



UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
C H I L E



“Conocimientos de los Cuidadores para la atención de pacientes Adultos Mayores de un Programa de Postrados. CESFAM Reina Isabel II, Valparaíso. Año 2006”

Seminaristas:

Natalia Alcaide O.
Wilson Casanova P.
Giselle Escobar A.
Oscar Olguín A.
Francisca Pizarro R.
Flavia Poblete D.

Docente Guía:

E.U. Nidia Núñez A.

Fecha de Entrega:

Enero 2007.

MENSAJE

*Un camino es sólo una orientación. No es único ni fijo y no es para siempre.
En el movimiento constante está la renovación que se da en la naturaleza, en la mente y
en el espíritu.*

*El camino va buscando su propio sentido, a veces con armonía, otras, con tropiezos y
justamente, cuando ocurre un tropiezo...*

Ha llegado el momento de escuchar el mensaje del camino:

Es necesario tomar otra dirección.

¿Por qué tanto temor? Si el camino siempre fue desconocido.

*Lo que te da inseguridad es tener que abandonar un recorrido al que ya te habías
acostumbrado.*

*Pero el hábito te hace perder el goce de la travesía, y perder las oportunidades de
transitar por otros recorridos, donde tal vez...*

Encuentres aquello que, aún sin saber, estás buscando y necesitando.

Por eso no temas, no huyas cuando sobrevenga un cambio.

No te obstines en mantener una posición que ya no es conveniente.

*Es necesario que seas flexible y te adaptes a las circunstancias porque, aunque al
principio te cueste entenderlo...*

Los cambios siempre son para mejorar y evolucionar a una instancia superior.

*Lentos o vertiginosos, pacíficos o violentos, deseados o no, los cambios son promotores
del progreso.*

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, por la vida; y por cada uno de los momentos especiales que éste nos entrega.

A nuestros padres por el esfuerzo, el cariño y la confianza depositada en nosotros para continuar con nuestros propósitos.

A nuestras familias y amigos, los cuales contribuyeron al desarrollo personal y motivaron nuestras carreras.

A los cuidadores, pacientes y familiares, que abrieron las puertas de sus hogares permitiéndonos el desarrollo de esta investigación.

Al Centro de Salud Familiar Reina Isabel II por facilitar sus dependencias y el acceso a la documentación necesaria para el desarrollo de nuestra tesis.

A nuestras docentes por los conocimientos y la sabiduría brindada para hacer de nosotros profesionales con vocación y dedicación a los cuidados de las personas.

Y muy especialmente a nuestra Docente Guía Sra. Nidia Núñez que con su perseverancia, paciencia y entrega motivó el desarrollo de nuestra tesis, y también a la Docente Sra. Paulina Hurtado por el apoyo brindado en la última etapa de trabajo.

Gracias...

ÍNDICE DE MATERIAS

<i>Materia</i>	<i>Página</i>
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	
1. Introducción	1
2. Delimitación del Problema	3
3. Definición de Términos	3
4. Limitaciones del Estudio	5
4.1 Limitaciones de Diseño	5
4.2 Limitaciones de Ejecución	6
CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL	
5. Marco Teórico	7
5.1 Envejecimiento	7
5.2 Funcionalidad	8
5.3 Envejecimiento en Chile	10
5.4 Teoría de Virginia Henderson	11
5.5 Satisfacción de Necesidades Básicas en el Adulto Mayor	15
5.6 Cuidar y Conocimientos para el Cuidado	22
5.6.1 Definición Etimológica – Histórica del Cuidado	22
5.6.2 Cuidados	24
5.6.3 Perfil del Cuidador	25
5.6.4 Definición Legal	25
5.6.5 Clasificación	26
5.6.6 Cuidador Informal	26
5.7 Gestión del Cuidado y Cuidado en Enfermería	27
6. Objetivos	30

6.1	Objetivos Generales	30
6.2	Objetivos Específicos	30
7.	Variables	32
7.1	Conocimientos del Cuidador para Satisfacer las Necesidades Básicas	32
7.2	Características Personales del Cuidador	37
7.3	Características Personales del Paciente	38
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA		
8.	Metodología	40
8.1	Tipo de Diseño de la Investigación	40
8.2	Organización del Trabajo en Grupo	40
8.3	Población en Estudio – Definición del Universo	41
8.4	Diseño Muestral	41
8.5	Método de Recolección de Datos	42
8.6	Descripción del Instrumento	42
8.7	Estudio de Confiabilidad del Instrumento	43
8.8	Procesamiento de los Datos	44
8.9	Criterios Utilizados para el Análisis de los Datos	44
8.10	Organización del Trabajo en Terreno	45
CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS		
9.	Descripción de los Resultados	47
10.	Análisis de los Resultados	48
10.1	NCC para Satisfacer las Necesidades de los Pacientes según sus Características	49
10.2	NCC para satisfacer las Necesidades en Estudio	55
10.3	NCC para Satisfacer cada una de las Necesidades según sus Características	57

10.3.1 Necesidad de Respiración	57
10.3.2 Necesidad de Alimentación	61
10.3.3 Necesidad de Eliminación	65
10.3.4 Necesidad de Movimiento	69
10.3.5 Necesidad de Higiene Corporal	73
10.3.6 Necesidad de Evitar Peligro	77
10.3.7 Necesidad de Comunicación	81

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y RESUMEN

11. Conclusiones	85
12. Recomendaciones	89
13. Resumen	91

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

Lista de Referencias Bibliográficas

Bibliografía General

Apéndices (Anexos)

Anexo N° 1: “Enfermedades más frecuentes en los pacientes del Estudio”

Anexo N° 2: “Reforma de Salud en Chile”

Anexo N° 3: “Instrumento de Valoración Nivel de Conocimientos del Cuidador (NCC)”

Anexo N° 4: “Instructivo para la Aplicación del Instrumento”

Anexo N° 5: “Consentimiento Informado”

Anexo N° 6: “Antecedentes de la Muestra”

Anexo N° 7: “Nivel de Conocimiento del Cuidador (NCC) según sus Características: Sexo y Relación de Parentesco en las Necesidades del Estudio”

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tablas</i>	<i>Página</i>
Tabla N° 1 A: Necesidades de Respiración, Alimentación, Eliminación y Movimiento.	55
Tabla N° 1 B: Necesidades de Higiene Corporal, Evitar peligro y Comunicación	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráficos</i>	<i>Página</i>
 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
<i>Gráfico N° 1: Nivel de Conocimientos del Cuidador para Satisfacer las Necesidades de los Pacientes del Estudio</i>	48
 NCC PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES SEGÚN SUS CARACTERÍSTICAS	
<i>Gráfico N° 2: NCC según su Sexo para Satisfacer las Necesidades de sus Pacientes</i>	49
<i>Gráfico N° 3: NCC según su Edad para Satisfacer las Necesidades de sus Pacientes</i>	50
<i>Gráfico N° 4: NCC según su Escolaridad para Satisfacer las Necesidades de sus Pacientes</i>	51
<i>Gráfico N° 5: NCC según su Relación de Parentesco para Satisfacer las Necesidades de sus Pacientes</i>	52
<i>Gráfico N° 6: NCC para Satisfacer las Necesidades de sus Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado</i>	53
<i>Gráfico N° 7: NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la Necesidades de los Pacientes</i>	54
 NCC PARA SATISFACER CADA UNA DE LAS NECESIDADES SEGÚN SUS CARACTERÍSTICAS	
 <u>Necesidad de Respiración</u>	
<i>Gráfico N° 8: NCC según su Edad para Satisfacer la Necesidad de Respiración de sus Pacientes</i>	57
<i>Gráfico N° 9: NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de Respiración de sus Pacientes</i>	58

Gráfico N° 10: NCC para Satisfacer la Necesidad de Respiración de sus Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado 59

Gráfico N° 11: NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la Necesidad de Respiración de sus Pacientes 60

Necesidad de Alimentación

Gráfico N° 12: NCC según su Edad para Satisfacer la Necesidad de Alimentación de sus Pacientes 61

Gráfico N° 13: NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de Alimentación de sus Pacientes 62

Gráfico N° 14: NCC para Satisfacer la Necesidad de Alimentación de sus Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado 63

Gráfico N° 15: NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la Necesidad de Alimentación de sus Pacientes 64

Necesidad de Eliminación

Gráfico N° 16: NCC según su Edad para Satisfacer la Necesidad de Eliminación de sus Pacientes 65

Gráfico N° 17: NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de Eliminación de sus Pacientes 66

Gráfico N° 18: NCC para Satisfacer la Necesidad de Eliminación de sus Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado 67

Gráfico N° 19: NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la Necesidad de Eliminación de sus Pacientes 68

Necesidad de Movimiento

Gráfico N° 20: NCC según su Edad para Satisfacer la Necesidad de Movimiento de sus Pacientes 69

Gráfico N° 21: NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de Movimiento de sus Pacientes 70

Gráfico N° 22: NCC para Satisfacer la Necesidad de Movimiento de sus Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado 71

Gráfico N° 23: NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la Necesidad de Movimiento de sus Pacientes 72

Necesidad de Higiene Corporal

Gráfico N° 24: NCC según su Edad para Satisfacer la Necesidad de Higiene Corporal de sus Pacientes 73

Gráfico N° 25: NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de Higiene Corporal de sus Pacientes 74

Gráfico N° 26: NCC para Satisfacer la Necesidad de Higiene Corporal de sus Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado 75

Gráfico N° 27: NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la Necesidad de Higiene Corporal de sus Pacientes 76

Necesidad de Evitar Peligro

Gráfico N° 28: NCC según su Edad para Satisfacer la Necesidad de Evitar Peligro de sus Pacientes 77

Gráfico N° 29: NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de Evitar Peligro de sus Pacientes 78

Gráfico N° 30: NCC para Satisfacer la Necesidad de Evitar Peligro de sus Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado 79

Gráfico N° 31: NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la Necesidad de Evitar Peligro de sus Pacientes 80

Necesidad de Comunicación

Gráfico N° 32: NCC según su Edad para Satisfacer la Necesidad de Comunicación de sus Pacientes 81

Gráfico N° 33: NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de Comunicación de sus Pacientes 82

Gráfico N° 34: NCC para Satisfacer la Necesidad de Comunicación de sus Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado 83

Gráfico N° 35: NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la Necesidad de Comunicación de sus Pacientes 84

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso propio de la vida humana durante el cual se producen una serie de cambios en los seres humanos tanto en la dimensión biológica, psicológica, como en la dimensión social. Las distintas modificaciones que ocurren en las personas Adultas Mayores llevan, en la mayoría de los casos, a una disminución de la funcionalidad, hecho que puede llegar a convertirse en un factor estresante, tanto para la persona afectada como para su familia. Además a esta situación conlleva a que en muchos casos, los cambios propios del proceso de envejecimiento se encuentren asociados a enfermedades crónicas no transmisibles que contribuyen al deterioro progresivo de las personas, disminuyendo poco a poco su capacidad funcional.

Durante las últimas décadas en Chile se ha producido una disminución de las Tasas de Natalidad y Mortalidad. De acuerdo a esto, nuestro país se encuentra en un avanzado estado de transición demográfica, lo que se traduce en un enlentecimiento del crecimiento y en un envejecimiento de la población. Así en los últimos años el país ha reducido su tasa de crecimiento y el grupo etáreo de Adultos, mayores de 65 años, ha aumentado considerablemente.

Debido a todos estos cambios en la población chilena y a sus implicancias en la salud de las personas es que se crea la Reforma de Salud en el año 2000 con el objetivo principal de garantizar la oportunidad de atención a todas las personas en los distintos niveles de salud, así como la continuidad de ésta a través de todo el ciclo vital.

Los cambios demográficos acontecidos hacen necesario cambiar el enfoque curativo en salud hacia uno preventivo, con énfasis en la Atención Primaria. De esta manera se busca fomentar factores protectores para la salud y disminuir los de riesgo, ya que la población está envejeciendo y es primordial lograr una buena calidad de vida para

este grupo etáreo. Sumado a esto, se encuentran los cambios que han ocurrido tanto en la esfera económica como en la social, por lo cual se hace indispensable que el país ajuste sus sistemas de previsión, educación y especialmente el de salud de acuerdo a las nuevas necesidades emergentes.

Debido a esto, es que hoy en día, parte importante de la población está compuesta por Adultos Mayores de 65 años de edad, los cuales no tienen las mismas facultades que el resto de las personas para recibir atención en salud, ya sea por dificultades de acceso, escasez de recursos o por pérdida de su funcionalidad, lo que imposibilita su llegada a los centros de salud, aunque éstos sean los más próximos a su domicilio.

Por lo anterior, la Reforma de Salud en Chile, busca una solución a este problema creando el Programa de Atención Domiciliaria, formando parte de la ambulatorización de la atención, optimizando los recursos y disminuyendo los costos hospitalarios a través de un elemento comunitario fundamental como lo es la familia.

Dentro de este Programa, se logró identificar en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Reina Isabel II, la puesta en práctica de lo que ellos denominan “Programa de Postrados”, el cual corresponde al conjunto de cuidados que reciben las personas por parte de profesionales en salud, que por dificultades de acceso o pérdida de su funcionalidad no pueden asistir al CESFAM. En éste, la Enfermera (o), cumple roles fundamentales en lo que respecta a la gestión del cuidado de estos pacientes que requieren una atención distinta al resto, así como también en su función educativa, ya que la mayoría de estas personas tienen necesidades especiales que deben ser cubiertas por un cuidador principal, preparado por personal capacitado, y con experiencia en lo que respecta al arte de cuidar, área de gran dominio y conocimiento para el profesional de Enfermería.

2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

“Conocimientos del cuidador para satisfacer las necesidades básicas de los Adultos Mayores pertenecientes al Programa de Postrados y características personales de los cuidadores y pacientes del estudio. CESFAM Reina Isabel II, Valparaíso. Año 2006”.

3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Cuidador Principal: Persona de sexo femenino o masculino que proporciona atención para la satisfacción de las necesidades básicas del Adulto Mayor, que requiere atención en el domicilio, pudiendo tener relación consanguínea o no con el paciente, con o sin remuneración, que dedica mayor tiempo en la atención y tiene mayor responsabilidad en la toma de decisiones respecto al Adulto Mayor.

Necesidades Básicas¹: Con base en la Teoría de Virginia Henderson en el estudio, se medirán las siguientes:

- 1. *Respirar normalmente:*** Capacidad del organismo para obtener un aporte adecuado de oxígeno y controlar una función básica para la vida.
- 2. *Comer y beber de forma adecuada:*** Capacidad para consumir cantidades adecuadas de alimentos que contengan los nutrientes esenciales para la vida humana.
- 3. *Evacuar los desechos corporales:*** Capacidad del organismo de eliminar los productos de desecho por cualquier vía.
- 4. *Moverse y mantener una postura adecuada:*** Capacidad de mover alguna parte del cuerpo.

5. ***Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física:*** Prácticas que conducen a una buena salud, medidas para conservar la piel y fanéreos, dientes y boca limpios y en buen estado.
6. ***Evitar peligros y no dañar a los demás:*** Capacidad de prevenir accidentes y evitar lesionarse a uno mismo y a los demás.
7. ***Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones:*** Método mediante el cuál un emisor establece contacto con un receptor por medio de un mensaje; expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

Paciente Adulto Mayor: Persona de 65 años o más que pertenece al Programa de Postrados del CESFAM Reina Isabel II.

Conocimientos: Información que posee el cuidador en relación a la satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes del estudio.

Programa de Postrados: “Sistema de atención domiciliaria perteneciente al CESFAM Reina Isabel II, que ejecuta acciones a través de un equipo multidisciplinario a pacientes con patologías invalidantes o Adultos Mayores con dificultad de acceso hacia el Centro de Salud”.

Características del Cuidador: Se refiere a condiciones propias de las personas que se encuentran a cargo de los cuidados de los Adultos Mayores del estudio, y que considera: Sexo, edad, escolaridad, relación de parentesco, tiempo que ha cuidado al paciente y fuente de conocimientos para cuidar al paciente.

Características del Paciente: Se refiere a condiciones de los pacientes Adultos Mayores que son cuidados por los cuidadores del estudio, y que incluye: Sexo, edad, previsión, patologías invalidantes y tiempo de ingreso al Programa de Postrados.

4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Durante el desarrollo del presente Seminario Tesis se presentaron las siguientes limitaciones:

4.1 Limitaciones de Diseño

- Deserción de un Seminarista a fines del año 2005, debido a motivos personales.
- Cambios de Profesoras Guías del Seminario por motivos muy justificados y ajenos a la voluntad de docentes y tesistas involucrados. Ello motivo cambios no en el área de investigación, pero sí en las temáticas seleccionadas previamente:
 - “Calidad de los Cuidados en los pacientes Adultos Mayores postrados”.
 - “Calidad de los Cuidados otorgados a los Adultos Mayores con patologías crónicas y terminales que reciben Atención Domiciliaria, Consultorio de Ventanas”.
 - “Competencias de los Cuidadores para satisfacer las necesidades básicas de los Adultos Mayores con patologías crónicas y terminales que reciben Atención Domiciliaria”.
- Derivado de los hechos anteriores, el grupo tesis, debió iniciar por 4ª vez la delimitación del problema, ampliando y profundizando el marco teórico que se había elaborado en forma preeliminar. Esto ocurrió a comienzos del 2º semestre del 2006, oportunidad en que la Coordinadora de los Seminarios Tesis, asume la tutoría, en especial en lo metodológico, reformulándose nuevamente el problema y quedando a la espera del regreso (de licencia) de una profesora del Departamento del Adulto y Senescente.

- Sobrecarga académica de los seminaristas relacionado con otras cátedras de la carrera de Enfermería, período que se extendió especialmente entre Octubre y Noviembre del 2006, lo cual dificultó enormemente el encontrar las instancias de reunión del grupo tesis con la Profesora Guía.
- Imposibilidad de mejorar, profundizar y/o ampliar el Instrumento, debido a la escasez de tiempo destinado para el trabajo en terreno.

4.2 Limitaciones de Ejecución

- Desgaste de recursos humanos al realizar visitas domiciliarias fallidas, ya fuese por ausencia del entrevistado o porque en varias oportunidades este último no reunía las características necesarias para formar parte de la muestra del estudio.
- Disminución del número de integrantes del Universo debido a cambios de domicilio.
- Alto costo humano y material para la aplicación del Instrumento en el domicilio de los pacientes.
- Tiempo insuficiente (5 días) y fecha inadecuada para la aplicación del Instrumento (ya que correspondía a vísperas de Navidad), período que los tesisas se vieron obligados a cumplir por fecha de entrega del Informe Final.
- Programa de Postrados del CESFAM Reina Isabel II aún en etapa de implementación, por lo que se dificultó, tanto la obtención de información estadística necesaria para el estudio, como la aplicación del Instrumento.

