2006). *Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto* (Vol. 12).

6.2 Anexos

6.2.1 Cartas

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 4/2013

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico – cirujano, Secretaria; María Antonieta Silva, enfermera – matrona; Josephine Bratz, enfermera – matrona; Daniel Ciudad, kinesiólogo; y Patricia Herrera, educadora de párvulos, en su sesión del día 11 de abril de 2013, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto **“Prácticas de autocuidado del adulto mayor cuidador informal de una persona postrada”**, presentado por la investigadora responsable Johana Vidal, adscrita a esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 47/2012, versión en español
2. Hoja Informativa de Consentimiento Informado y Ficha de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar al conocimiento de las prácticas de autocuidado de los adultos mayores que actúan como cuidadores informales de otros adultos mayores postrados de diferentes CESFAM de Valparaíso. Dado que estos cuidadores informales requerirían especial atención a su estado de salud, los resultados de la presente investigación debiesen orientar el diseño de estrategias de promoción entre otras, para fortalecer sus prácticas de autocuidado. El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos, estimados en una cuantía no mayor a la habitual exposición de los sujetos de investigación.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados

Dirección de Investigación


como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de los instrumentos, y explicitando el compromiso de activar un protocolo de contención y posterior derivación si se detectara alguna sintomatología que así lo requiriese en los participantes; así también, el investigador da a conocer su teléfono y mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.

4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

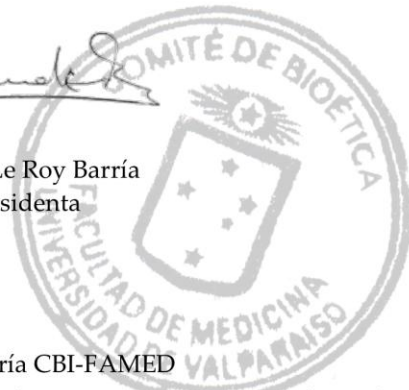
Investigación

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo experimental, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el año 2013, bajo la supervisión de la investigadora responsable, Johana Vidal.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Jimena Le Roy Barría
Presidenta



Ivanny Marchant Ramírez
Secretaria

Valparaíso, 11 de abril de 2013

C/C.

- Secretaría CBI-FAMED
- Comité de Investigación Facultad de Medicina

6.2.2 Consentimiento informado

6.2.2.1 Ficha de consentimiento informado para usuarios.

Yo....., RUT, declaro que la investigadora Johana Vidal, enfermera-matrona, RUT: 10.884.467-1 con la colaboración de los tesistas Karina Muñoz, Estefanía Olivares, Constanza Rivera, María José Silva, Michael Silva, Betsi Sanzana, Conny Viguera de V año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "**Prácticas de autocuidado del cuidador principal informal adulto mayor**" que llevarán a cabo en abril y mayo de 2013 en los adultos mayores al cuidado de personas que pertenecen al Programa de Postrados de los CESFAM de Barón, Placilla, Placeres y Reina Isabel, pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso, y me han explicado en qué consistiría mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo es describir las prácticas de autocuidado en adultos mayores de 60 años que desempeñan el rol de cuidador principal informal, quien es considerado en los establecimientos de atención primaria sólo como usuario crónico, sin tener en cuenta su labor de cuidador de postrados, lo que podría comprometer sus propias prácticas de autocuidado. El conocimiento sobre lo que significa ser cuidador/a de una persona postrada podrá contribuir al desarrollo de actividades de promoción, prevención, tratamiento y educación, fortaleciendo las prácticas de autocuidado de otros cuidadores.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en responder en mi residencia durante el mes de abril de 2013, un cuestionario sobre depresión geriátrica. Si el test detectara que presento algún grado de depresión tendré derecho a asistir a psicólogo. De descartarse depresión, se me aplicará el Test de Autocuidado, que consta de 33 preguntas y dura unos 20 minutos.
3. La investigación no ofrece ningún riesgo para mí. No recibiré retribución económica por participar y tampoco tendré que asumir ningún gasto.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, ya que se reemplazará por un código numérico y sólo podrán ser utilizados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardándose mi identidad. Entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
5. Podré no responder a alguna pregunta si ésta me genera incomodidad, así como también retirar mi participación en cualquier momento sin que ello perjudique mi atención habitual o la de la persona a cargo de mis cuidados en el CESFAM.
6. Si me surgiera alguna duda durante la aplicación del cuestionario o posterior a él, podré consultar a los investigadores, de forma directa, al teléfono 2507445, o al correo electrónico tesisadultom2012@gmail.com.
7. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso ha evaluado y aprobado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

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

Nombre y Firma Participante
RUT:

Nombre y Firma Investigador
RUT:

Valparaíso, ... de ... de 201...