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL

5. MARCO TEORICO

5.1 Envejecimiento

El proceso de envejecimiento es universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico por que los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad e individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo².

En los años 70 la OMS definió como envejecimiento del individuo: “Un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios característicos durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en su relación con el medio. Los ritmos a que esos cambios se producen en los órganos de un mismo individuo, o un distinto individuo no son iguales”³.

El envejecimiento afecta la calidad de vida en la vejez encontrándose directamente relacionado con los conceptos de independencia y autonomía. Independencia entendida como la capacidad de realizar las funciones de la vida diaria en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás⁴ y autonomía, como la habilidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales de como vivir de acuerdo a normas y preferencias propias⁵.

Durante el transcurso normal del envejecimiento de un individuo, se produce una disminución de hasta un 30% de las células que conforman sus órganos y sistemas. Esto se traduce en una disminución de sus funciones que incluso podría aquejar al individuo en una situación de exigencia no habitual, ya que el envejecimiento fisiológico afecta las capacidades de reserva⁶, especialmente frente a situaciones que representan estrés como una intervención quirúrgica, un proceso infeccioso agudo o la administración de fármacos.

La OMS define salud como: “Un estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad”⁷. Por lo tanto, en los Adultos Mayores es necesario apreciar si existen alteraciones físicas, psíquicas y sociales para valorar la percepción subjetiva u objetiva sobre la presencia o ausencia de enfermedad.

En cuanto a la morbilidad, puede ser aguda o crónica siendo esta última categoría incapacitante, como en el caso de los pacientes del estudio, o no. Los Adultos Mayores a los 80 años pueden presentar hasta 3 enfermedades crónicas, es por esto que la comorbilidad en este grupo no permite diferenciar entre sanos o enfermos, dado que en su gran mayoría presentan alguna enfermedad crónica o degenerativa. Lo que en realidad marca la diferencia es si esta enfermedad u otra condición física, psíquica o social ha comprometido el *Estado de Salud Funcional*. Es así como una de las primeras manifestaciones de enfermedades en el Adulto Mayor se produce a través de alteraciones de la funcionalidad, lo que constituye el signo de alerta más relevante, y he aquí la importancia fundamental de considerar la autonomía o estado de salud funcional como el indicador más representativo del estado de salud de los Adultos Mayores⁸.

5.2 Funcionalidad

La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir, pudiendo eventualmente una enfermedad afectar a un grupo concreto de ellas. Es por esto que la pérdida de la funcionalidad se detecta por la pérdida de la autonomía a través de la incorporación del concepto “Factor de Riesgo” de perder un determinado estado de salud. Se entiende como “Factor de Riesgo” aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia con una probabilidad de fallecer o de padecer una determinada enfermedad o condición, entre ellos las enfermedades crónicas, que por sí solas constituyen un factor de riesgo, además de las complicaciones que estas pueden desencadenar, manifestadas por patologías como: Hipertensión Arterial, Diabetes

Mellitus, Cardiopatía Coronaria e Insuficiencia Cardíaca, Accidente Vascular, Artritis, Artrosis, Osteoporosis, Síndromes Geriátricos como: caídas, inestabilidad al caminar, déficit sensoriales: vista y audición, deformidades en los pies, y otros, como la Polifarmacia⁹, es decir, consumir más de tres medicamentos simultáneamente y hábitos de consumo nocivos (tabaco y alcohol). Frente a esto, de acuerdo a lo observado en el grupo estudio, se desarrollaron las 5 patologías más frecuentes de la muestra. (*Ver Anexo N° 1*)

Otro enfoque más novedoso surge a través del concepto de “Factores Protectores”, aquellos que aumentan la probabilidad de mantenerse saludable y en posesión de las capacidades físicas y mentales como: Nivel educacional, ejercicio mental y físico, hábitos alimentarios, realización de actividades significativas con qué ocupar el tiempo y las relaciones que se mantienen con otros intercambiando apoyo afectivo, percepción de autoeficacia y capacidad de enfrentar situaciones estresantes y la capacidad de desempeñar por si mismos las actividades de la vida diaria.

Las áreas a considerar en la Evaluación del Estado de Salud Funcional Del Adulto Mayor¹⁰ son:

1. Actividades de la vida diaria en: a) movilidad, b) trabajos instrumentales que le permiten ser miembro funcional de la sociedad incluyendo la realización de tareas domésticas, c) desempeño de funciones físicas básicas de atención personal.
2. Funcionalidad relacionada con la salud mental: a) funcionalidad cognoscitiva, b) presencia de síntomas psiquiátricos.
3. Funcionalidad Psicosocial o bienestar emocional en los aspectos sociales y culturales.
4. Funcionalidad en relación a salud física: a) condiciones de salud en su percepción personal, b) síntomas físicos y condiciones diagnosticadas, c) utilización de servicios de salud y d) niveles de actividad y medición de la incapacidad.
5. Recursos sociales: a) accesibilidad a la familia, amigos y comunidad familiar, b) disponibilidad de estos recursos cuando los necesite.

6. Recursos económicos.
7. Recursos ambientales, a) vivienda adecuada y al alcance de los medios económicos, b) ubicación de la vivienda respecto al transporte, centros de compra y servicios públicos.

La aplicación de éstos criterios a los Adultos Mayores indica la funcionalidad o pérdida de esta en un grado mayor o menor, permitiendo detectar los factores de riesgo y /o protectores para la conservación de la misma y posibilitando el actuar desde el nivel primario de atención enfocado en la prevención.

5.3 Envejecimiento en Chile¹¹

Chile es hoy una sociedad en transición demográfica avanzada, resultante de importantes fenómenos como la baja en las tasas de fecundidad y el aumento de la expectativa de vida, cifra que actualmente es de 77.36 años (74.42 años para los hombres y 80.41 años para las mujeres). Esto conlleva a una disminución en la proporción de niños junto con el consiguiente incremento en la población de Adultos y Adultos Mayores, siendo el aumento para este último grupo de un 9.8% en el año 1992 a un 11.4% en el año 2002. Existe una proyección para el 2025 de una población mayor de 60 años de más de 3 millones de personas, es decir un 16,2% del total país, lo cual implica una gran prevalencia de discapacidad severa o postración en la población Adulta Mayor.

Para la sociedad y para el propio individuo es esencial la capacidad de valerse por sí mismo en los requerimientos personales, es decir, que sea independiente. Sin embargo debido a las características propias del envejecimiento los Adultos Mayores presentan mayor riesgo de sufrir una situación de dependencia e invalidez al encontrarse susceptibles de sufrir enfermedades crónicas o degenerativas. Es por esto que en el último Censo, del total de la población del país catalogada como discapacitada, los Adultos Mayores constituyen el 43.4%.

5.4 Teoría de Virginia Henderson¹²

La teoría de Virginia Henderson incluye un concepto de gran trascendencia dentro de la Enfermería, el cuidar. Este implica a una persona que actúa, en algunos casos ayudando, en otros supliendo y en muchos de ellos promocionando el autocuidado de la persona que atiende, junto con una actitud de compromiso y juicio que permite dar una determinada atención.

Contempla como objetivos:

- La independencia.
- El papel de la enfermera es de suplencia/ayuda.
- La fuente de dificultad es la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

Esto quiere decir que, fundamentalmente el papel de la enfermera es de suplencia para mantener o reestablecer la independencia, y sus intervenciones se centran sobre las fuentes de dificultad, y sobre los signos observables en el individuo. Estos permiten identificar la no satisfacción de una o varias necesidades.

- Independencia: la satisfacción de una o varias necesidades del ser humano, a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo y que otros hacen por él, según las normas y criterios de salud establecidos.
- Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades por acciones inadecuadas que se realizan o por la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o una falta de recursos externos de suplencia.

De acuerdo al tema de investigación se toman en cuenta sólo los conceptos de esta teoría que están implicados directamente con el estudio. Es así como Virginia Henderson postuló los siguientes conceptos como base para sustentar su teoría¹⁶:

- **Enfermería**

La función única de enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Asimismo, es preciso realizar estas funciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

- La función principal de la enfermera es la de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera forma parte del equipo de salud.
- La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 elementos del cuidado enfermero incluyen todas las funciones posibles de la Enfermería.

- **Salud**

Henderson no dio ninguna definición propia de salud, pero en sus obras utilizaba salud como sinónimo de independencia. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba “Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”.

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es esencial para el funcionamiento humano.
- La salud precisa independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.
- Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

- **Entorno**

Utilizó la definición del Webster's New Collegiate Dictionary (1961), que definía el entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y al desarrollo de un organismo”.

- Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivarse de éstas.

- **Persona (paciente)**

Individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

- La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.
- El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.
- El paciente y su familia son una unidad.
- Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado enfermero.

Dentro de sus afirmaciones teóricas, reviste importancia la relación que plantea entre la enfermera y el paciente. Pueden identificarse tres niveles de relaciones entre ellos; que van de una dependencia mayor a menor:

- a) La enfermera como sustituta del paciente: Sustituye todo lo que el paciente necesita para sentirse “completo” o “independiente” y no puede conseguir por la falta de fuerza física, voluntad o conocimiento.

- b) La enfermera como ayudante del paciente: Ayuda a adquirir la independencia o recuperarla.
- c) La enfermera como compañera del paciente: Ambos elaboran juntos el plan de cuidados.

No existe definición específica de necesidad, pero Henderson identificó 14 necesidades básicas del paciente, que integran los elementos del cuidado enfermero. Estas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropas adecuadas; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Las necesidades fisiológicas asumen gran importancia para las personas en los últimos años de vida. En gran medida Enfermería se preocupa de satisfacer las

necesidades de las personas que no pueden hacerlo por sí mismas debido a enfermedades, falta de conocimientos, habilidad o motivación.

Las necesidades no son las mismas durante toda la vida, varían según la edad y su etapa de desarrollo físico y psicosocial.

5.5 Satisfacción de Necesidades Básicas en el Adulto Mayor¹³

De acuerdo a los objetivos del estudio se consideran, sólo las necesidades básicas que fueron utilizadas como parte del instrumento aplicado y que sirvieron como base para identificar los conocimientos que los cuidadores tenían para satisfacerlas frente a los requerimientos de cada paciente a su cargo.

- Necesidad de respirar normalmente

Esta necesidad se define como la capacidad del organismo para obtener un aporte adecuado de oxígeno y controlar una función básica para la vida. En este proceso de intercambio gaseoso participa el sistema pulmonar y cardiovascular. Por ende, los problemas de cada uno de ellos o una cantidad insuficiente de oxígeno pueden impedir que esta necesidad básica se satisfaga.

Se puede considerar, desde el punto de vista de esta necesidad, que una persona cuya necesidad de oxígeno se satisface de manera adecuada normalmente no percibe el proceso que implica la respiración.

Se considera que esta necesidad se encuentra satisfecha en el Adulto Mayor cuando:

- Respira de forma silenciosa, rítmica, sin esfuerzo y con una frecuencia que oscila entre las 15-25 respiraciones por minuto.

- Presenta un sistema de transporte e intercambio aéreo adecuado a sus requerimientos orgánicos; por lo cual se espera una piel, mucosas y fanéreos cálidos y de coloración rosada.
- El cuidador tratar de mantener, dentro del entorno más cercano al paciente, un ambiente limpio, saludable y libre de contaminación.
- Mantiene una actividad física moderada y sistemática, la cual favorece cambios significativos respecto a las modificaciones propias del envejecimiento.

Si el paciente presenta alguna alteración en el intercambio gaseoso, el cuidador debe conocer los signos que evidencian esta deficiencia, es decir, una respiración dificultosa, utilización de músculos accesorios en situaciones de mayor demanda y ruidos respiratorios (ronquidos).

– **Necesidad de comer y beber adecuadamente.**

La alimentación es una de las necesidades más básica del ser humano. Esta necesidad se define como la capacidad para consumir cantidades adecuadas de alimentos que contengan los nutrientes esenciales para la vida humana. La importancia de esto además de una óptima hidratación, constituyen la base, junto con las otras necesidades fisiológicas, para llevar a cabo las funciones del ser humano.

El agua representa la parte más importante del organismo. El cuerpo humano pierde 3 litros al día, por ello, la ingesta de líquidos debe equivaler a esta misma cantidad. Asimismo, los productos lácteos, carnes, huevos y legumbres contribuyen a la reparación y formación de tejidos.

Una nutrición e hidratación inadecuada traerá en la vida del individuo diversas patologías que afectarán el curso normal del organismo. Además una persona con una dentición inadecuada, al igual que una mucosa bucal y encías con pérdida de integridad cutánea, alterará la capacidad para morder o masticar alimentos y se limitará a lo que se

pueda ingerir con facilidad, lo que perjudicaría, en cierta forma, la ingesta de nutrientes esenciales, sobretodo para las personas mayores de 60 años.

En relación con esto último, el principal factor que influirá en el estado nutricional del Adulto Mayor es su alimentación, debiendo existir un equilibrio entre lo ingerido y el gasto de energía, para que la persona se encuentre en un estado nutricional adecuado para su edad. Asimismo, cualquier factor que altere la capacidad del organismo para retener, absorber, almacenar, utilizar o excretar nutrientes afectará de manera adversa la nutrición de la persona.

Las necesidades nutricionales del Adulto Mayor son iguales que las de otros adultos, aunque requieren menos calorías por disminución de la actividad. Los requerimientos recomendados por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA)¹⁴ son los siguientes:

- 2 a 3 tazas de leche, yogurt o queso.
- 2 presas de pescado fresco o en conserva, o pollo o pavo.
- 1 huevo a la semana.
- 2 platos de verduras crudas o cocidas diarios.
- 2 a 3 frutas o jugos de frutas naturales diarios.
- 1 ½ a 2 panes, de preferencia batidos (marraquetas) al día.
- 6 a 8 vasos de agua al día.
- 1 a 1 ½ tazas de legumbres cocidas dos veces por semana. El resto de los días puede comer arroz, fideos, sémola o papas cocidas en la misma cantidad.

– **Necesidad de eliminar por todas las vías corporales.**

Esta necesidad se define como la capacidad del organismo de eliminar los productos de desecho por cualquier vía. Para que el cuerpo humano conserve su funcionamiento eficaz debe eliminar los desechos que este produce. El control de los

procesos corporales de eliminación, es esencial para la vida diaria, y está influenciado por la regulación de la función muscular.

La micción es parte importante del desenvolvimiento independiente del individuo y por lo tanto la pérdida real o posible de la independencia de esta función vital constituye una amenaza importante física, social y emocional. La frecuencia de la micción es de 6 – 8 veces, eliminando entre 1.200 – 1.400 cc/día, de una orina amarilla, clara, de olor suave, ligeramente ácida y de una densidad semejante a la del agua.

La incontinencia urinaria o micción involuntaria es un problema común en los Adultos Mayores, en ocasiones hay incapacidad total de para controlar el flujo de orina y en otros casos existe pérdida parcial del control de la micción.

Por otra parte, se considera como frecuencia normal de deposiciones un mínimo de 3 veces por semana y un máximo de 3 al día, en horario y ritmo regular, con un producto fecal de color marrón o amarillo, de olor fuerte y consistencia compacta.

El estreñimiento es la disminución de la frecuencia de las deposiciones sin dificultad. Las personas sin movilidad presentan con frecuencia estreñimiento, además tienden a reprimir el reflejo natural de defecación. Para prevenir este problema en la persona postrada, se debe movilizar en forma activa o pasiva con ejercicios abdominales. La dieta debe contener alto contenido de fibra, además de abundante líquido, entre 1,5 a 2 litros diarios.

– **Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.**

La habilidad para mover las partes del cuerpo y controlar los movimientos, permite que el individuo desarrolle las capacidades motoras necesarias para la vida diaria. Al ser un componente tan esencial para el ser humano, la pérdida permanente de la capacidad para mover alguna parte del cuerpo es una de las peores tragedias que pueden ocurrirle a una persona.

La capacidad del cuerpo para mover sus diversas partes y controlar los movimientos de tal forma que sean coordinados, depende de la integridad de músculos,

huesos, articulaciones, nervios que llevan estas estructuras y de la circulación que las nutre.

Una persona que sufra alguna discapacidad, junto con mantener una insatisfacción constante de esta necesidad también se altera su habilidad para mantenerse en movimiento, ya sea en actividades simples como ponerse de pie, sentarse, girar en la cama, voltearse, querer tomar algún objeto, levantar la cabeza o incluso caminar.

La degeneración de la función de sistema neuromuscular es consecuencia directa y se inicia de inmediato, posterior al desuso que puede provocar la postración. Esta situación puede traer consigo dificultades para conservar la fuerza y tono muscular, dificultades para mantener en buen estado de la piel, dificultad para mantener el estado nutricional y mantener la seguridad del individuo. Cualquier persona que guarde reposo en cama por más de unos días o cuya movilidad se limite en alguna forma, requerirá ejercitar las partes del cuerpo que no están inmovilizadas por necesidad. Estos ejercicios deben ser en forma de movimientos activos o pasivos en todos sus arcos de movimiento según tolerancia, a menos que no haya contraindicaciones, además de realizarlos de acuerdo a la edad del paciente y condición física de este. Todo tipo de ejercicios a nivel vascular periférico previene las úlceras por presión, el edema y la formación de trombos, además, la realización de masajes en las extremidades y los cambios de posición ayudarán en su prevención.

- **Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.**

La satisfacción de ésta necesidad se puede definir como las prácticas que conducen a una buena salud y las medidas para conservar la piel y fanéreos, dientes y boca limpios y en buen estado.

El paciente que presenta algún nivel de dependencia, pierde la capacidad de realizar su higiene por sí mismo y por ende, dependerá en cierto grado de los cuidados que recibe por parte de su cuidador. Las medidas que toma este último para conservar la piel, dientes y boca limpios para que estén en buen estado, llevará a que el individuo se sienta más cómodo y relajado, lo que influirá en el estado de ánimo y en las condiciones

generales del mismo. Si se descuida la piel o no se atiende como es debido, tal vez se desarrollen áreas de presión y se altere la integridad de la piel, causando gran molestia, dolor y mayor vulnerabilidad para desarrollar infecciones. Debido a esto, es que las úlceras por presión constituyen un problema de real importancia para los pacientes que las padecen, ya que trae como consecuencia sufrimiento y una posible complicación para el estado de salud del Adulto Mayor.

Las medidas que debe realizar el cuidador para que una persona con poca movilidad o incluso postrada no pierda la integridad de la piel son:

- El cambio de posición cada 2 hrs. en el caso que el paciente no sea capaz de movilizarse por si mismo.
 - Ejercicios activos y pasivos.
 - Acojinar las zonas de apoyo.
 - Humectar las zonas de apoyo con cremas humectantes en horarios programados.
 - Utilización de colchón antiescaras (en caso necesario).
 - Mantener la piel limpia y seca, sobretodo en las personas que presentan incontinencia urinaria y/o fecal, ya que, la orina y las deposiciones constituyen un poderoso agente irritante.
- **Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.**

Los Adultos Mayores son muy vulnerables a peligros ambientales ya que a medida que aumenta su edad se produce un consiguiente aumento de la necesidad de protección y seguridad. Esto es potenciado por los cambios fisiológicos que involucra el envejecimiento, como la disminución en la percepción sensorial, por lo que el individuo no está alerta al peligro, aumentando el riesgo de caídas y generación de accidentes.