6.2.2.2 *Consentimiento informado.*

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “**Prácticas de autocuidado del adulto mayor cuidador informal de una persona postrada**”, cuyo investigador principal es Johana Vidal, enfermera-matrona, RUT: 10.884.467-1, con la colaboración de los tesisistas Karina Muñoz, Estefanía Olivares, Constanza Rivera, María José Silva, Michael Silva, Betsi Sanzana y Conny Vigueras de V año de la carrera de Enfermería, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

1. El adulto mayor, cuidador principal informal, es considerado en los establecimientos de atención primaria como usuario crónico, sin tener en cuenta su labor de cuidador de postrados, que podría comprometer su autocuidado. En esta investigación se pretende evidenciar que su condición de cuidador principal informal de una persona postrada podría ser un factor de riesgo para su autocuidado.
2. A continuación se presentan los procedimientos a los que usted sería sometido en caso de consentir su participación en esta investigación: se realizará una visita domiciliaria de lunes a viernes en los horarios de 9:30 a 12:30 y 15:00 a 18:00 h durante 2013. Se accederá a los domicilios a través de los datos obtenidos en el CESFAM correspondiente, ya sea de Barón, Placilla, Placeres o Reina Isabel, pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso. El estudio consiste, en primer lugar, en la aplicación de un cuestionario que determina si usted presenta algún síntoma de depresión. En el caso de que así fuera, usted no podrá participar, pero se le ofrecerá la posibilidad de asistir a psicólogo; por el contrario, si no manifiesta esos síntomas, se procederá a la aplicación de un cuestionario de 33 preguntas denominado Test de Autocuidado del Adulto Mayor, que dura unos 20 minutos.
3. La relevancia del estudio radica en el conocimiento sobre lo que significa ser cuidador/a de una persona postrada. Esto puede contribuir al desarrollo de actividades de promoción, prevención, tratamiento y educación, fortaleciendo sus prácticas de autocuidado.
4. La participación es voluntaria y usted no recibirá pago alguno por colaborar. Si bien este estudio no implica ningún riesgo para los participantes, algunas preguntas pueden resultar incómodas; respóndalas sólo si lo desea.
5. Usted cuenta con el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento, si lo considera necesario, comunicándose al investigador, sin que esto signifique perjuicio alguno para su atención habitual en CESFAM.
6. Usted posee todo el derecho de manifestar sus dudas antes, durante y después de la aplicación del test y acceder a los resultados de la investigación solicitándolo a la investigadora principal al teléfono 2507445 o a través del correo electrónico tesisadultom2012@gmail.com.
7. Su nombre no será revelado, en su lugar se utilizará un código numérico. El registro de los datos será reservado y éstos serán resguardados en archivos confidenciales. Sólo tendrá acceso a ellos la investigadora principal. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados en publicaciones de tipo científicas y/o académicas, siempre preservando la identidad del participante.
8. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso ha evaluado y aprobado esta investigación y podrá contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

Nombre y Firma Investigador Responsable

RUT:

Título/grado:

Valparaíso, ... de ... de 201...

6.2.3 Escala de depresión Geriátrica Yesavage

Nombre _____

Cuidador: _____ CESFAM: _____

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA Yesavage

Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

<i>Preguntas</i>			Respuesta	Puntaje
*1 ¿Se considera satisfecho de su vida?	SI	NO		
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO		
3 ¿Se aburre a menudo?	SI	NO		
4 ¿Siente que su vida esta vacía?	SI	NO		
*5 ¿Esta de buen animo la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
6 ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO		
*7 ¿Esta contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
8 ¿Se siente a menudo desvalido?	SI	NO		
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO		
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO		
*11 Piensa que es maravilloso estar vivo?	SI	NO		
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO		
*13 ¿Se siente lleno de energías?	SI	NO		
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI	NO		
15 ¿Cree que la mayoría esta mejor que usted?	SI	NO		
PUNTAJE TOTAL				

Puntuación: Un punto cuando responde "NO" a las respuestas marcadas con asterisco.

Un punto cuando corresponda "SI" al resto de las preguntas.

Escala: Normal 0-5
 Depresión Leve 6-9
 Depresión Establecida > 10

6.2.4 Test de autocuidado

I. Datos generales del cuidador informal

Nombre: _____ Edad: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Previsión Salud: _____

Escolaridad: _____ Parentesco cuidador: _____ Enf. Crónica: _____

CESFAM perteneciente: _____ Tiempo como cuidador: _____

Red de apoyo: _____ Resultado Yesavage: _____

II. Satisfacción de requisitos universales:

Alimentación:

1- ¿Cuáles de estas comidas consume diariamente?

- a) Desayuno
- b) Almuerzo
- c) Once
- d) Cena
- e) Colación

2- ¿Tiene un horario fijo para comer?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

3- ¿Cuántos vasos de agua consume diariamente?

- a) 1-2 vasos
- b) 3-5 vasos
- c) 6-8 vasos
- d) Más de 8 vasos

4- ¿Cuál es la frecuencia de consumo de comida chatarra, como por ejemplo: completos, papas fritas, sopapillas, pizzas, etc.?

- a) No consume
- b) 1 vez a la semana
- c) 2 o más veces por semana
- d) 1 vez al mes

5- ¿Con que frecuencia consume alimentos dulces, como por ejemplo, chocolates, tortas, pasteles, dulces, galletas?

- a) No consume
- b) 1 vez a la semana
- c) 2 o más veces por semana
- d) No consume

6. ¿Cuáles de los siguientes alimentos consume semanalmente?

- a) Pan
- b) Cereales
- c) Legumbres
- d) Papas
- e) Verduras
- f) Frutas
- g) Lácteos
- h) Carnes rojas y blancas
- i) Huevos
- j) Aceites
- k) Azúcares
- l) Sal

Higiene y protección de la piel:

7. ¿Con qué frecuencia se baña?

- a) A Diario
- b) Día por medio
- c) Semanal

8. ¿Usted se cuida la piel? (hidratación, lubricación, cuidado de heridas si procede)

- a) Si
- b) No
- c) A veces

Eliminación:

9. ¿Requiere de vaselina, laxante y/o diurético para orinar y/o defecar?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

Movimiento:

10. ¿Requiere de alguna de estas opciones para movilizarse?

- a) Personas
- b) Ortesis (burruto, bastón, muletas, silla de ruedas)
- c) No requiere

11. ¿Realiza ejercicio físico?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

12. ¿Realiza ejercicios de elongación y cuidados posturales?

- a) Si (todos los días)
- b) A veces (día por medio)
- c) No realiza

Descanso y sueño:

13. ¿Cuántas horas duerme diariamente, incluyendo las siestas?

14. ¿Necesita algún fármaco para poder dormir?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

15. ¿Se acuesta todos los días a la misma hora?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

16. Cuando se levanta, ¿Se siente cansado?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

17. ¿Presenta alguno de estos trastornos al dormir?

- a) Insomnio
- b) Despertares frecuentes
- c) Pesadillas
- d) No presenta

18. ¿Siente que necesita apoyo emocional constante por parte de otras personas?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

19. ¿Participa en alguna organización comunitaria como por ejemplo: junta de vecinos, club de adulto mayor u otro?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

20. ¿Considera que el equipo de salud le brinda apoyo emocional a usted?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

21. Desde que desempeña el rol de cuidador, ¿Se han visto disminuidas las visitas a sus amigos o parientes?

- a) Si
- b) No
- c) En ocasiones

22. Desde que desempeña el rol de cuidador, ¿Cuáles de estos sentimientos ha experimentado con mayor frecuencia?

- a) Pena
- b) Culpa
- c) Rabia
- d) Vergüenza
- e) Soledad
- f) Frustración
- g) Resentimiento
- h) Ninguno

23. ¿Cuántas horas de tiempo libre tiene usted al día, sin tomar en cuenta las horas que destina para dormir?

- a) 0 horas
- b) 2-3 horas
- c) 4-5 horas
- d) 6 horas al día o más

Medicación:

24. ¿Consume algún tipo de medicamento?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

Si la respuesta es no continuar con pregunta 28.

25. ¿Es capaz de consumir sus medicamentos en horario y cantidad indicada?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

26. ¿Usted se auto medica?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

27. ¿Cuántos medicamentos consume a diario?

- a) Menos de 5 píldoras
- b) Más de 5 píldoras
- c) Ninguno

Control de salud:

28. ¿Cumple con la asistencia a controles médicos?

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) No posee controles

29. ¿Realiza en casa alguna de los siguientes chequeos según corresponda, con qué frecuencia?

- a) Auto examen de mamas o testicular _____
- b) Control de glucosa _____
- c) Medición de presión arterial _____
- d) No realiza

Adicción o hábitos nocivos (dícese de consumo de alcohol, tabaco y/o drogas):

30. ¿Tiene algún hábito nocivo?

- a) Si
- b) No

***Si la respuesta a la pregunta n° 32 corresponde a las alternativa a), continuar cuestionario, de lo contrario, concluir con la ejecución de éste.**

31. ¿Es capaz de controlar el consumo de éstos?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

32. ¿Con qué regularidad los consume?

- a) A diario
- b) Frecuentemente (Más de 3 veces a la semana)
- c) Ocasionalmente (Menos de 3 veces a la semana)

33. Alguno de los hábitos nombrados anteriormente, ¿Los ha adoptado después de comenzar con su rol de cuidador?

- a) Si
- b) No

6.2.5 Instructivo de aplicación Test de autocuidado

Estimado señor (a): el presente cuestionario se hace con el objetivo de realizar un estudio que permita describir las prácticas de autocuidado en el adulto mayor entre 60 y 80 años durante el proceso de duelo conyugal y establecer si éstas prácticas señaladas se encuentran o no alteradas.