- **Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.**

La comunicación es el método mediante el cuál un emisor establece contacto con un receptor por medio de un mensaje; expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

En esta influyen los siguientes factores:

- Estado físico: Mantenimiento de las capacidades sensoriales del sistema nervioso (poder ver, oler, tocar y sentir) y la integridad de las cuerdas vocales (para poder hablar).
- Estado psíquico: Nivel de inteligencia que le permite la comunicación, equilibrio emocional que influye en la calidad de la comunicación y la experiencia de comunicaciones inefectivas condiciona nuevas relaciones.
- Situación social: Las características del entorno y el medio social y cultural en el que se desenvuelve el anciano influyen en una buena comunicación. Además los medios de la comunidad que favorezcan o entorpezcan la relación y los cambios rápidos de la comunicación de masas son a veces causa de problemas en la comunicación del anciano. Por otra parte la disponibilidad económica facilita la comunicación.

La comunicación es el medio esencial que tiene el paciente con el cuidador para manifestar sus necesidades y recibir a cambio una atención adecuada en sus cuidados. Junto con esto, constituye el único medio para interiorizarse de todos los aspectos que afectan positiva o negativamente la vida del paciente. Por este motivo resulta indispensable para el cuidador el tener una buena comunicación, ya sea verbal o no verbal, con la persona que tiene a su cargo, ya que, por un lado, atenderá en forma directa las necesidades insatisfechas, y por otra parte, manteniendo un trato y contacto directo, empático y afable con el paciente, se familiarizará con formas no verbales de

comunicación, como la expresión facial, gestual y movimientos corporales, que sin duda, le ayudarán a complementar la parte verbal para una óptima satisfacción de las necesidades.

5.6 Cuidar y Conocimientos para el Cuidado¹⁵

5.6.1 Definición Etimológica – Histórica del Cuidado

Los términos asistir y cuidar pueden ser sinónimos de acuerdo al diccionario, sin embargo, el primero significa acompañar, servir, socorrer; en cambio el segundo, atender, esmerarse, mimar y “el velar: atenta vigilia, serena imagen del amor” (Jauregui).

En la práctica la diferencia pasa por la palabra Amor, el que asiste sirve, el que cuida sirve con amor. Una madre no asiste a su hijo, una madre cuida a su hijo.

El conocimiento teórico del cuidar empezó en Enfermería en la década de los '50 con Madeleine Leininger, quien defendió la concepción de que el cuidado es una necesidad humana esencial, y el cuidar es la esencia de Enfermería, un modo de lograr salud, bienestar y la conservación de las culturas y de la civilización.

- **Cuidado Humanístico**

El cuidado es realizado por seres humanos y marcando el carácter humanístico su historia. Hoy en día, es retomado no solamente para contraponer la tecnología de la máquina como materia física, en la que el ser humano es cuerpo y materia, sino especialmente, para que las acciones humanas no se tornen mecanizadas. Las relaciones son atributos del ser en sus múltiples dimensiones de vivir y convivir con otros, para sobrevivir y ser más saludable.

- **Cuidado Solidario**

La revolución humana es la condición principal para desarrollar en el ser humano, la *compasión* que le impulsa a cuidar de la vida, reconociendo en su vida y en la del otro una extrema dignidad y respeto. Esta revolución humana parte de una persona, se amplía para toda la sociedad y para todo el cosmo, proveyendo así la paz mundial.

- **El Autocuidado**

En el proceso de vida del ser humano, las relaciones de dependencia son necesarias para la dinámica de la vida, para el nacer, crecer, morir e incluso para trascender. Esta dependencia implica la competencia de autonomía del ser en relación al otro, mediante el intercambio, la ayuda, la colaboración y la construcción de nuevas posibilidades de ser, con competencias para cuidar de sí, no dependiendo del otro, pero con la contribución del otro para fortalecer sus competencias para cuidar.

La necesidad de cuidar de otro está en la dependencia de las personas para la atención a sus necesidades básicas, mientras que el cuidado de sí, posibilita la autonomía del ser, estar y sobrevivir. De este modo, el cuidado es representado por actitudes, preocupación, responsabilidad y compromiso con el otro y, al mismo tiempo, responsabilidad consigo mismo.

- **El Proceso de Cuidar/Cuidado**

El cuidar y el cuidado se constituyen como un modo, una forma, una manera, un estilo, un patrón, una dimensión, un sistema, una estructura, un proceso, con actitudes y estrategias formales e informales, visibles, sentidas, percibidas o no, que configura la práctica del ser-haciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir. La vida, entendida como el proceso de vivir se sustenta sobre el continuo proceso de cuidado mutuo y simultáneo de sí, de los otros y por los otros, de las formas vivas (seres vivos) y de los seres inanimados (mundo material físico).

- **Sistema de Cuidado**

El cuidado ocurre en los seres, a partir de ellos y a través de ellos, coexistiendo en la naturaleza donde sus estructuras pueden ser pensadas, ya que están presentes en la organización de la vida de los seres, en sus dominios biológicos, antropológicos, psicológicos, sociológicos y otros. Así, la concepción de un sistema de cuidado es posible a partir del rastreo de su red simultánea de inter-retroacciones de sus movimientos ondulantes en el establecimiento de límites internos y externos, cuyos sentidos y significados resultan de propiedades todavía desconocidas por la ciencia, incluyendo sus posibles procesos auto-eco-organizadores.

- **El Cuidado Cultural**

Los conocimientos sobre la antropología de la salud apuntan hacia la importancia del cuidado congruente entre las creencias y valores, hábitos y costumbres de los diferentes grupos sociales. La diversidad cultural en nuestro país, sea a través de la influencia traída por los inmigrantes o a través de los pueblos nativos, constituye una riqueza de prácticas en salud, importantes y necesarias para el conocimiento científico, acercando creencias y saberes a los quehaceres más particulares y adecuados a las necesidades de los grupos poblacionales.

5.6.2 Cuidados

Son actividades o conductas propias de la naturaleza humana, orientadas hacia el objetivo de satisfacer determinadas necesidades. Existen en situaciones concretas de la vida, encontrándose dirigidos por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento, y enfocados en ayudar, apoyar y facilitar a que cada individuo o grupo, conserve o recupere su bienestar o salud en un momento determinado de su vida en pro de su beneficio.

Deben estar diseñados de forma específica para que encajen con los valores, creencias, modos de vida culturales de quienes se les están otorgando y dependen del contexto en que se dan y de las vivencias de cada persona.

Resulta importante dirigir estas actividades hacia la prevención de ciertas enfermedades o complicaciones como consecuencia de discapacidades producidas por ciertas patologías que llevan a un deterioro progresivo. Además debe involucrar aspectos físicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales tanto de la persona como del ambiente donde se desenvuelve, para obtener un nivel de vida adecuado así como una muerte digna.

5.6.3 Perfil del Cuidador

Los cuidadores de personas mayores dependientes son aquellos que, por diferentes motivos, dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo en permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone.

Por lo general, la familia es la que asume la mayor parte del cuidado de estas personas (72 % de la ayuda). En la mayoría de las familias es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, siendo la mayor parte de estos cuidadores mujeres: esposas, hijas y nueras. Es así que ocho de cada diez personas que están cuidando a un familiar mayor en nuestro país son mujeres entre 45 y 65 años de edad.

5.6.4 Definición Legal

En la convención colectiva de trabajo, registrada bajo el número 122/75, se define al asistente geriátrico como: “Es el trabajador que se desempeña en los establecimientos geriátricos o en las secciones destinadas exclusivamente al alojamiento permanente de ancianos, de cualquier establecimiento asistencial y que efectúa la limpieza e higiene de

las habitaciones ,muebles y demás dependencias, sirve y suministra alimentos, ropa limpia ,y está destinado al cuidado de los ancianos, viste e higieniza a los mismos ,suministra medicamentos y efectúa curaciones”.

5.6.5 Clasificación

- a. Según la relación con el Anciano:
 - Externos: No integran la familia del anciano.
 - Internos: Si integran la familia del anciano.

- b. Según Capacitación:
 - Empírico: sin cursos de capacitación.
 - Profesionales: con cursos de capacitación.

- c. Según Condición Económica:
 - Formales: Recibe remuneración.
 - Informales: No recibe remuneración

5.6.6 Cuidador Informal

En Cataluña, un porcentaje del 92% de los cuidadores informales son del núcleo familiar, el 83% son mujeres y sólo el 8% pertenecen a instituciones sanitarias o sociales.

También hay que incluir la ayuda vecinal y de amistades, ya que muchas veces la persona con carencias de autonomía vive sola y son ellos los que hacen esta función.

El cuidador apoya al personal de enfermería y a los equipos geriátrico - gerontológicos de trabajo, cubre horas de soledad brindando compañía, aplicando técnicas para evitar la dependencia, previniendo accidentes, ayudando a los

discapacitados e investigando indicios de alteraciones físicas o mentales en los ancianos bajo su cuidado.

La formación de cuidadores de ancianos posibilita solucionar una demanda social, sanitaria y cultural, regulable por horas, de bajo costo y sin condicionar el desarraigo familiar. En sus actividades más frecuentes se encuentra:

1. Descubrir signos físicos de preocupación y alteraciones de conducta, informando lo detectado a los familiares y al equipo de salud.
2. Cumplen o supervisan el cumplimiento de las medidas higiénicas, dietéticas y terapéuticas prescritas.
3. Administran medicación oral horaria.
4. Colaboran en la aplicación de técnicas recreativas, fisioterapéuticas, etc.
5. Ayudan en la rotación de enfermos fracturados y postrados.
6. Brindan información y asesoramiento familiar para la mejor asistencia del anciano.
7. Aconsejan respecto a modificaciones y a la utilización de elementos de uso diario que permitan el mejor desempeño del adulto mayor en actividades cotidianas.

5.7 Gestión del Cuidado y Cuidado en Enfermería

Dentro de la Reforma de Salud (*Ver Anexo N° 2*) existe otro aspecto importante a considerar que corresponde a la Separación de Funciones de los distintos profesionales del área de la salud de manera de evitar conflictos de rol que pudiesen ocasionar dificultades en la atención. Para definir más claramente los distintos roles, se elabora el Código Sanitario, el cual constituye el cuerpo legal que rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de nuestro país. Dentro de este Código, se establece claramente el ejercicio profesional de

Enfermería: “Los Servicios Profesionales de la Enfermera(o) comprenden la gestión del cuidado en aquello que dice relación con la promoción, mantención, restauración de la salud y prevención de enfermedades y lesiones. Así mismo incluye la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”.

La gestión del cuidado es una función de alto contenido valórico que tiene estrecha relación con la vida, la integridad física y psíquica, la salud e intimidad de las personas, todos bienes que son valorados y protegidos jurídicamente por la sociedad. La gestión del cuidado permite a la Enfermera (o):

- Detectar necesidades de cuidados individuales y grupales.
- Satisfacer necesidades de cuidados individuales y grupales.
- Definir recursos humanos y materiales necesarios para satisfacer la necesidad de cuidado.
- Programar cuidados.
- Organizar y coordinar los recursos disponibles para conseguir prestación de cuidados determinados.
- Procurar cuidados integrales, oportunos, continuos, de calidad y seguros.
- Establecer y hacer uso de canales de comunicación.
- Registro de actividades de cuidados.
- Aplicar protocolos y guías de enfermería
- Evaluación de los productos finales

La gestión del cuidado nos da todas las herramientas necesarias para entregar un cuidado de enfermería de alta calidad a los distintos usuarios. En el caso de los pacientes que pertenecen al Programa de Postrados se hace necesario gestionar el cuidado muy anticipadamente: es imprescindible que exista una buena organización de los recursos

tanto materiales como humanos de manera que estos pacientes también reciban la atención que corresponde para lograr la satisfacción de sus necesidades básicas.

Para poder satisfacer estas necesidades, la profesión de enfermería tiene distintas funciones que cumplir, las cuales son: Asistencial, Educativa, Administrativa e Investigativa, cada una de ellas es de vital importancia para entregar un cuidado de calidad.

Al trabajar con el Programa de Postrados la función educativa adquiere gran relevancia, ya que estos pacientes en la mayoría de los casos, requieren de un tercero para satisfacer sus necesidades, el cual debe estar preparado para cumplir el rol de cuidador. Es en esta instancia donde la enfermera (o) educa y entrega conocimientos para que los pacientes que se mantienen postrados en sus hogares, independiente del motivo, puedan mantener cierta calidad de vida sin empeorar y puedan tener satisfechas sus necesidades sin poner en riesgo al paciente por falta de conocimientos.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivos Generales

1. Describir los conocimientos que los cuidadores aplican en la satisfacción de las necesidades de los Adultos Mayores del estudio.
2. Describir las características de los cuidadores y de los Adultos Mayores del estudio.

6.2 Objetivos Específicos

1.1 Determinar el nivel de conocimiento que poseen los cuidadores del estudio para satisfacer las necesidades básicas.

1.2 Determinar el nivel de conocimiento del cuidador para satisfacer cada una de las necesidades básicas:

- Respirar normalmente (Respiración).
- Comer y beber adecuadamente (Alimentación).
- Eliminar por todas las vías corporales (Eliminación).
- Moverse y mantener posturas adecuadas (Movimiento).
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel (Higiene Corporal).
- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas (Evitar Peligro).
- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. (Comunicación).

2.1 Identificar las características que presentan los cuidadores del estudio:

- Sexo.
- Edad.
- Escolaridad.
- Relación de parentesco.
- Tiempo que ha cuidado al paciente.
- Fuente de conocimientos para entregar los cuidados.

2.2 Identificar las características que presentan los pacientes del estudio:

- Sexo.
- Edad.
- Previsión.
- Patologías que presentan.
- Tiempo de ingreso al programa.

7. VARIABLES

7.1 Conocimientos del Cuidador para Satisfacer las Necesidades Básicas

Definición Conceptual: El conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección (a priori). Es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados.

Definición Operacional: En este estudio los conocimientos serán medidos a través de la aplicación que de ellos realiza para satisfacer las necesidades hacia sus pacientes.

7.1.1 “Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Respiración”

Dimensión	Subdimensión	Indicadores
Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Respiración	Conocimientos acerca de: - Medidas para fomentar una buena oxigenación. - Manifestación de falta de O ₂ . - Medidas para solución de crisis.	 - Posición Semifowler. - Permeabilidad de la vía aérea. - Ejercicios respiratorios. - Ventilación de la habitación. - Ambiente libre de contaminantes. - Coloración de la piel. - Disnea. - Dificultad respiratoria. - Retracción de musculatura respiratoria. - Administración de medicamentos prescritos. - Posición Semifowler.

7.1.2 “Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Alimentación”

Dimensión	Subdimensión	Indicadores
<p>Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Alimentación</p>	<p>Conocimientos acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado nutricional. - Requerimientos nutricionales del Adulto Mayor. - Cantidad de comidas diarias. - Frecuencia de la alimentación. - Complementos Alimentarios. - Ingesta líquida diaria. - Ingesta de sal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de estado nutricional adecuado. - Consumo de H de C. - Consumo de proteínas. - Consumo de fibra. - Consumo de grasas. - Consumo de sal. - Número de comidas diarias. - Cantidad de alimentos que consume. - Intervalos de las comidas. - Uso. - Frecuencia. - Cantidad de líquido en 24 hrs. - Consumo de sal en todas las comidas.

7.1.3 “Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Eliminación”

Dimensión	Subdimensión	Indicadores
<p>Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Eliminación</p>	<p>Conocimientos acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patrón normal de eliminación urinaria. - Patrón normal de eliminación intestinal. - Medidas para prevenir el Estreñimiento. - Medidas para el manejo del Estreñimiento. - Medidas para el manejo de la diarrea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Color de la orina. - Olor de la orina. - Cantidad de orina. - Frecuencia de la micción. - Color de las deposiciones. - Frecuencia de las deposiciones. - Ingesta de líquidos. - Alimentos con fibras. - Actividad física. - Medicina popular. - Uso de laxantes. - Enemas evacuantes. - Extracción manual de fecas. - Aumento de consumo de agua y fibras. - Uso de medicamentos. - Uso medicina popular. - Llevarlo a un centro de salud.

7.1.4 “Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Movimiento”

Dimensión	Subdimensión	Indicadores
Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Movimiento	<p>Conocimientos acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento del tono muscular. - Evitar contracturas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios activos. - Ejercicios Pasivos. - Deambulaci3n. - Cambios de posici3n. - Realizaci3n de masajes. - Uso de medicamentos.

7.1.5 “Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Higiene Corporal”

Dimensi3n	Subdimensi3n	Indicadores
Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Higiene Corporal	<p>Conocimientos acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento de la Higiene. - Mantenimiento de la integridad cut3nea. - Prevenci3n 3lceras por Presi3n. - Medidas para el manejo de las 3lceras por Presi3n. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aseo parcial. - Aseo de cavidades. - Ba3o completo. - Frecuencia del ba3o. - Lubricaci3n de la piel. - Frecuencia de la lubricaci3n. - Masajes. - Frecuencia de los masajes. - Uso de productos para lubricar la piel. - Uso de colch3n antiescaras. - Acojinamiento de puntos de apoyo. - Cambios de posici3n. - Cama limpia sin arrugas. - Masajes. - Cambios de posici3n.

7.1.6 “Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Evitar Peligro”

Dimensión	Subdimensión	Indicadores
Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Evitar Peligro	<p>Conocimientos acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo del dolor. - Prevención de caídas. - Cumplimiento de tratamiento farmacológico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de medicamentos. - Asistencia a centro de salud. - Medicina alternativa. - Contención de extremidades. - Uso de barandas. - Uso de bastón. - Iluminación. - Desniveles del suelo. - Cumplimiento de horarios. - Dosis según prescripción. - Conocimiento de tratamiento farmacológico.

7.1.7 “Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Comunicación”

Dimensión	Subdimensión	Indicadores
Conocimientos del Cuidador para Satisfacer la Necesidad de Comunicación	<p>Conocimientos acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación efectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación verbal - Comunicación no verbal - Apego.

7.2 Características Personales del Cuidador

Definición Conceptual: Condiciones propias de las personas que se encuentran a cargo de los cuidados de los Adultos Mayores del estudio, y que contempla: Sexo, edad, escolaridad, relación de parentesco, tiempo que ha cuidado al paciente y fuente de conocimientos para cuidar al paciente.