El cuestionario consta de 31 preguntas y responderlo no le tomará más de 20 minutos. Debe ser contestado en presencia del investigador, el cual podrá resolver las dudas acerca del mismo. Se establecerá como lugar de la encuesta un sitio tranquilo y apropiado que permita mantener la confianza entre usted y el entrevistador.

El cuestionario debe ser respondido con lapicera azul o negra, entregada por quien aplique el cuestionario.

Para la persona que aplique el cuestionario: Antes de iniciar la aplicación el entrevistador se debe presentar señalando nombre, carrera a la que pertenece y universidad, posteriormente informar sobre el objetivo de la investigación, mencionado anteriormente y presentar el consentimiento informado recalcando el anonimato del estudio, luego que éste sea aceptado y firmado se procede a explicar la forma en que se deben responder las preguntas, verbalizando que son respuestas cortas donde sólo se debe responder la alternativa correcta, al aplicar el cuestionario se deben mantener las recomendaciones señaladas anteriormente.

En caso de que el entrevistado se sienta mal, descompensado, muy triste, que incluso llegue al llanto durante su aplicación o que se sienta incapacitado para continuar, suspender la aplicación del cuestionario, si el entrevistado decide realizarlo en otra oportunidad recalendarizar la aplicación para otra fecha.

El cuestionario se denomina TEST DE AUTOCUIDADO ADULTO MAYOR, consta de 31 preguntas donde se evaluará la presencia o ausencia de diferentes elementos del autocuidado y se basa en los criterios universales de Dorotea Orem.

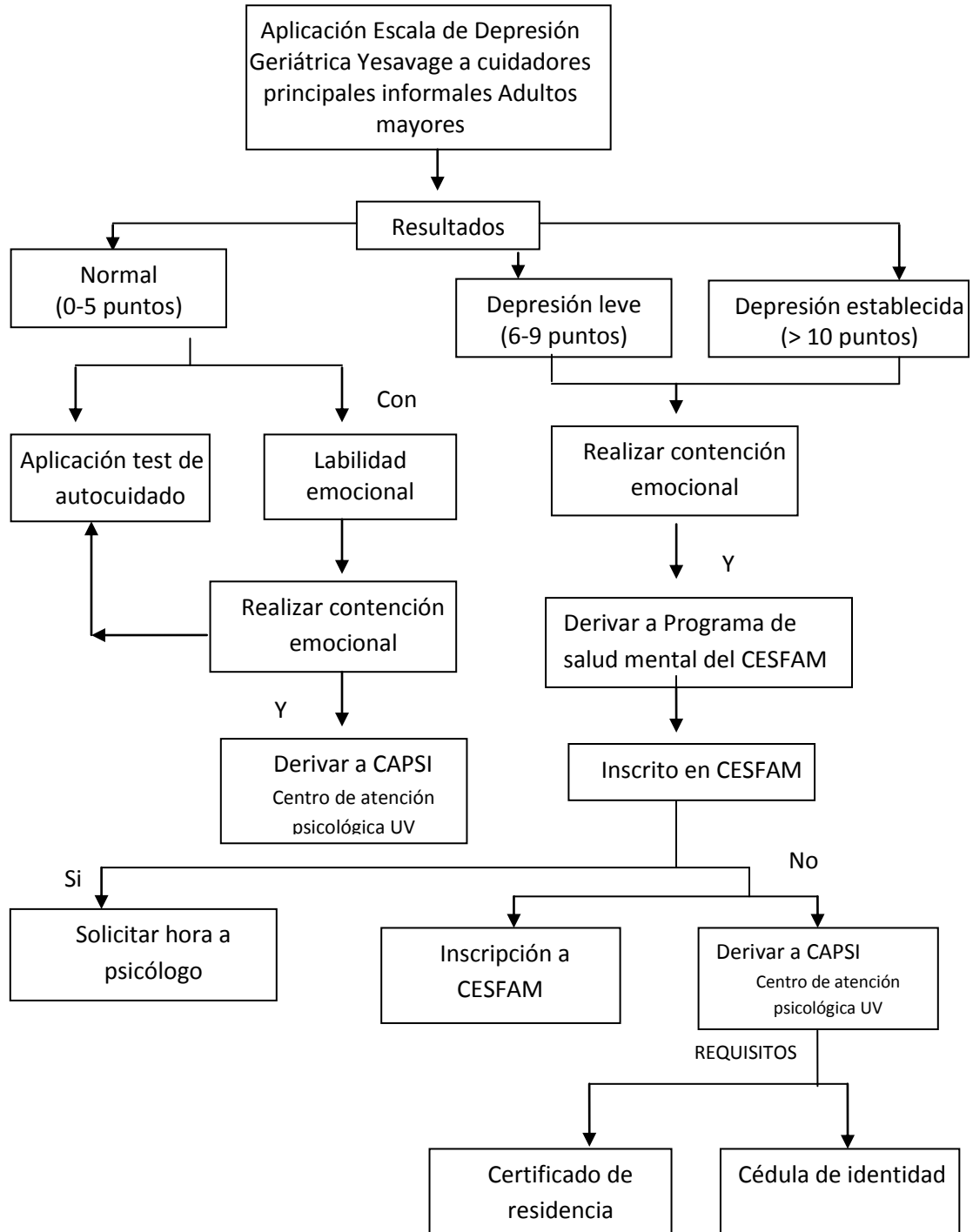
El cuestionario está elaborado por 6 preguntas iniciales las cuales están destinadas a conocer los antecedentes generales del sujeto de investigación como son la edad, sexo, años de matrimonio, tiempo de viudez y causa de muerte del cónyuge, posteriormente se da inicio a las 31 preguntas basadas en los criterios universales, que son:

- ✓ Conservación de aire, agua y alimentación suficiente: Se extiende desde la pregunta 1 hasta la 10 y se subdivide en alimentación (pregunta 1 a 5), higiene y protección de la piel (pregunta 6 a 8) y eliminación (pregunta 9 y 10). En las preguntas 3, 4 y 5 se especifica en las alternativas las porciones de alimentos, frecuencia de la alimentación y la cantidad de vasos.
- ✓ Mantención del equilibrio entre actividad y reposo: Se extiende desde la pregunta 11 a 16 y se subdivide en movimiento (pregunta 11 a 13), descanso y sueño (pregunta 14 a 16). En la pregunta 14 se especifica el número de horas que se entiende por sí (más de 5 horas) y el que se entiende por no (menos de 5 horas).
- ✓ Promoción del funcionamiento y desarrollo humano: Se extiende desde la pregunta 17 a la 19. En la pregunta 17 se deben nombrar los tipos de apoyo que pueden presentar como son: apoyo social, familiar, comunitario, etc.
- ✓ Mantención del equilibrio entre soledad e interacción social: Se extiende desde la pregunta 20 a la 22. En la pregunta 20 que señala sobre el sentimiento involucrado en relación con la pérdida del cónyuge se debe observar el lenguaje no verbal y si éste es congruente con la respuesta dada verbalmente, además como es una pregunta que puede ser incomoda para el entrevistado debe ser realizada con el mayor respeto y profesionalismo posible.
- ✓ Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: Se extiende desde la pregunta 23 a la 28. Se subdivide en Medicación (pregunta 23 a 25), control de salud (pregunta 26 y 27) y Adicción o hábitos nocivos, dícese de consumo de alcohol, tabaco y/o drogas, (pregunta 28). En la formulación de la pregunta 28 se deben señalar los hábitos nocivos como son el alcohol, tabaco, drogas (especificando marihuana, cocaína o pasta base).

Si la respuesta de la pregunta 28 es sí o a veces (Alternativa A o C), se debe continuar con la aplicación del cuestionario, siguiendo con la pregunta 29, 30 y 31, de lo contrario se termina con su aplicación.

Luego de haber terminado con la aplicación del cuestionario se debe recalcar que el objetivo es sólo de investigación, no se deben dar consejos, opiniones o juicios valóricos en relación con las respuestas entregadas, además se debe realizar un comentario positivo al entrevistado y entregar las gracias por su colaboración.

6.2.6 Flujograma de derivación



6.2.7 Carta derivación CAPSI



Valparaíso, 31 de octubre de 2012.
CN°21/2012.

Estimados Sras. y Sres.
Comité de Ética
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso
Presente

Atte: Ps. Carlos Varas Alfaro
Director Departamento de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología
de la Universidad de Valparaíso.

Ref: Informa apoyo de proceso de investigación de pregrado para
Seminario de Tesis.
Universidad de Valparaíso.

Por medio del presente, se informa a este comité que el Centro de Psicología Clínica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de esta Universidad, dispone y ofrece el servicio de psicoterapia gratuita a aquellos casos que requieran de atención terapéutica y que fuesen pesquisados a lo largo de cualquier proceso de investigación.

En particular a este caso, la entidad de CAPSI se compromete a extender este servicio a los entrevistados que evidencien alteraciones de salud mental como resultado del proceso de investigación denominado "Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor Cuidador Principal Informal".

Dicha investigación, está siendo ejecutada por los estudiantes de la Escuela de Enfermería, Karina Muñoz, Estefanía Olivares, Constanza Rivera, María José Silva, Michael Silva, Betsi Sanzana, Conny Viguera, a cargo de la Profesora Guía Johanna Vidal O.

Sin otro particular.



Carlos Varas Alfaro
Director Departamento de Psicología Clínica
Coordinador CAPSI y Prácticas Profesionales
Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso

Universidad de Valparaíso – Secretaría Académica – Escuela de Psicología
Avenida Brasil 2140 * Valparaíso
☎ : (32) 2508626 - 2508603 * Fax: (32) 2508623
www.uv.cl - www.psicologia.uv.cl

6.2.8 Tablas

6.2.8.1 Tablas de antecedentes de la muestra

Tabla N°1: Distribución de los cuidadores principales informales según género

GENERO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Femenino	22	84,62%	84,62%
Masculino	4	15,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla N°2: Distribución de los cuidadores principales informales según estado civil

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Casada/o	14	53,85%	53,85%
Separado/a	2	7,69%	61,54%
Soltero	6	23,08%	84,62%
Viudo/a	4	15,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 3: Distribución de los cuidadores según previsión de salud.

PREVISIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
FONASA	24	92,31%	92,31%
ISAPRE	1	3,85%	96,15%
Sin previsión	1	3,85%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 4: Distribución de los cuidadores principales informales según escolaridad.

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
basica completa	4	15,38%	15,38%
basica incompleta	6	23,08%	38,46%
media completa	4	15,38%	53,85%
media incompleta	6	23,08%	76,92%
tecnico o superior completa	5	19,23%	96,15%
tecnico o superior incompleta	1	3,85%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 5: Distribución de los cuidadores principales informales según parentesco.

PARENTESCO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Cónyuge	11	42,31%	42,31%
Hermano/a	4	15,38%	57,69%
Hijo/a	7	26,92%	84,62%
Madre o padre	2	7,69%	92,31%
Sin parentesco	1	3,85%	96,15%
Sobrino/a	1	3,85%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 6: Distribución de los cuidadores principales informales según enfermedad crónica.

ENF. CRÓNICA	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
DM	1	3,85%	3,85%
EPOC	1	3,85%	7,69%
HTA	4	15,38%	23,08%
Otra	5	19,23%	42,31%
Varias enfermedades crónicas	15	57,69%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 7: Distribución de los cuidadores según Centro de salud en el cual se atiende.

CESFAM	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Barón	11	42,31%	42,31%
Placeres	7	26,92%	69,23%
Placilla	3	11,54%	80,77%
Reina Isabel	5	19,23%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 8: Distribución de los cuidadores principales informales según Red de apoyo.

RED DE APOYO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Equipo de salud	5	19,23%	19,23%
Familiar	14	53,85%	73,08%
Ninguno	3	11,54%	84,62%
Social	4	15,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 9: Distribución de los cuidadores principales informales según resultado Yesavage.

RESULTADO YESAVAGE	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
0 puntos	1	3,85%	3,85%
1 punto	7	26,92%	30,77%
2 puntos	3	11,54%	42,31%
3 puntos	5	19,23%	61,54%
4 puntos	5	19,23%	80,77%
5 puntos	5	19,23%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

6.2.8.2 Tablas de análisis descriptivo

Tabla 10: Frecuencia de cuidadores que consumen desayuno.

DESAYUNO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Si	26	100,00%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 11: Frecuencia de cuidadores que almuerzan.

ALMUERZO	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Percent
Si	26	100,00%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 12: Frecuencia de cuidadores consumen once.

ONCE	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	2	7,69%	7,69%
Si	24	92,31%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 13: Frecuencia de cuidadores que cenan.

CENA	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	20	76,92%	76,92%
Si	6	23,08%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 14: Frecuencia de cuidadores que consumen colación.

COLACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	9	34,62%	34,62%
Si	17	65,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 15: Frecuencia de los cuidadores que poseen horario fijo para comer.

HORARIO FIJO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	3	11,54%	11,54%
No	5	19,23%	30,77%
Si	18	69,23%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 16: Frecuencia de cantidad de agua consumida diariamente por el cuidador.

CC DE AGUA	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
0-250 cc	7	26,92%	26,92%
1000-1500 cc	1	3,85%	30,77%
1500 -2000 cc	5	19,23%	50,00%
250-500 cc	1	3,85%	53,85%
500-1000 cc	6	23,08%	76,92%
mas de 2000 cc	6	23,08%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 17: Frecuencia del consumo del cuidador: comida “chatarra”.

COMIDA CHATARRA	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
1 vez a la semana	2	7,69%	7,69%
1 vez al mes	6	23,08%	30,77%
2 o más veces por semana	1	3,85%	34,62%
No consume	17	65,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 18: Frecuencia del consumo del cuidador: alimentos ricos en azúcar.