7.2.1 “Características Personales del Cuidador”

Dimensión	Indicadores
- Sexo	- Masculino. - Femenino.
- Edad	- < de 20 años - 20 a 40 años. - 41 a 64 años. - > de 65 años.
- Escolaridad	- Sin Escolaridad. - Básica Incompleta. - Básica Completa. - Media Incompleta. - Media Completa. - Superior o Técnica Incompleta. - Superior o Técnica Completa.
- Relación de Parentesco	- Familiar. - Cuidador con Pago. - Cuidador Voluntario.
- Tiempo que ha cuidado al paciente	- < de 6 meses. - De 6 meses a 11 meses. - De 1 a 4 años. - > de 5 años.
- Fuente de conocimientos para cuidar al paciente	- Enseñanza de la Enfermera del CESFAM. - Enseñanza del personal auxiliar del CESFAM. - Enseñanza de un familiar. - Experiencias anteriores. - Otros.

7.3 Características Personales del Paciente

Definición Conceptual: Condiciones propias de las personas Adultos Mayores que se encuentran bajo los cuidados de los cuidadores del estudio, y que contempla: Sexo, edad, patologías que presenta y tiempo de ingreso al Programa de Postrados.

7.3.1 “Características Personales del Paciente”

Dimensión	Indicadores
- Sexo	<ul style="list-style-type: none">- Masculino.- Femenino.
- Edad	<ul style="list-style-type: none">- De 65 a 75 años.- De 76 a 85 años.- > a 86 años.
- Previsión	<ul style="list-style-type: none">- Indigente.- FONASA.- Isapre.- Sin previsión.
- Patologías Invalidantes	<ul style="list-style-type: none">- Hipertensión Arterial (HTA).- Accidente Cerebro Vascular (ACV).- Parkinson.- Cardiopatía.- Epilepsia.- Alzheimer.- Ostomizado.- Insuficiencia Renal.- Daño Orgánico Cerebral (DOC).- Cirrosis hepática.- Diabetes Mellitus (DM).- Artrosis.- Secuela Accidente.- Amputación.- Demencia.- Enfermedades Respiratorias.- Insuficiencia Cardíaca.- Cataratas.- Hipotiroidismo.- Ceguera.

<p>- Tiempo de Ingreso al Programa de Postrados.</p>	<p>- Fractura de Cadera.</p> <ul style="list-style-type: none">- < de 6 meses.- De 6 meses a 11 meses.- De 1 a 4 años.- > de 5 años.
--	---

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo de Diseño de la Investigación

La investigación se basa en un estudio descriptivo en diseño, ejecución y análisis.

8.2 Organización del Trabajo en Grupo

El grupo Seminario de Tesis se constituyó en el mes de Agosto del 2005 y estuvo compuesto durante este tiempo por 6 alumnos de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

El tema, escogido de modo voluntario por los integrantes, pertenece al área de Enfermería del Adulto y Senescente.

Durante el desarrollo del Seminario de Tesis se contó con la asesoría de las Profesoras: Sra. Lorena Bettancourt, Docente del Dpto. del Adulto y Senescente; Sra. Cecilia Landman, Docente del mismo Dpto.; Sra. Nidia Núñez, Coordinadora Seminarios Tesis y Docente del Dpto. del Niño y Adolescente y Sra. Paulina Hurtado, Docente del Dpto. del Adulto y Senescente, con quienes se realizaron reuniones formales según disponibilidad horaria, acorde a las necesidades de tutoría según etapa de la investigación. También se realizaron reuniones informales y extraordinarias con o sin apoyo Docente, igualmente según necesidad.

Para la realización de un trabajo en forma coordinada y eficaz, se escogió una directiva compuesta por los cargos de Presidente, Vice-presidente, Secretaria, Pro-secretaria y Tesorera.

El Seminario se inició con la revisión Bibliográfica y posterior acercamiento con Enfermeras que trabajan en el área de Atención Domiciliaria de Centros de Salud cercanos.

8.3 Población en Estudio - Definición del Universo

Para el presente estudio el universo estuvo constituido, según estadísticas del Consultorio, por los Cuidadores Principales de los Adultos Mayores pertenecientes al Programa de Postrados del CESFAM Reina Isabel II durante el mes de Diciembre del 2006, los cuales suman 137 en su totalidad.

Según los diferentes sectores:

- SECTOR 1: 30 pacientes.
- SECTOR 2: 44 pacientes.
- SECTOR 3: 63 pacientes.

El CESFAM fue escogido por conveniencia, ya que la mayoría de los tesisas realizaron allí prácticas clínicas, lo cual facilitó la búsqueda de los domicilios y la conexión con el personal del Centro de Salud.

8.4 Diseño Muestral

Fue seleccionada según conveniencia, eliminándose del estudio a aquellos pacientes que eran independientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y también a los que no tenían un cuidador o no existía uno principal. Así, también fueron excluidos los cuidadores que rechazaron la aplicación de la encuesta y domicilios de difícil acceso o ubicación. Finalmente la muestra correspondió a 60 pacientes. El número asignado a cada sector fue el siguiente:

- SECTOR 1: 19 pacientes.
- SECTOR 2: 18 pacientes.
- SECTOR 3: 23 pacientes.

El criterio de inclusión utilizado para la aplicación del cuestionario fue el siguiente:

- Que el paciente presente algún grado de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Que exista un cuidador principal.

8.5 Método de Recolección de Datos

Para recolectar los datos se confeccionó un cuestionario para ser aplicado a través de una entrevista al cuidador en su domicilio, el cual está constituido por 51 preguntas de tipo cerrada.

Objetivos:

- Valorar los conocimientos que posee el cuidador para satisfacer 7 necesidades básicas, consideradas en la teoría de Virginia Henderson y que fueron seleccionadas para ser incluidas en la investigación.
- Obtener información general del Cuidador y Adulto Mayor perteneciente al estudio.

8.6 Descripción del Instrumento

El Instrumento se divide en 3 ítemes (*Ver Anexo N° 3*):

Ítem I : Antecedentes generales del Cuidador, con 6 preguntas.

Ítem II : Antecedentes generales del Paciente, con 6 preguntas.

Ítem III: Conocimientos aplicados por el Cuidador en la satisfacción de las 7 necesidades en los pacientes a su cargo. Como satisfacer:

- La Necesidad de respirar normalmente, con 3 preguntas.
- La Necesidad de comer y beber en forma adecuada, con 9 preguntas.

- La Necesidad de evacuar los desechos corporales con 9 preguntas.
- La Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada, con 2 preguntas.
- La Necesidad de mantener la higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física, con 6 preguntas.
- La Necesidad de evitar peligros y no dañar a los demás, con 6 preguntas.
- La Necesidad de comunicarse con otros expresando emociones, necesidades, temores u opiniones, con 3 preguntas.

Se confeccionó además un Instructivo (*Ver Anexo N° 4*) para facilitar la aplicación del Instrumento.

8.7 Estudio de Confiabilidad del Instrumento

En forma preliminar se elaboró un Instrumento **exploratorio**, el cual fue revisado por la Profesora Nidia Núñez, siendo aplicado posteriormente a 2 cuidadores. Esta estrategia fue recomendada como apoyo a los tesisistas para elaborar un Instrumento más completo y acotado a la situación objeto del estudio. Tras esta aplicación, se agregaron preguntas que no habían sido consideradas y se modificó la redacción de otras, es decir, se amplió y perfeccionó el Instrumento. Este fue revisado por la Profesora Paulina Hurtado, quien autorizó la prueba final, la cual se efectuó en 6 cuidadores y en la que no resultaron correcciones.

Objetivos de la realización de la prueba:

- Determinar el tiempo promedio para la realización de la encuesta, tanto como para localizar el domicilio del paciente, como para la realización de la misma.
- Identificar preguntas no formuladas correctamente, en las cuales el entrevistado no comprenda, se confunda o no sea preciso en su respuesta.

Esto permitió principalmente:

- Determinar el tiempo promedio en la aplicación del Instrumento.

8.8 Procesamiento de los Datos

Para la tabulación de los datos obtenidos, se utilizó un computador Dell Optiplex GX1, Pentium III, de 450 Mhz, 192 Mb. RAM, Disco duro de 40 Gb.

Para el análisis de los datos y confección de gráficos fue utilizado el programa SPSS Versión 11.5 y la planilla electrónica basada en el software Microsoft Excel XP.

8.9 Criterios Utilizados para el Análisis de los Datos

Para analizar la variable “Conocimientos del Cuidador”, se establecieron 4 niveles, categorizándolos como: Muy Bueno, Bueno, Regular y Deficiente. Como se señaló precedentemente, los conocimientos del cuidador se midieron a través de preguntas acerca de lo que éste hacía o cómo pesquisaba y reconocía las necesidades básicas y problemas del paciente para satisfacer sus necesidades. Por lo tanto, las **respuestas correctas**, cada una de ellas asignadas con un punto, muestran que el cuidador tiene conocimientos. Para determinar los 4 niveles de conocimientos para satisfacer las 7 necesidades investigadas, se elaboró la siguiente pauta de puntaje:

“Criterios de Evaluación del Instrumento”

NECESIDADES	NIVEL DE CONOCIMIENTOS			
	Muy Bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Necesidad de respirar normalmente.	11 o + puntos	8 – 10 puntos	6 – 7 puntos	5 o – puntos
Necesidad de comer y beber en forma adecuada.	17 o + puntos	13 – 16 puntos	10 – 12 puntos	9 o – puntos
Necesidad de evacuar los desechos corporales.	14 o + puntos	11 – 13 puntos	8 – 10 puntos	7 o – puntos

Necesidad de moverse y mantener una buena postura adecuada.	5 o + puntos	4 puntos	3 puntos	2 o – puntos
Necesidad de mantener la higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.	13 o + puntos	10 – 12 puntos	7 – 9 puntos	6 o – puntos
Necesidad de evitar peligros y no dañar a los demás.	7 o + puntos	6 puntos	4 – 5 puntos	3 o – puntos
Necesidad de comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores y opiniones.	5 o + puntos	4 puntos	3 puntos	2 o – puntos

El total de respuestas correctas posibles fue de 78, lo cual corresponde a 78 puntos (100%). Los niveles de conocimientos se determinaron con base a los siguientes porcentajes del total de puntos, lo que se explica a continuación:

- Muy Bueno → 90% y más = 70 puntos o más.
- Bueno → 70 - 89 % = 55 – 69 puntos.
- Regular → 50 - 69 % = 40 – 54 puntos.
- Deficiente → 49 % y menos = 39 puntos o menos.

8.10 Organización del Trabajo en Terreno

Previo a la recolección de los datos se solicitaron las autorizaciones correspondientes a los directivos del CESFAM mediante cartas formales entregadas tanto a la Directora del Centro de Salud como a la Enfermera Supervisora encargada del Programa de Postrados.

Para la aplicación del cuestionario el grupo se organizó de acuerdo al número de sectores del CESFAM, quedando dos integrantes por cada sector, quienes se dividieron

equitativamente los domicilios. Así, cada tesista acudió solo o acompañado, según la accesibilidad a los domicilios de los cuidadores y sus pacientes pertenecientes al Programa de Postrados. Además, se confeccionó un “Consentimiento Informado” (*Ver Anexo N° 5*), documento que debía ser firmado por cada cuidador previo a la aplicación del cuestionario y medio que permitió dar transparencia, respaldo y confiabilidad al estudio a realizar por los tesistas frente a los entrevistados.

Los datos fueron recolectados sólo por los integrantes del presente seminario, en el mes de Diciembre del 2006 en los horarios programados con anterioridad.

**CAPÍTULO 4:
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS
DE RESULTADOS**

9. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

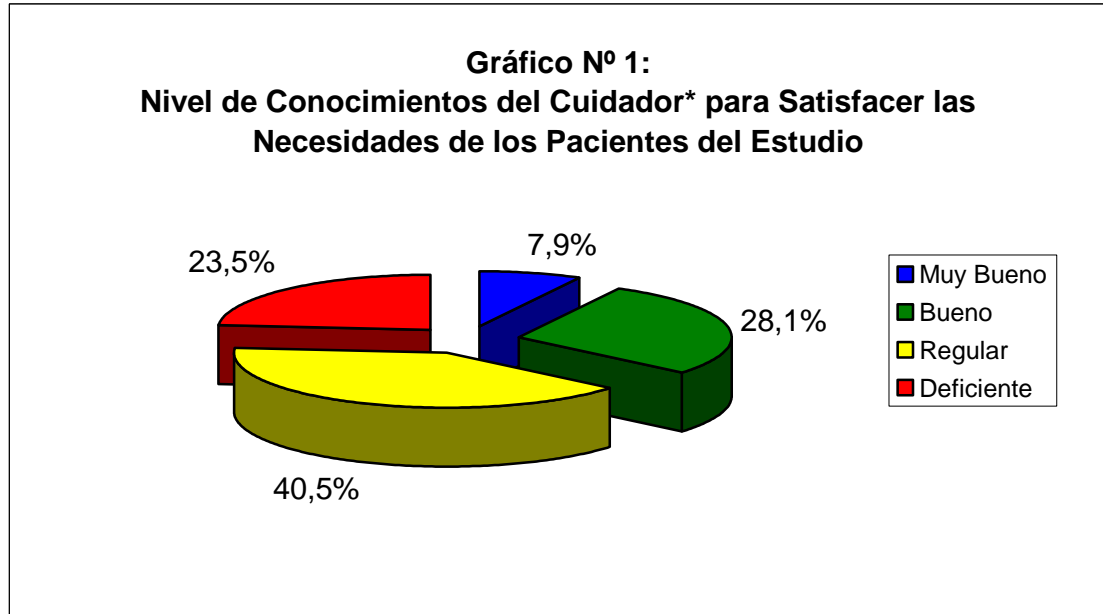
Los resultados se presentan de acuerdo al orden de los objetivos y, por lo tanto, son exclusivamente descriptivos.

Para dar relevancia a los resultados del estudio debido al número de gráficos y tablas en que ellos se presentan y para evitar sobrepasar la normativa establecida para el Informe Final, los tesisistas decidieron colocar los antecedentes de la muestra en el **Anexo N° 6**.

Cabe señalar que según estos antecedentes, 2 características del Cuidador casi no presentaban variabilidad: Sexo y Relación de Parentesco con el paciente. De los cuidadores sólo el 10% eran varones, y del total el 93,3% eran familiares del paciente. Lo anterior no permite efectuar un análisis valedero, por ello los datos respectivos sólo se colocan en anexo (**Ver Anexo N° 7**).

Asimismo, en la característica **Edad**, sólo un 4% de los cuidadores era menor de 41 años, por lo cual el análisis se centró en las categorías de 41 a 64 años, y en los de 65 años y más. Este mismo hecho se vio reflejado en la característica **Tiempo que lleva Cuidando al Adulto Mayor**, en la cual sólo un 8,4% llevaba ejerciendo sus cuidados por menos de 1 año, debido a esto el análisis se centró en las categorías de 1 – 5 años y de más de 5 años.

10. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS



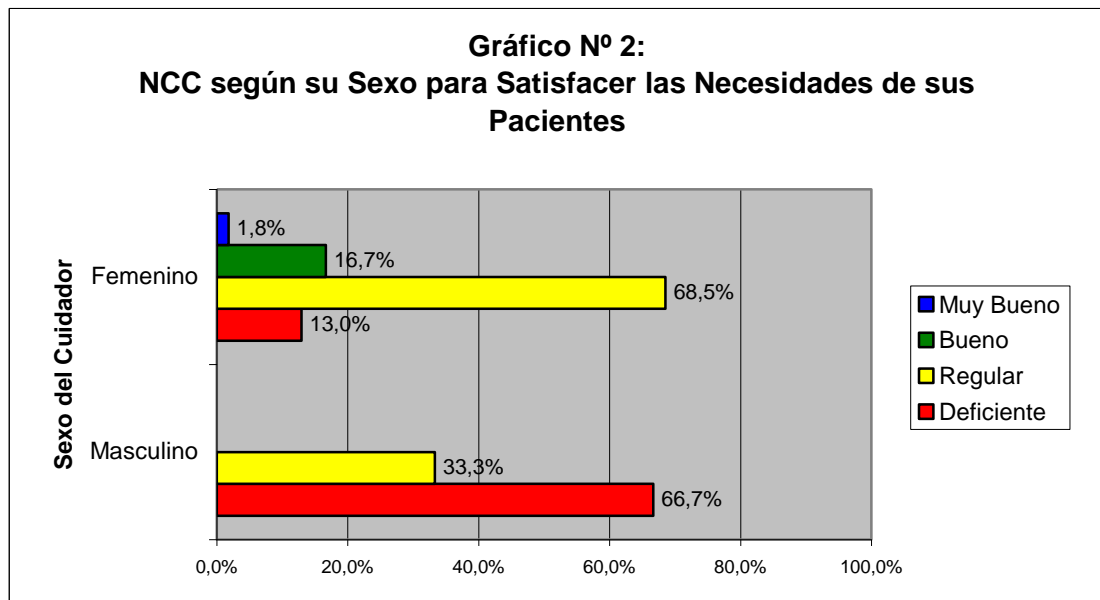
Destaca que el 40,5% de los cuidadores posee sólo un Nivel de Conocimientos** **Regular** para satisfacer las 7 necesidades básicas. Esto unido al bajo porcentaje mostrado en los niveles **Bueno** y **Muy Bueno** (sumados equivalen 36%), indicaría que los Adultos Mayores no tienen satisfechas apropiadamente sus necesidades, lo cual incide directamente en el nivel de calidad de vida de ellos.