ALIMENTOS DULCES	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
1 vez a la semana	10	38,46%	38,46%
1 vez al mes	10	38,46%	76,92%
2 o más veces por semana	1	3,85%	80,77%
No consume	5	19,23%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 19: Frecuencia semanal del consumo de pan de los cuidadores.

PAN	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Si	26	100,00%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 20: Frecuencia semanal del consumo de cereales de los cuidadores.

CEREALES	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	8	30,77%	30,77%
Si	18	69,23%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 21: Frecuencia semanal del consumo de legumbres de los cuidadores.

LEGUMBRES	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	3	11,54%	11,54%
Si	23	88,46%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 22: Frecuencia semanal del consumo de papas de los cuidadores.

PAPAS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Si	26	100,00%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 23: Frecuencia semanal del consumo de verduras de los cuidadores.

VERDURAS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Si	26	100,00%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 24: Frecuencia semanal del consumo de frutas de los cuidadores.

FRUTAS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Si	26	100,00%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 25: Frecuencia semanal del consumo de lácteos de los cuidadores

LÁCTEOS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	5	19,23%	19,23%
Si	21	80,77%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 26: Frecuencia semanal del consumo de carnes rojas y blancas de los cuidadores.

CARNES ROJAS Y BLANCAS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	1	3,85%	3,85%
Si	25	96,15%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 27: Frecuencia semanal del consumo de huevos de los cuidadores.

HUEVOS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	5	19,23%	19,23%
Si	21	80,77%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 28: Frecuencia semanal del consumo de aceite de los cuidadores.

ACEITES	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Si	26	100,00%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 29: Frecuencia semanal del consumo de azúcar de los cuidadores.

AZUCARES	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	14	53,85%	53,85%
Si	12	46,15%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 30: Frecuencia semanal del consumo de sal de los cuidadores.

SAL	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	4	15,38%	15,38%
Si	22	84,62%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 31: Frecuencia de baño del cuidador.

DUCHA	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Dia por medio	11	42,31%	42,31%
Diario	9	34,62%	76,92%
diario	1	3,85%	80,77%
Semanal	5	19,23%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 32: Frecuencia de los Cuidados de la piel del cuidador: Lubricación e hidratación.

CUIDADOS DE LA PIEL	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	9	34,62%	34,62%
No	5	19,23%	53,85%
Si	12	46,15%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 33: Frecuencia de la ayuda requerida por el cuidador para orinar y/u obrar

ELIMINACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	3	11,54%	11,54%
No	22	84,62%	96,15%
Si	1	3,85%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 34: Frecuencia de la ayuda requerida por el cuidador para la movilización

MOVIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No requiere Ayuda	21	80,77%	80,77%
Ortesis	4	15,38%	96,15%
Personas	1	3,85%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 35: Frecuencia de ejercicio físico realizados por el cuidador.

EJERCICIO FÍSICO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	1	3,85%	3,85%
no	19	73,08%	76,92%
si	6	23,08%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 36: Frecuencia de ejercicios de elongación y/o cuidados posturales realizados por el cuidador.

ELONGACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	3	11,54%	11,54%
no	20	76,92%	88,46%
si	3	11,54%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 37: Frecuencia de requerimiento del cuidador sobre medicamentos para dormir.

USO FÁRMACOS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	1	3,85%	3,85%
no	19	73,08%	76,92%
si	6	23,08%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 38: Frecuencia de horario fijo para dormir del cuidador.

HORARIO DE DORMIR	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
A veces	5	19,23%	19,23%
No	7	26,92%	46,15%
Si	14	53,85%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 39: Frecuencia de sensación de cansancio al despertar del cuidador

CANSANCIO AL DESPERTAR	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	5	19,23%	19,23%
No	17	65,38%	84,62%
Si	4	15,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 40: Frecuencia de trastornos del sueño del cuidador: Insomnio.

INSOMNIO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	14	53,85%	53,85%
Si	12	46,15%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 41: Frecuencia de trastornos del sueño del cuidador: Despertar frecuente.

DESPETAR FRECUENTE	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	10	38,46%	38,46%
Si	16	61,54%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 42: Frecuencia de trastornos del sueño del cuidador: Pesadillas

PESADILLAS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	22	84,62%	84,62%
Si	4	15,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 43: Frecuencia de apoyo emocional del cuidador.

DEPENDENCIA EMOCIONAL	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	6	23,08%	23,08%
No	13	50,00%	73,08%
Si	7	26,92%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 44: Frecuencia de participación del cuidador en organización comunitaria.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	14	53,85%	53,85%
Si	12	46,15%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 45: Frecuencia de apoyo del equipo salud percibida por el cuidador.

APOYO EQUIPO SALUD	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	3	11,54%	11,54%
No	6	23,08%	34,62%
Si	17	65,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 46: Frecuencia de la disminución de visitas a amistades y/o familiares del cuidador.

DISMINUCIÓN VISITA AMIGOS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
en ocasiones	1	3,85%	3,85%
no	12	46,15%	50,00%
si	13	50,00%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 47: Frecuencia de sentimientos experimentados por el cuidador: Pena.

PENA	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	6	23,08%	23,08%
Si	20	76,92%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 48: Frecuencia de sentimientos experimentados por el cuidador: Culpa

CULPA	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
no	22	84,62%	84,62%
si	4	15,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 49: Frecuencia de sentimientos experimentados por el cuidador: Rabia.

RABIA	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
no	16	61,54%	61,54%
si	10	38,46%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 50: Frecuencia de sentimientos experimentados por el cuidador : Vergüenza.

VERGÜENZA	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
no	26	100,00%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 51: Frecuencia de sentimientos experimentados por el cuidador: Soledad.

SOLEDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
no	16	61,54%	61,54%
si	10	38,46%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 52: Frecuencia de sentimientos experimentados por el cuidador: Resentimiento.

RESENTIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
no	23	88,46%	88,46%
si	3	11,54%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 53: Frecuencia de horas de tiempo libre del cuidador.

HORAS TIEMPO LIBRE	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
0 horas	3	11,54%	11,54%
1 hora	4	15,38%	26,92%
2-3 horas	12	46,15%	73,08%
4-5 horas	3	11,54%	84,62%
6 horas al día o más	4	15,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 54: Frecuencia de consumo de medicamentos prescritos al cuidador.

CONSUMO MEDICAMENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	1	3,85%	3,85%
Si	25	96,15%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 55: Frecuencia del consumo según horario y dosis de los medicamentos del cuidador.

HORARIO Y DOSIS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	5	19,23%	19,23%
si	21	80,77%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 56: Frecuencia de automedicación en el cuidador.

AUTO MEDICACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	2	7,69%	7,69%
no	21	80,77%	88,46%
si	3	11,54%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 57: Frecuencia de medicamentos consumidos en el día por el cuidador.

MEDICAMENTOS DIARIOS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Más de 5 píldoras	8	30,77%	30,77%
Menos de 5 píldoras	18	69,23%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 58: Frecuencia de Asistencia del cuidador a controles de salud.

CUMPLE CON ASISTENCIA A CONTROL	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
a veces	3	11,54%	11,54%
No	1	3,85%	15,38%
No presenta controles	2	7,69%	23,08%
Si	20	76,92%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 59: Frecuencia de chequeos realizados en casa por el cuidador: Autoexamen de mamas o testículos.

AUTOEXAMEN DE MAMAS O TESTICULOS	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
no	17	65,38%	65,38%
si	9	34,62%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 60: Frecuencia de chequeos realizados en casa por el cuidador: Control glucosa.

CONTROL DE GLUCOSA	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
no	22	84,62%	84,62%
si	4	15,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 61: Frecuencia de chequeos realizados en casa por el cuidador: Medición presión arterial.

MEDICION PRESIÓN ARTERIAL	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
no	17	65,38%	65,38%
si	9	34,62%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 62: Frecuencia de hábito nocivo presentado por el cuidador.

HÁBITO NOCIVO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
No	22	84,62%	84,62%
Si	4	15,38%	100,00%
Total	26	100,00%	100,00%

Tabla 63: Frecuencia del control de consumo del cuidador.

CONTROL CONSUMO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
no	1	25,00%	25,00%
si	3	75,00%	100,00%
Total	4	100,00%	100,00%

Tabla 64: Frecuencia de regularidad de consumo de cuidador.

REGULARIDAD DE CONSUMO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
Diario	3	75,00%	75,00%
Frecuente	1	25,00%	100,00%
Total	4	100,00%	100,00%

Tabla 65: Frecuencia de la adopción por rol cuidador.

ADOPCIÓN DE HÁBITO	Frecuencia	Porcentaje	Porc. Acumulado
no	4	100,00%	100,00%
Total	4	100,00%	100,00%

Tabla 66: Distribución etaria de los cuidadores principales informales.

Observados	Total	Mean	Varianza	Derivación STD	
26	1870	71,9231	57,4338	7,5785	
Mínimo	25%	Mediana	75%	Máximo	Mode
60	66,5	70,5	79	84	84

Tabla 67: Distribución de los cuidadores principales informales según Tiempo de cuidador

Observados	Total	Mean	Varianza	Derivación STD
26	232	8,9231	121,6738	11,0306

Mínimo	25%	Mediana	75%	Máximo	Mode
1	2,5	4	11	50	2

Tabla 68: Distribución de los cuidadores principales informales según resultado Yesavage

Observados	Total	Mean	Varianza	Derivación STD
26	73	2,8077	2,5615	1,6005

Mínimo	25%	Mediana	75%	Máximo	Mode
0	1,5	3	4	5	1