Desde ahora en adelante:

* *NCC: Nivel de Conocimientos del Cuidador*

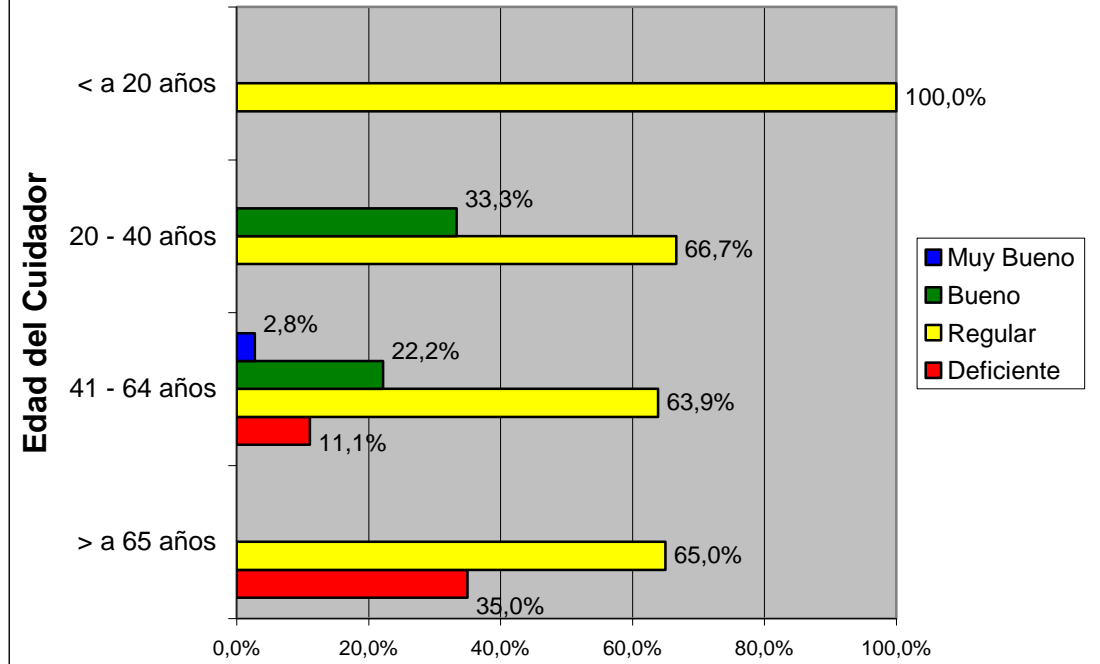
** *NC: Nivel de Conocimientos*

10.1 “NCC para Satisfacer las Necesidades de los Pacientes según sus Características”



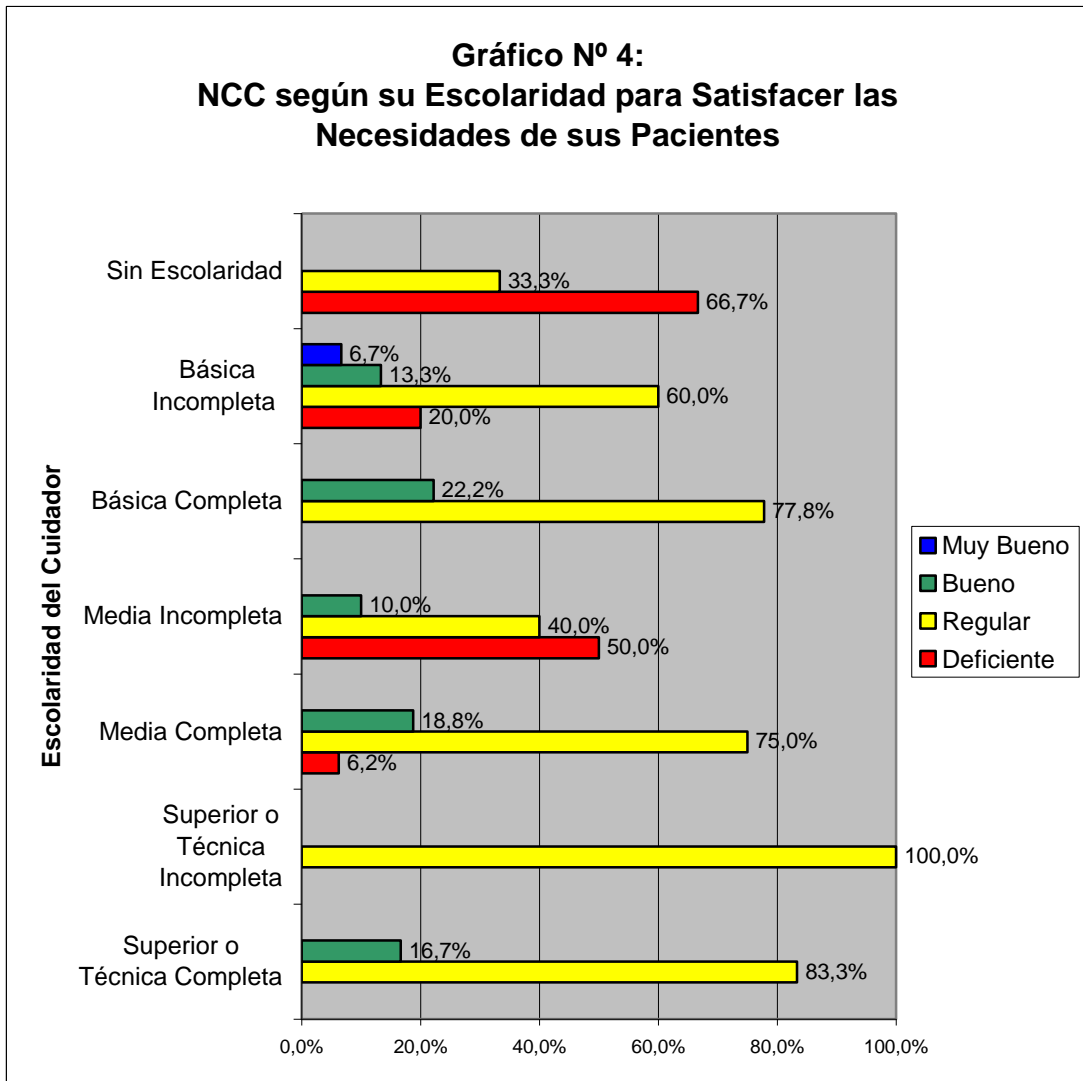
Debido al reducido porcentaje de cuidadores del sexo masculino (10%) en el grupo de estudio, no es posible efectuar un análisis comparativo válido. Por su parte, cabe destacar que el sexo femenino presenta escaso porcentaje de cuidadores con nivel **Bueno y Muy Bueno** de conocimientos (sumados equivalen 18,5%), lo cual es negativo para el paciente, ya que casi la totalidad de los cuidadores son de sexo femenino. Es probable que de acuerdo a la idiosincrasia del país, este porcentaje se repita en otros Centros de Atención Primaria.

**Gráfico N° 3:
NCC según su Edad para Satisfacer las Necesidades de
sus Pacientes**



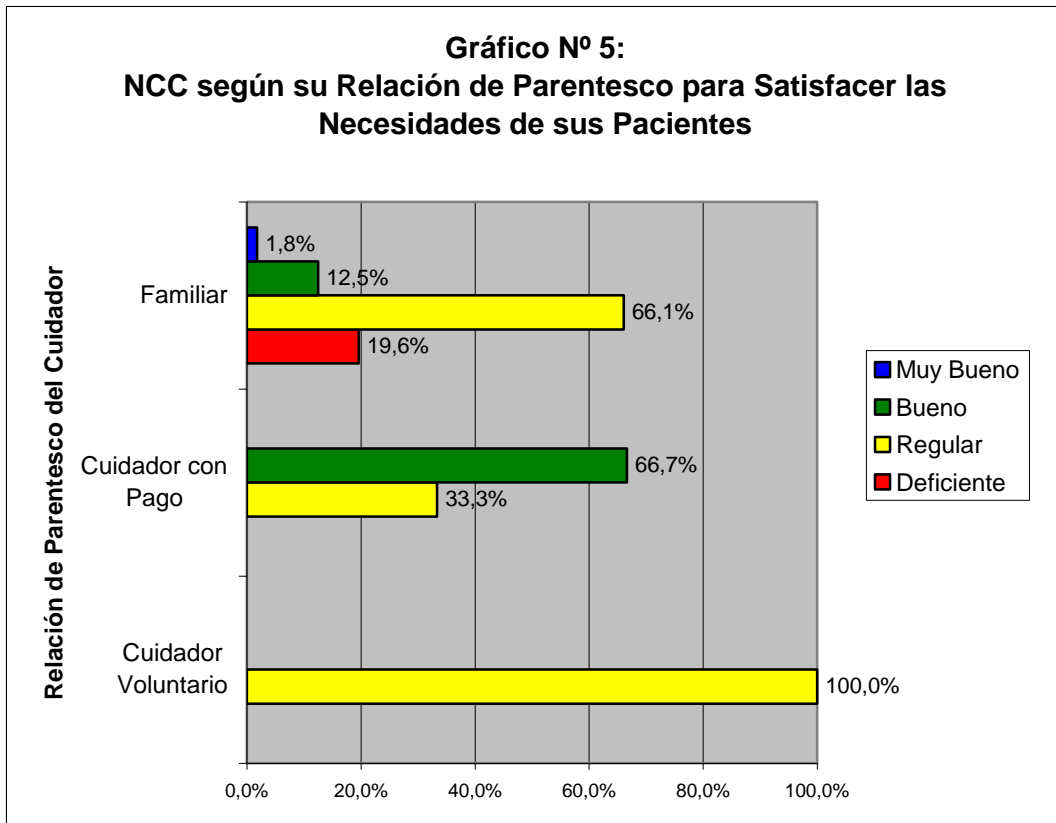
Los cuidadores de 41 a 64 años presentan un NC más elevado que los mayores de 65 años. La suma de los niveles **Muy Bueno** y **Bueno** en el primer grupo mencionado es de 25% superando al NC **Deficiente** (11,1%), lo cual es favorable ya que el 60% de los cuidadores se encuentran en este rango de edad.

**Gráfico N° 4:
NCC según su Escolaridad para Satisfacer las
Necesidades de sus Pacientes**



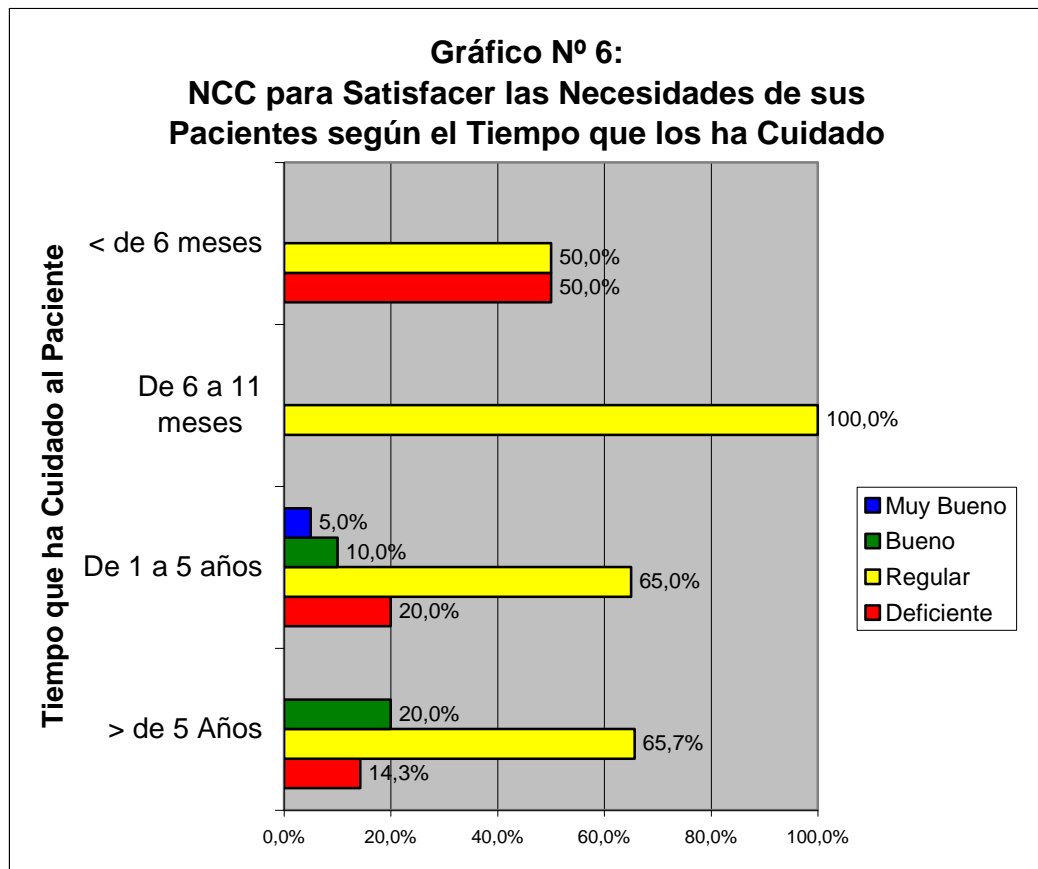
Llama la atención que los cuidadores con Educación Básica Completa y Media Completa no muestran NC **Deficiente** de consideración y los NC **Bueno** y **Regular** son parecidos. Cabe señalar que aquellos cuidadores con Educación Superior Completa no presentan NC **Deficiente**, pero constituyen sólo un 10% del total de la muestra.

**Gráfico N° 5:
NCC según su Relación de Parentesco para Satisfacer las
Necesidades de sus Pacientes**



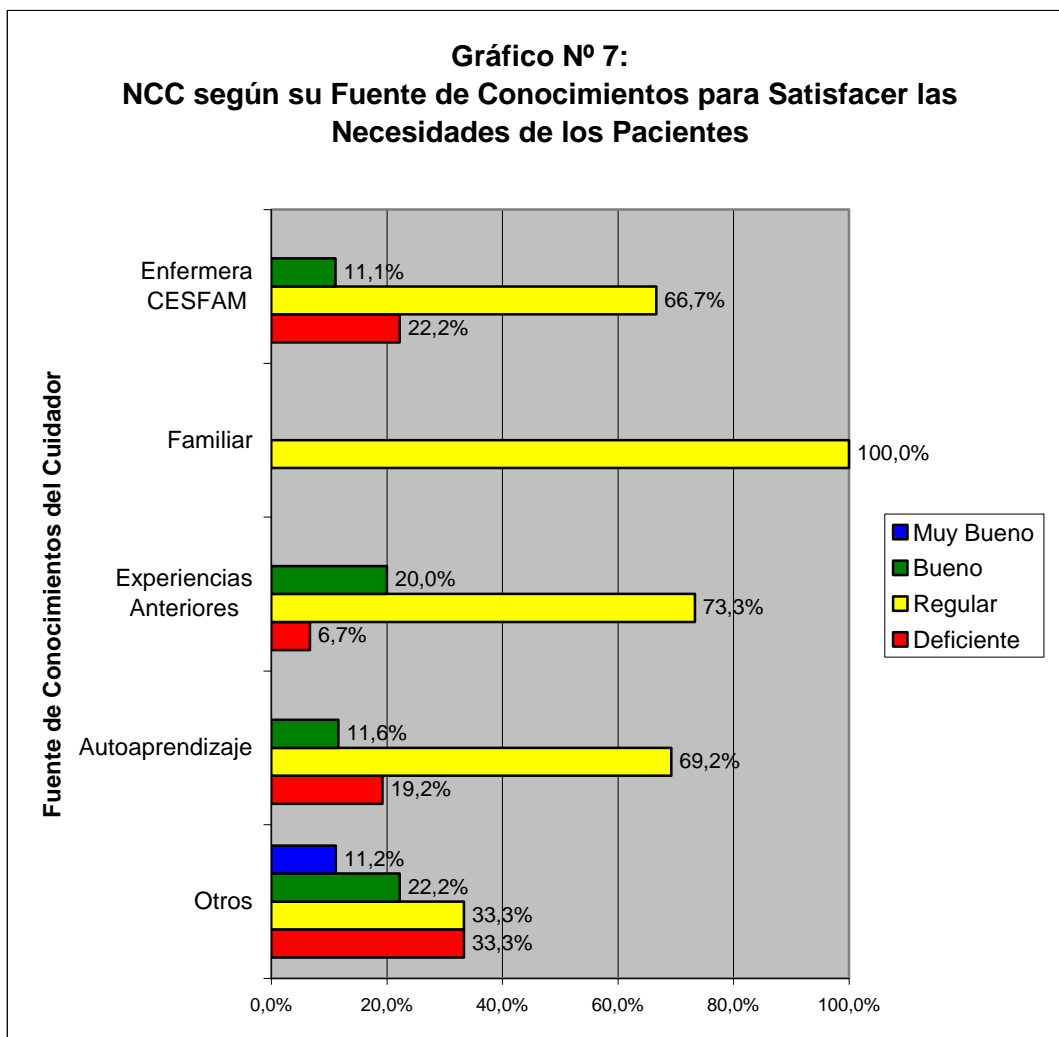
La relación de parentesco, al igual que el sexo, no refleja claramente diferencias o similitudes en el NC ya que el 93,3% de los cuidadores son familiares, sin embargo, presentan un escaso NC **Bueno** y **Muy Bueno**. Por otra parte los niveles **Deficiente** y **Regular**, que juntos suman un 85,7%, constituyen un factor desfavorable para la calidad de vida de los pacientes, ya que a nivel nacional en su mayoría los cuidadores son familiares.

**Gráfico N° 6:
NCC para Satisfacer las Necesidades de sus
Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado**



Destaca que el NC **Muy Bueno** sólo está presente en el intervalo de 1 a 5 años, sin embargo en este mayoritariamente se encuentra el NC **Deficiente** (20%). Esta situación cambia en el intervalo de tiempo de cuidado mayor de 5 años, donde no existe NC **Muy Bueno** y aumenta el NC **Bueno** alcanzando un 20%. Además hay una disminución del NC **Deficiente**.

**Gráfico N° 7:
NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer las
Necesidades de los Pacientes**



Destaca la presencia de NC **Muy Bueno** y **Bueno** (sumados 33,3%) en la fuente de conocimientos “Otros profesionales”. En el grupo de cuidadores que han aprendido a través de la Enfermera del CESFAM, se observa sólo un 11,1% de NC **Bueno**, cifra que lamentablemente es superada por el NC **Deficiente** (22,2%). En las categorías de Experiencias Anteriores y Autoaprendizaje, no existen porcentajes relevantes, exceptuando el primer grupo, donde se observa un mayor porcentaje de NC **Bueno** y un menor porcentaje de NC **Deficiente**.

10.2 “NCC para satisfacer las Necesidades en Estudio”

Tabla N° 1 A: Necesidades de Respiración, Alimentación, Eliminación y Movimiento.

	Respiración	Alimentación	Eliminación	Movimiento
Muy Bueno	3,4%	6,7%	1,7%	10,0%
Bueno	23,3%	45,0%	23,3%	18,3%
Regular	38,3%	33,3%	45,0%	25,0%
Deficiente	35,0%	15,0%	30,0%	46,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la Tabla N° 1 A se puede apreciar el escaso porcentaje de NC **Muy Bueno** en la satisfacción de las necesidades mencionadas. En la necesidad de Respiración se observa un alto porcentaje de cuidadores con un NC **Deficiente** (35%) que incluso supera a la suma de los NC **Muy Bueno** y **Bueno**. Por su parte, cabe destacar que en el NC **Bueno**, sólo la necesidad de Alimentación se acerca al 50%, encontrándose las demás necesidades muy por debajo de este valor. De esto podría deducirse que la mayoría de los cuidadores tienen más conocimientos para satisfacer esta necesidad que las otras nombradas en la Tabla N° 1 A. Es importante señalar la gran prevalencia de NC **Regular** con un 45% en la necesidad de Eliminación, y un NC **Deficiente** del 46,7% en la necesidad de Movimiento el cual es el más alto porcentaje de este NC de todas las necesidades. Asimismo, esta tendencia se repite para las otras necesidades y constituye un signo de alerta frente a la real capacitación y aplicación de los conocimientos por parte de los cuidadores para satisfacer las necesidades de sus pacientes.

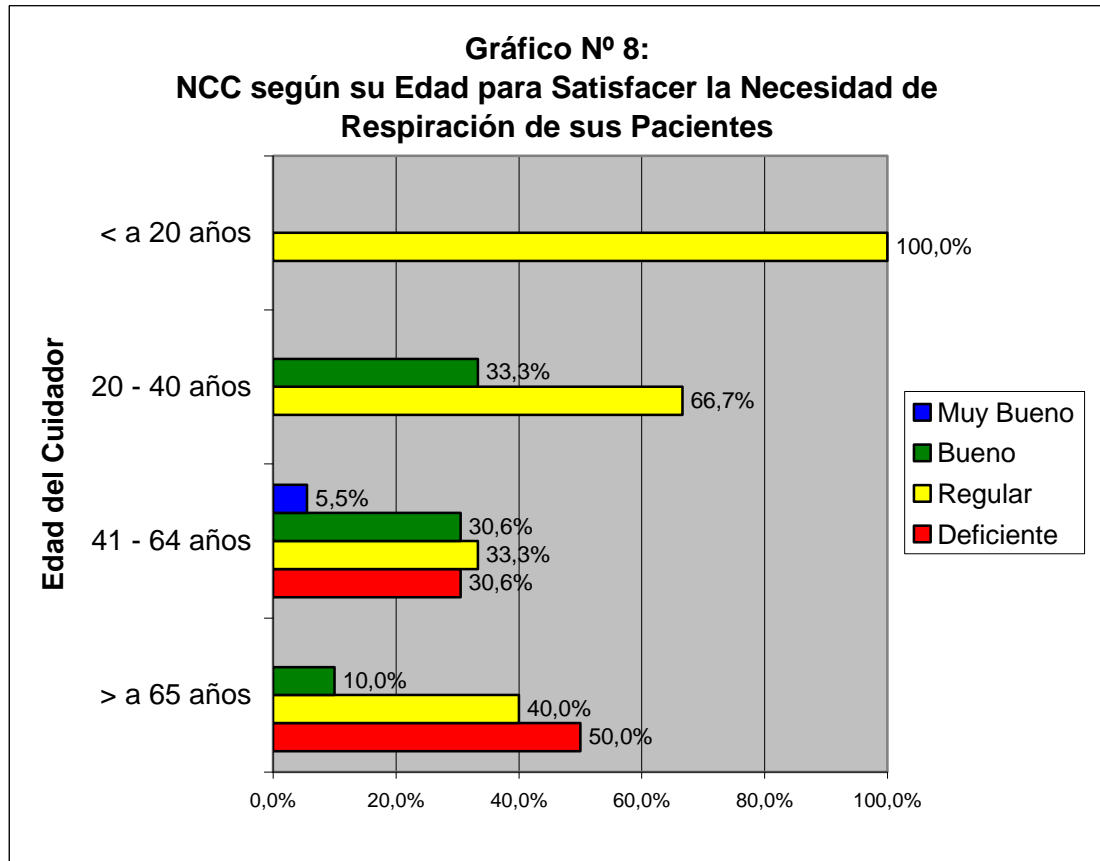
Tabla N° 1 B: Necesidades de Higiene Corporal, Evitar peligro y Comunicación

	Higiene Corporal	Evitar Peligro	Comunicación
Muy Bueno	8,4%	6,7%	18,4%
Bueno	18,3%	45,0%	23,3%
Regular	50,0%	33,3%	58,3%
Deficiente	23,3%	15,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Destacan en estas necesidades la existencia de mayores NC **Muy Bueno** y **Bueno** en relación a la Tabla N° 1 A, como es en el caso de la necesidad de Evitar peligro y Comunicación, en las cuales la suma de los NC **Muy Bueno** y **Bueno** superan el 40%. Por otra parte, en la necesidad de Comunicación no existe NC **Deficiente**, situación que se invierte en la necesidad de Higiene Corporal, en la cual estos conocimientos presentan los más altos porcentajes del grupo.

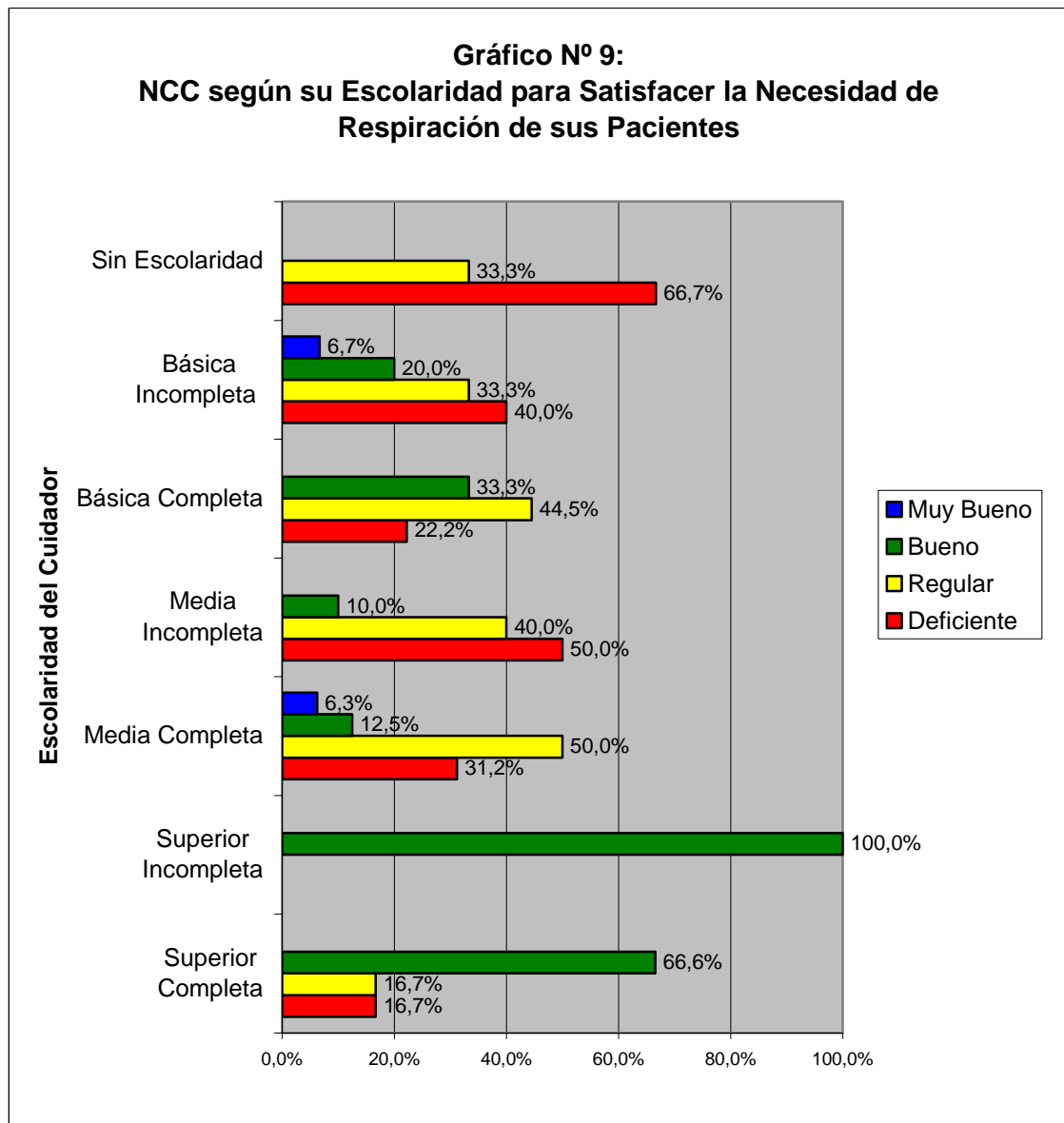
10.3 “NCC para Satisfacer cada una de las Necesidades según sus Características”

10.3.1 Necesidad de Respiración



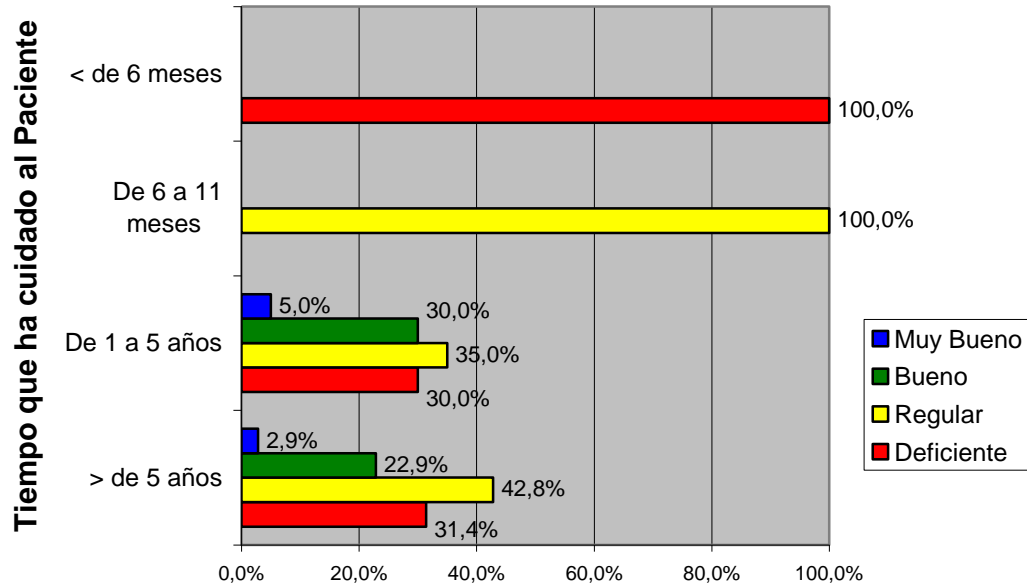
Al comparar al grupo de cuidadores de 41 – 64 años con los mayores de 65 años, el primero se encuentra en general con un mejor NC (36,1% entre NC **Bueno** y **Muy Bueno**) en relación a un 10% del segundo grupo etáreo. Por otro lado, los mayores de 65 años, presentan un NC **Deficiente** del 50%.

**Gráfico N° 9:
NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de
Respiración de sus Pacientes**



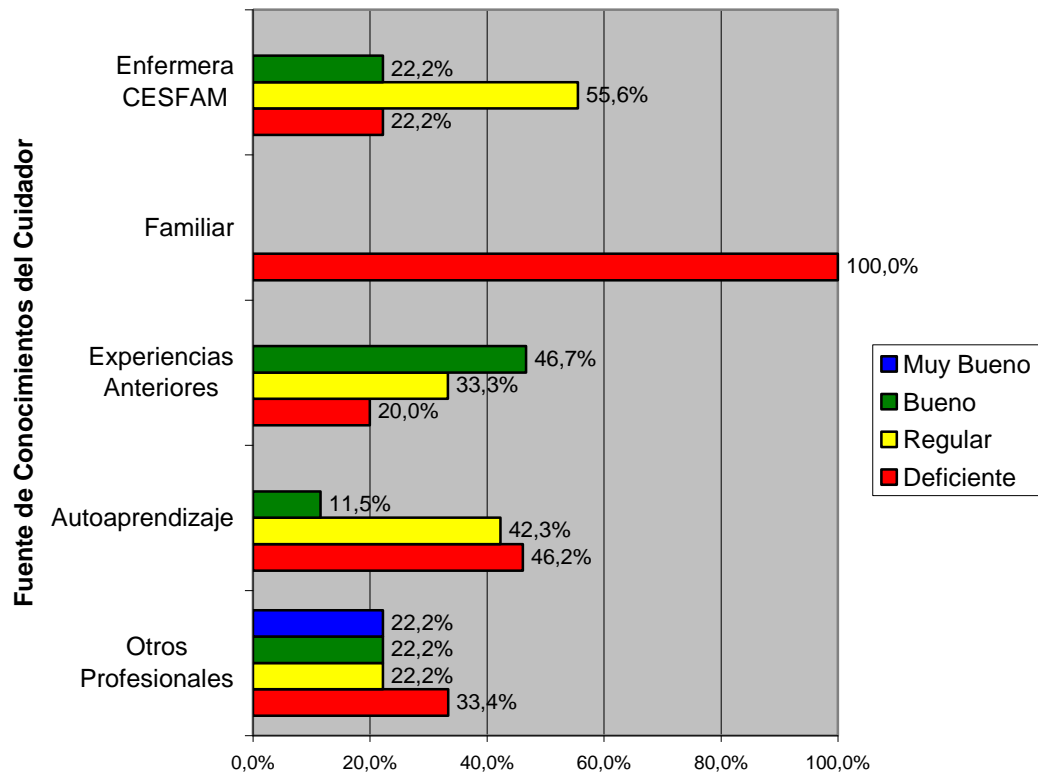
En todas las categorías de escolaridad se encuentran elevados los porcentajes de NC **Deficiente**, sin embargo, se destaca que los cuidadores que presentan Educación Básica Completa o Superior, presentan un alto porcentaje de NC **Bueno**.

**Gráfico N° 10:
NCC para Satisfacer la Necesidad de Respiración de sus
Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado**



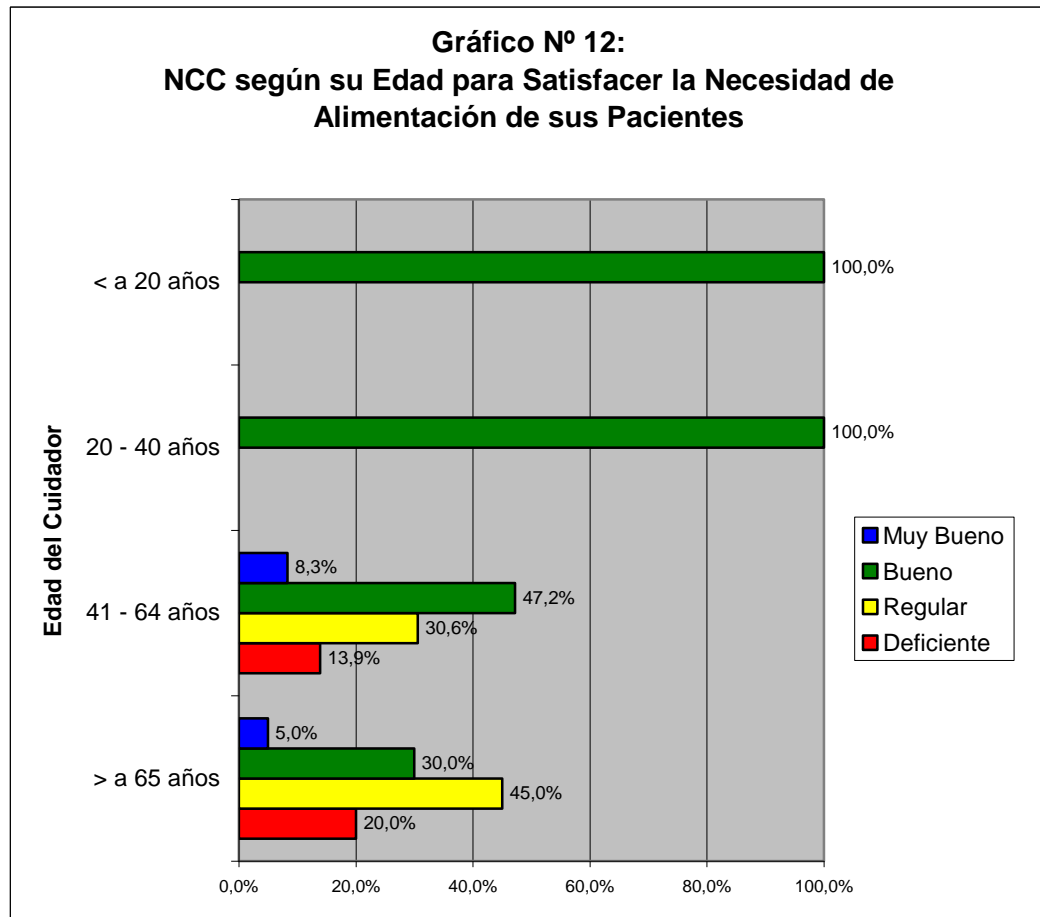
Del grupo de cuidadores que lleva cuidando entre 1 – 5 años al paciente, más de $\frac{1}{3}$ poseen un NC **Bueno** y **Muy Bueno**, en cambio, en el siguiente grupo el NC **Deficiente** sobrepasa la suma de estos niveles, lo que es un factor de riesgo para la satisfacción de esta necesidad, ya que el grupo de cuidadores que ha tenido a su cargo a pacientes por más de 5 años, constituyen más de la mitad de la muestra.

Gráfico N° 11:
NCC según Fuente de Conocimientos para Satisfacer la Necesidad de Respiración de sus Pacientes



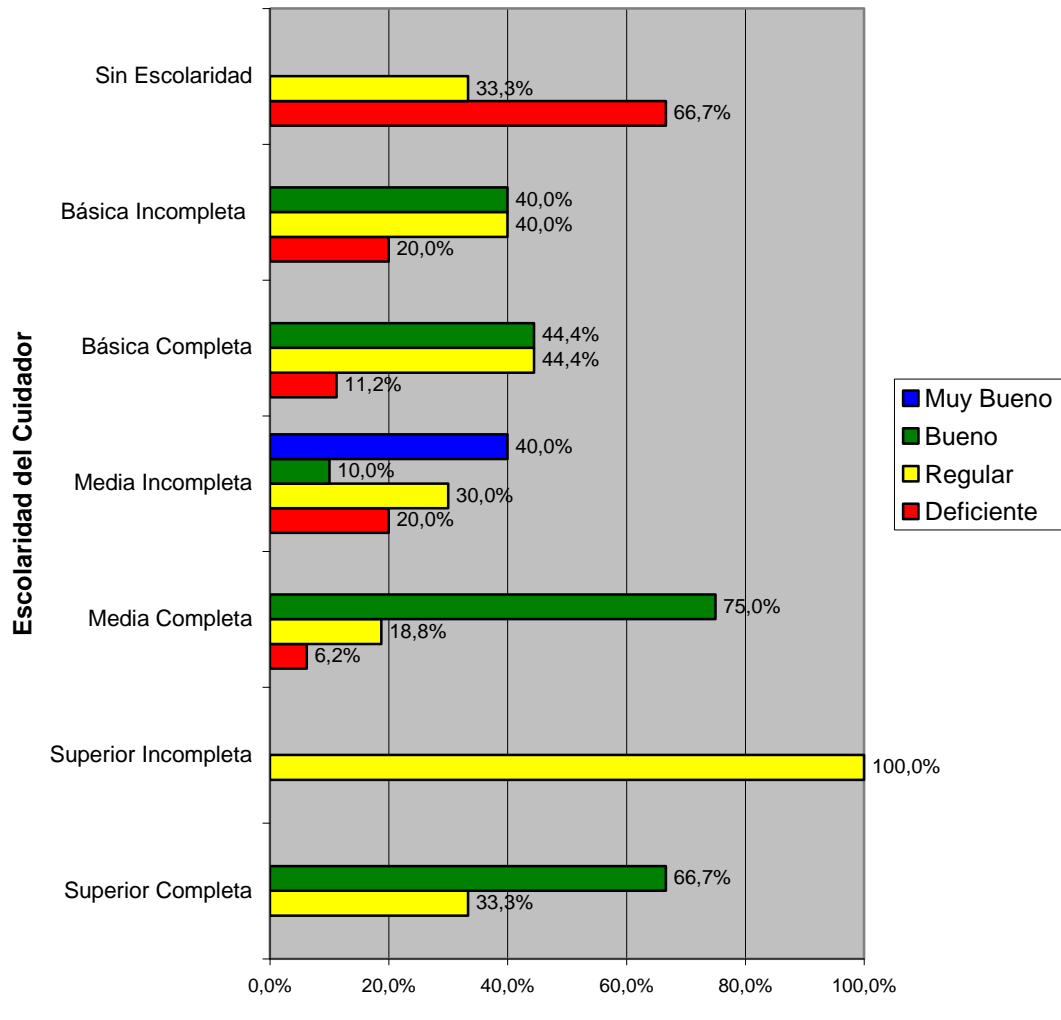
Se destaca en este gráfico el NC obtenido por los cuidadores que fueron educados por otros Profesionales, este es el único grupo en que se encuentra el nivel **Muy Bueno**. Si a esto le sumamos el NC **Bueno** alcanza el 44%. También resultaron positivos los resultados obtenidos en el grupo que adquirió los conocimientos en base a experiencias anteriores, donde casi la mitad de los cuidadores presenta un NC **Bueno**.

10.3.2 Necesidad de Alimentación



Los mejores resultados fueron obtenidos por el grupo de cuidadores entre 41 y 64 años, donde la suma de los NC **Muy Bueno** y **Bueno** sobrepasa el 50%. Por otro lado, en el siguiente grupo etáreo esta suma disminuye al 35%, mientras que aumentan los NC **Deficiente** (20%).

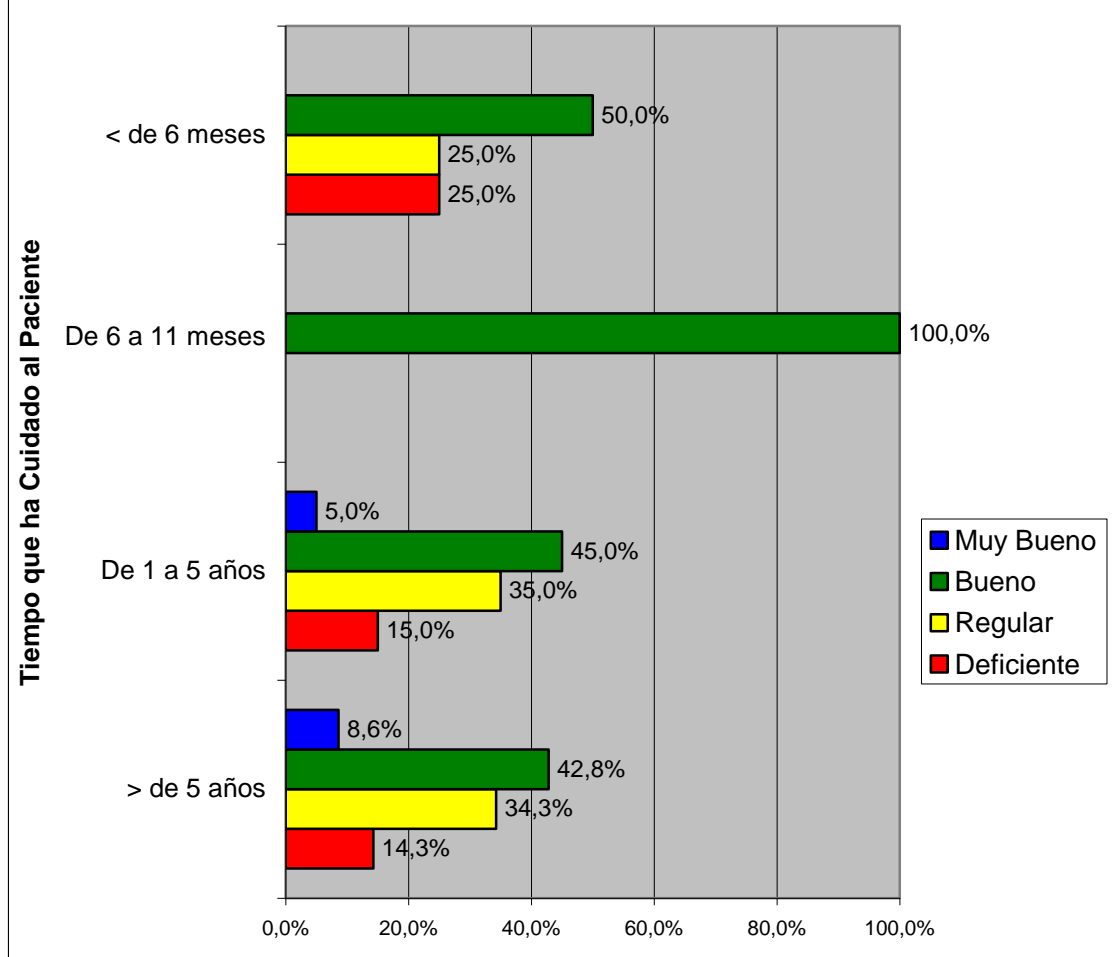
Gráfico N° 13:
NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad
de Alimentación de sus Pacientes



Llama la atención que el único grupo que presenta un NC **Muy Bueno** fue el de cuidadores con Educación Media incompleta, con un 40%.

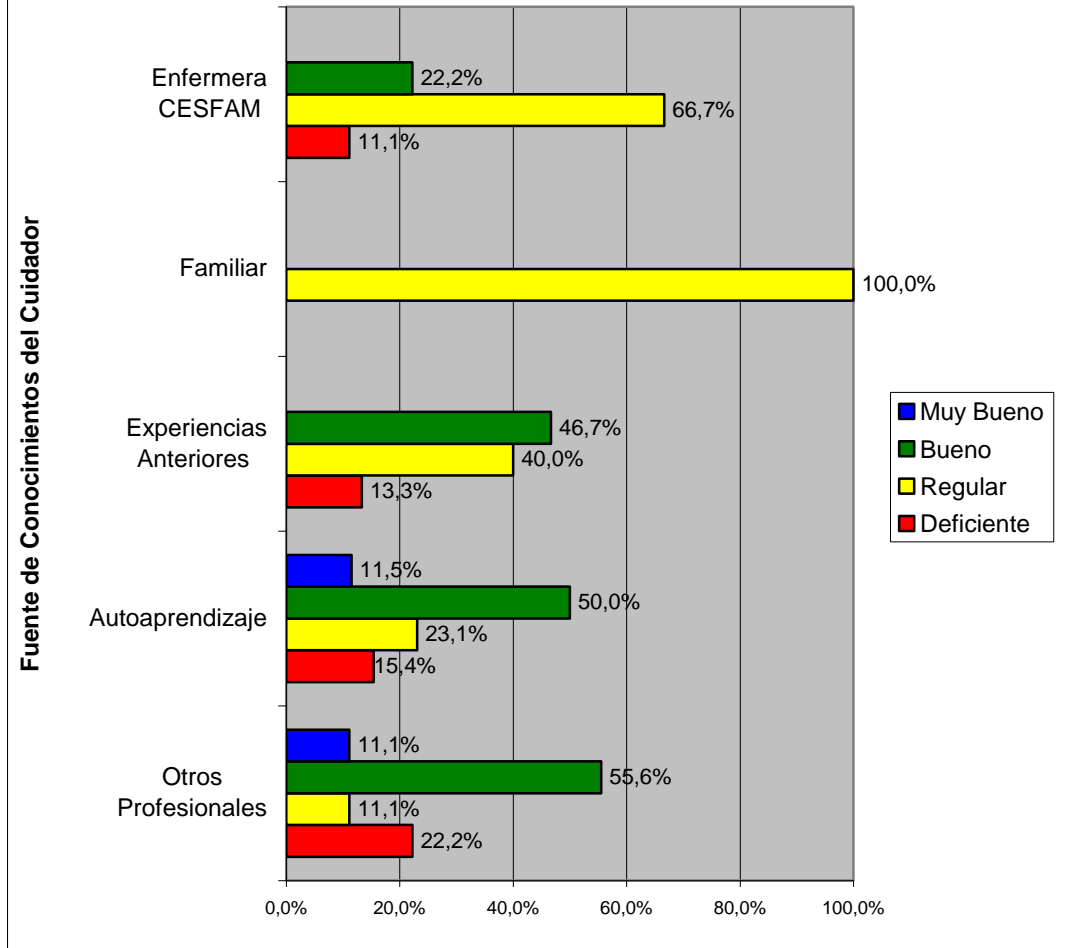
Cabe señalar que los cuidadores con Educación Superior no presentan un NC **Deficiente** pero constituyen sólo un 10% de la muestra.

**Gráfico N°14:
NCC para Satisfacer la Necesidad de Alimentación de
sus Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado**



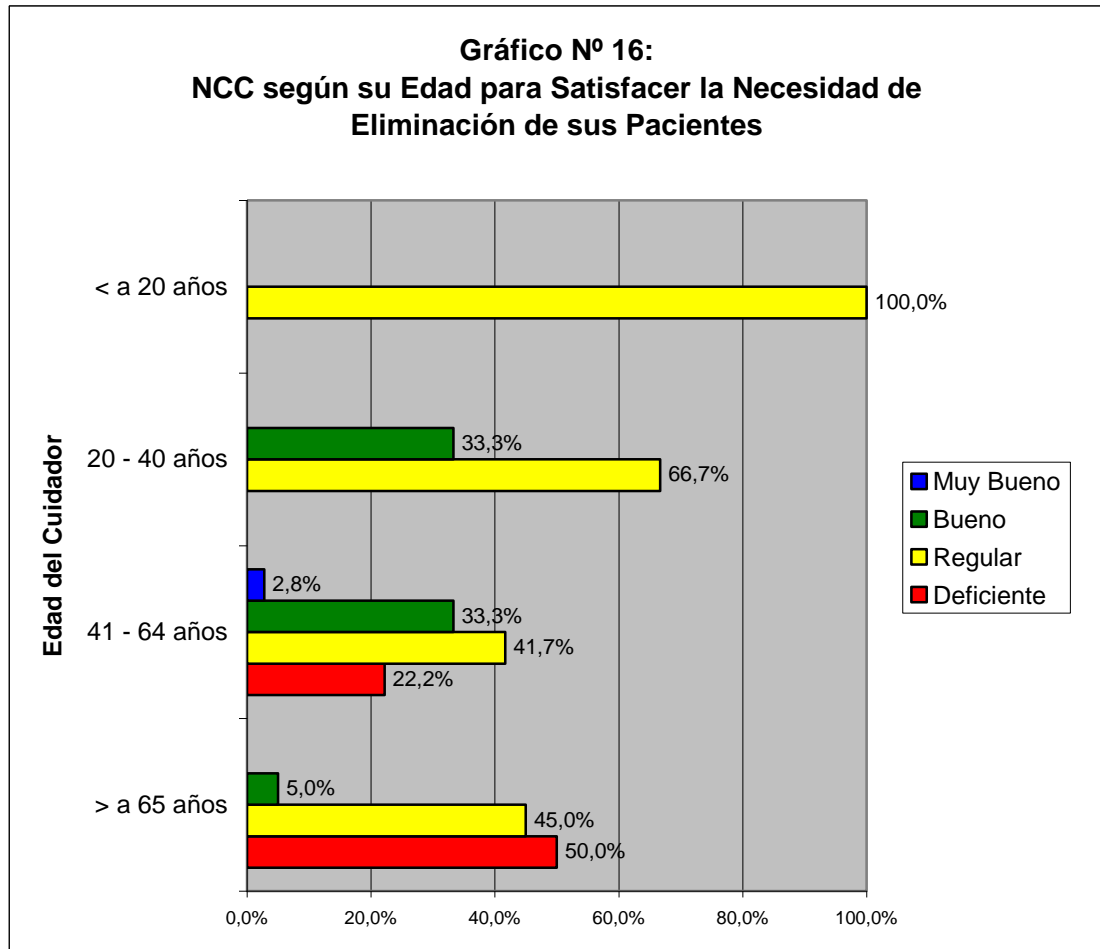
Los NC **Muy Bueno** y **Bueno** alcanzan el 50% y más en cada rango de tiempo. No existen variaciones significativas entre el grupo de cuidadores que ha cuidado entre 1-5 años al paciente con el que lo ha cuidado hace más de 5 años. Sin embargo, a medida que aumenta el tiempo de cuidado, desde 1 año en adelante, aumenta también el NC **Muy Bueno**.

**Gráfico N° 15:
NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer
la Necesidad de Alimentación de sus Pacientes**



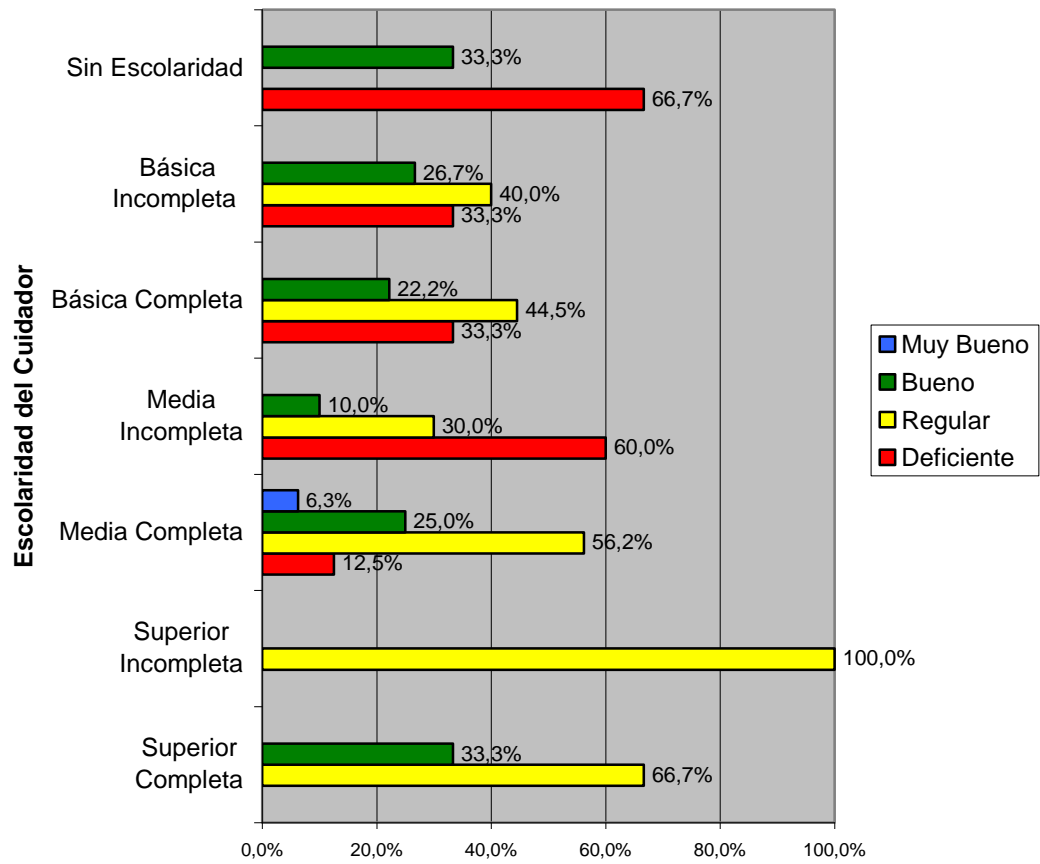
Sólo obtuvieron NC **Muy Bueno** quienes fueron educados por otros profesionales y quienes aprendieron de manera autodidacta. Destaca que los que fueron capacitados por la Enfermera del CESFAM no presenten NC **Muy Buenos** y que sólo ostenten elevados porcentajes de NC **Regulares**.

10.3.3 Necesidad de Eliminación



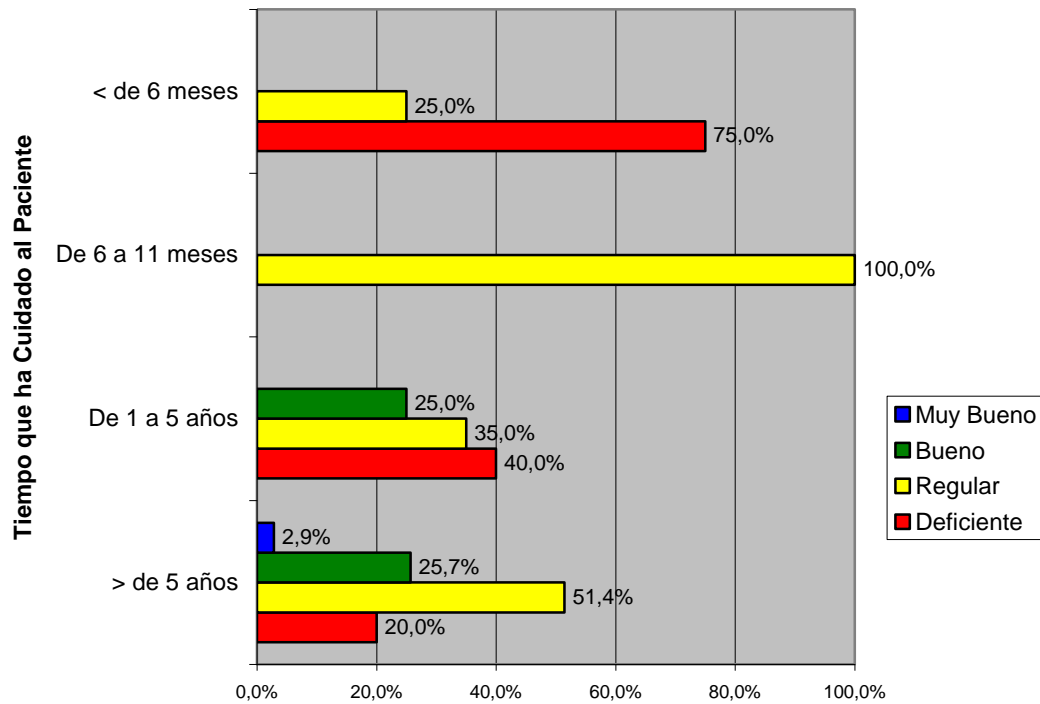
El grupo etáreo entre 41 y 64 años presenta un NC superior al resto de los grupos, ya que son los únicos que presentan NC **Muy Bueno** y además un $\frac{1}{3}$ de sus NC es **Bueno**. Por otra parte, el NC **Deficiente** se aprecia de manera importante en el grupo de mayores de 65 años con un 50%.

**Gráfico N° 17:
NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de
Eliminación de sus Pacientes**



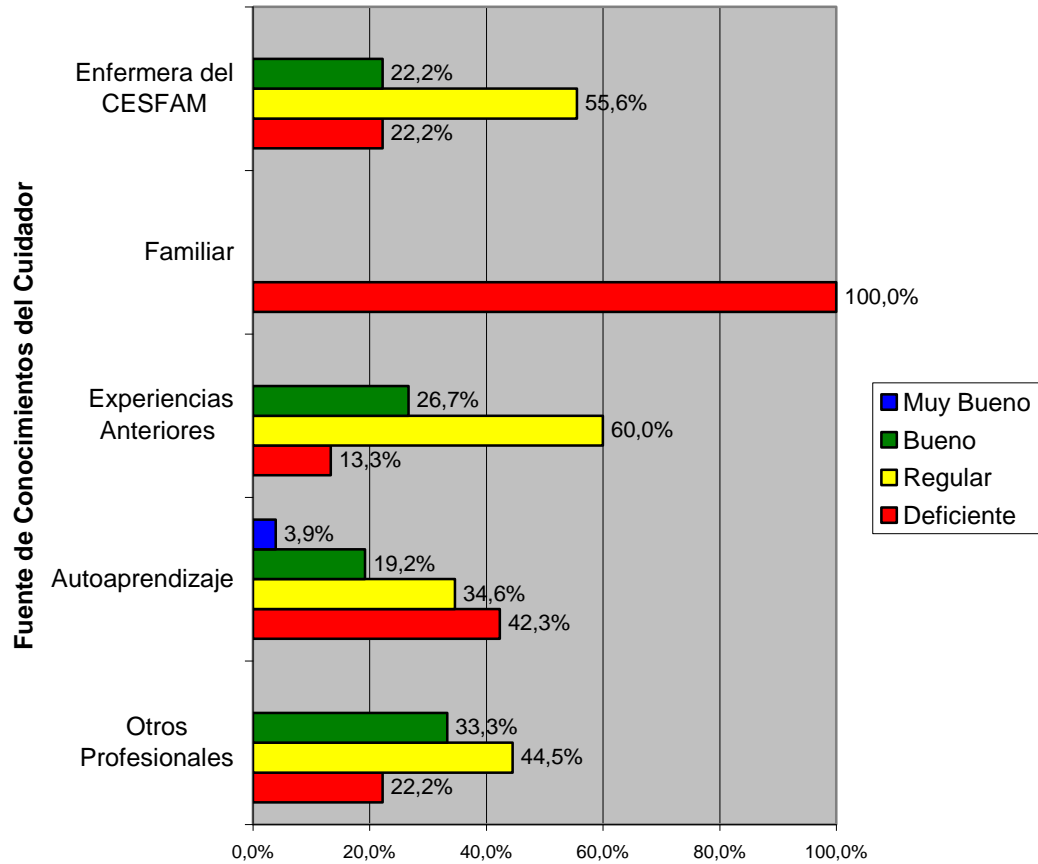
El NC **Muy Bueno** se encuentra solamente en la categoría Escolaridad Media completa con un bajo porcentaje que corresponde sólo al 6,3% de la muestra, además presenta un NC **Deficiente** de 12,5% siendo el más bajo. La Enseñanza Superior Completa tiene un NC **Bueno** de 33,3% en la cual se acentúa la ausencia de NC **Deficiente**. Es en estas categorías mencionadas donde se encontrarían los mayores NCC.

Gráfico N° 18:
NCC para Satisfacer la Necesidad de Eliminación de sus
Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado



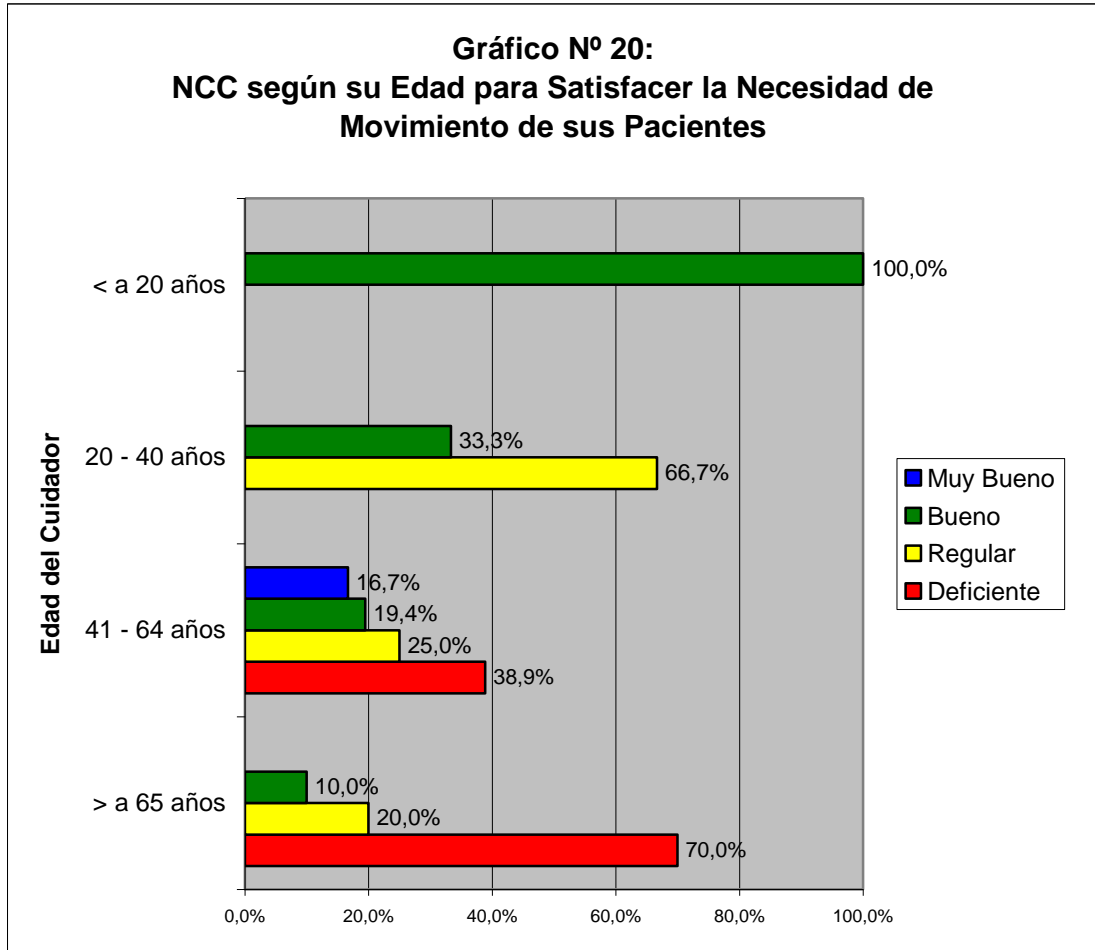
Al comparar el grupo de cuidadores que lleva cuidando al Paciente entre 1 – 5 años, con el que lo ha hecho por más de 5 años, el primer grupo posee un NC **Bueno** en un 25%, cifra que es superada por los NC **Deficiente**. En cambio en el grupo de mayores de 5 años, los NC **Muy Bueno** y **Bueno** alcanzan casi el 30% y el NC **Deficiente** disminuye (20%).

**Gráfico N° 19:
NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la
Necesidad de Eliminación de sus Pacientes**



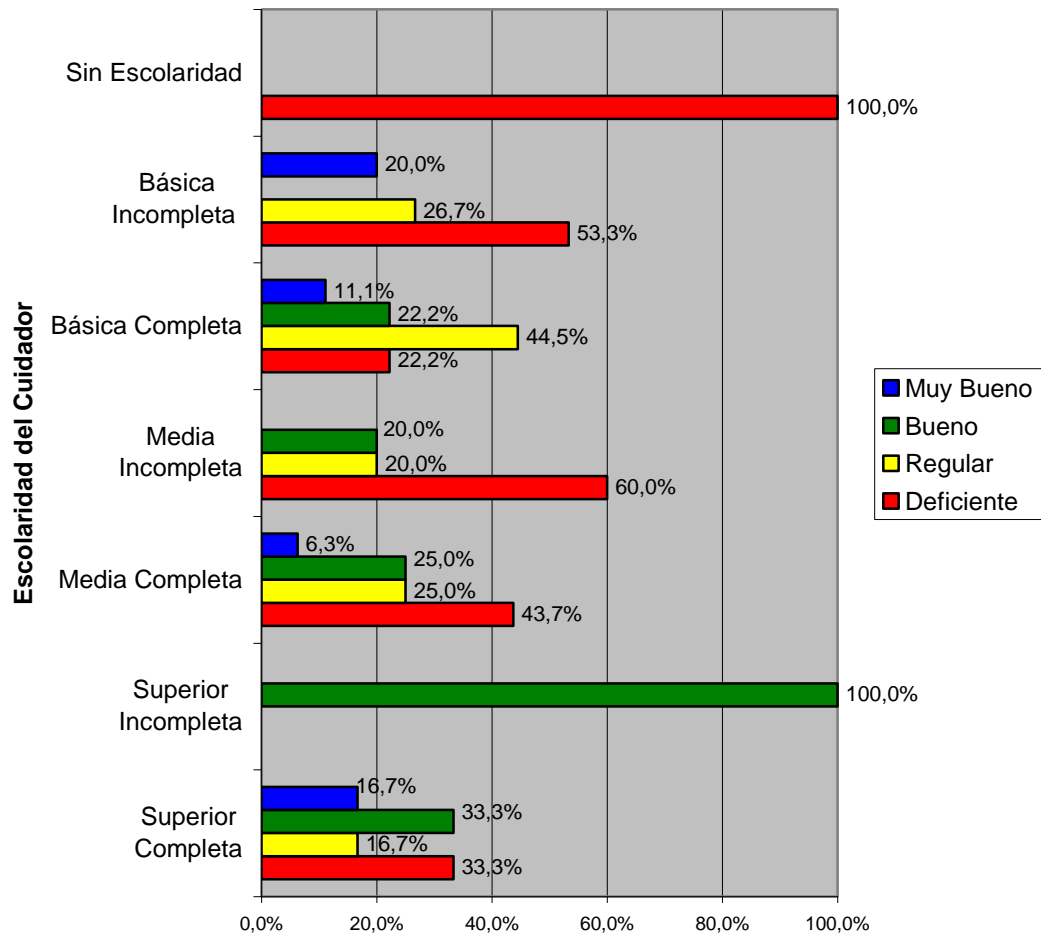
Destaca un único NC **Muy Bueno** en el grupo cuya fuente de capacitación fue el Autoaprendizaje. Le sigue en porcentaje el NC **Bueno**, obtenido por los cuidadores capacitados por otros profesionales (33,3%) que asimismo es más elevado que los que fueron educados por la Enfermera del CESFAM (22,2%).

10.3.4 Necesidad de Movimiento



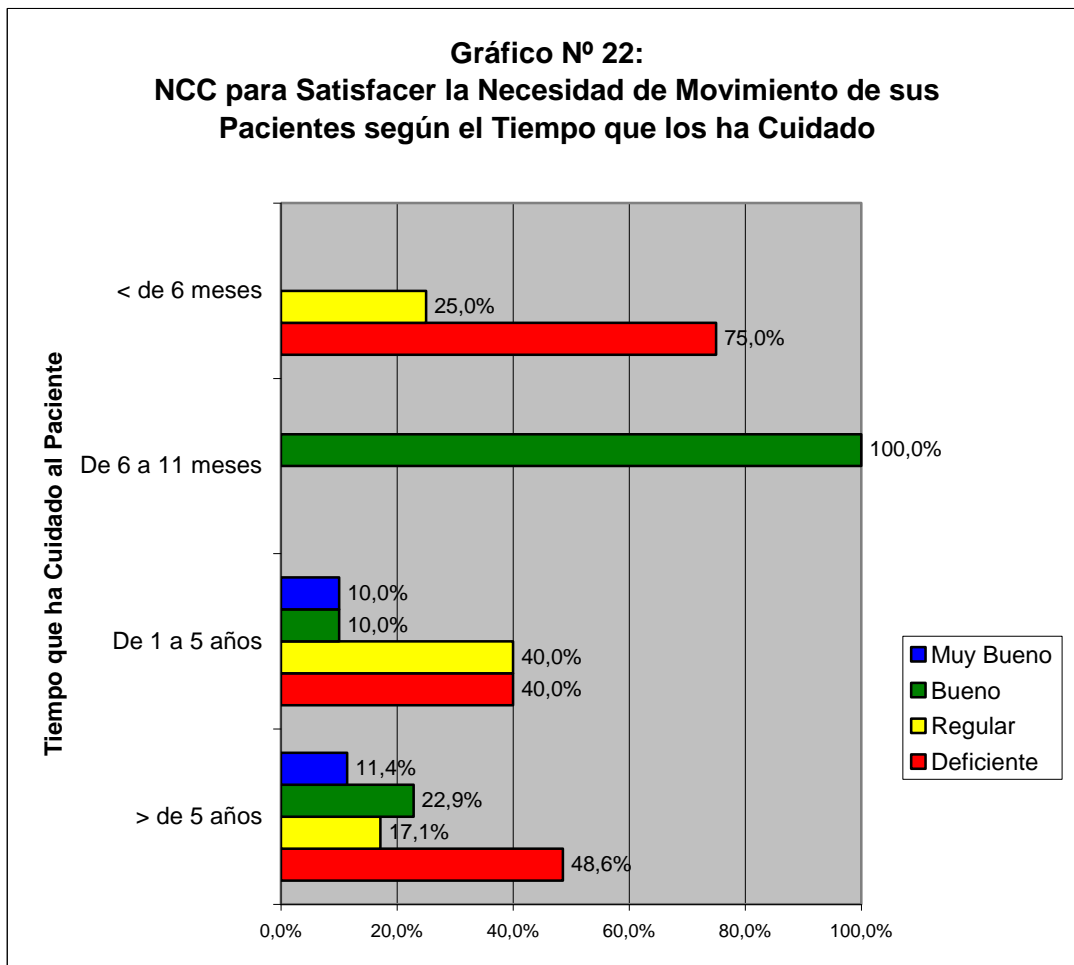
Los cuidadores entre 41 y 64 años son los únicos que presenta NC **Muy Bueno** que en conjunto con el NC **Bueno** suman un 36,1%. En el grupo de cuidadores mayores de 65 años existen elevados porcentajes de NC **Deficiente** (70%), lo que se explicaría por las limitaciones físicas del cuidador.

**Gráfico N° 21:
NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de
Movimiento de sus Pacientes**



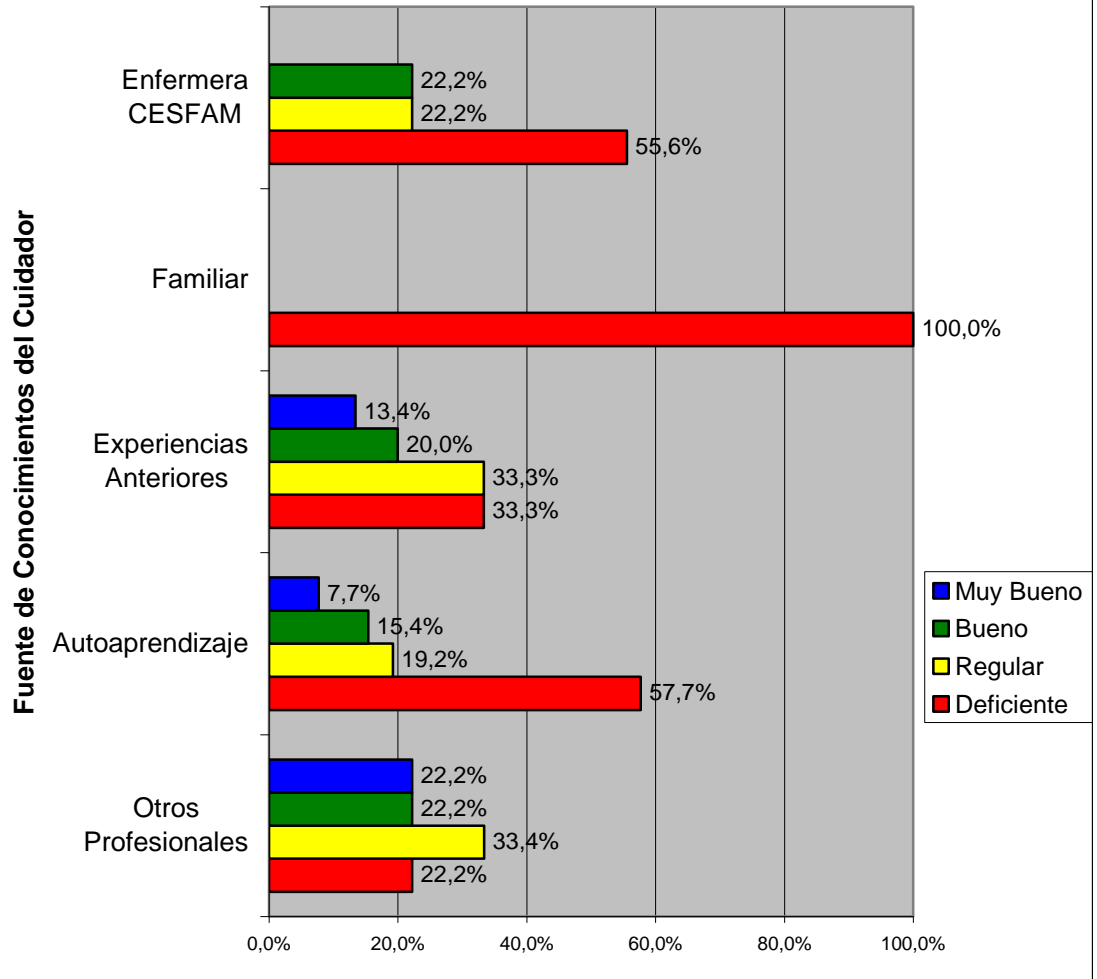
Existe una gran cantidad de cuidadores con NC **Deficiente** en el grupo que no posee escolaridad y en quienes presentan estudios incompletos. Los resultados obtenidos por el grupo de cuidadores que presentan Educación Básica completa presentan más de $\frac{1}{3}$ de NC **Muy Bueno** o **Bueno**. El único grupo de cuidadores con un NC adecuado a su nivel educacional es el que presenta Educación Superior o Técnica Completa, teniendo más de la mitad de ellos un NC **Muy Bueno** y **Bueno**.

Gráfico N° 22:
NCC para Satisfacer la Necesidad de Movimiento de sus
Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado



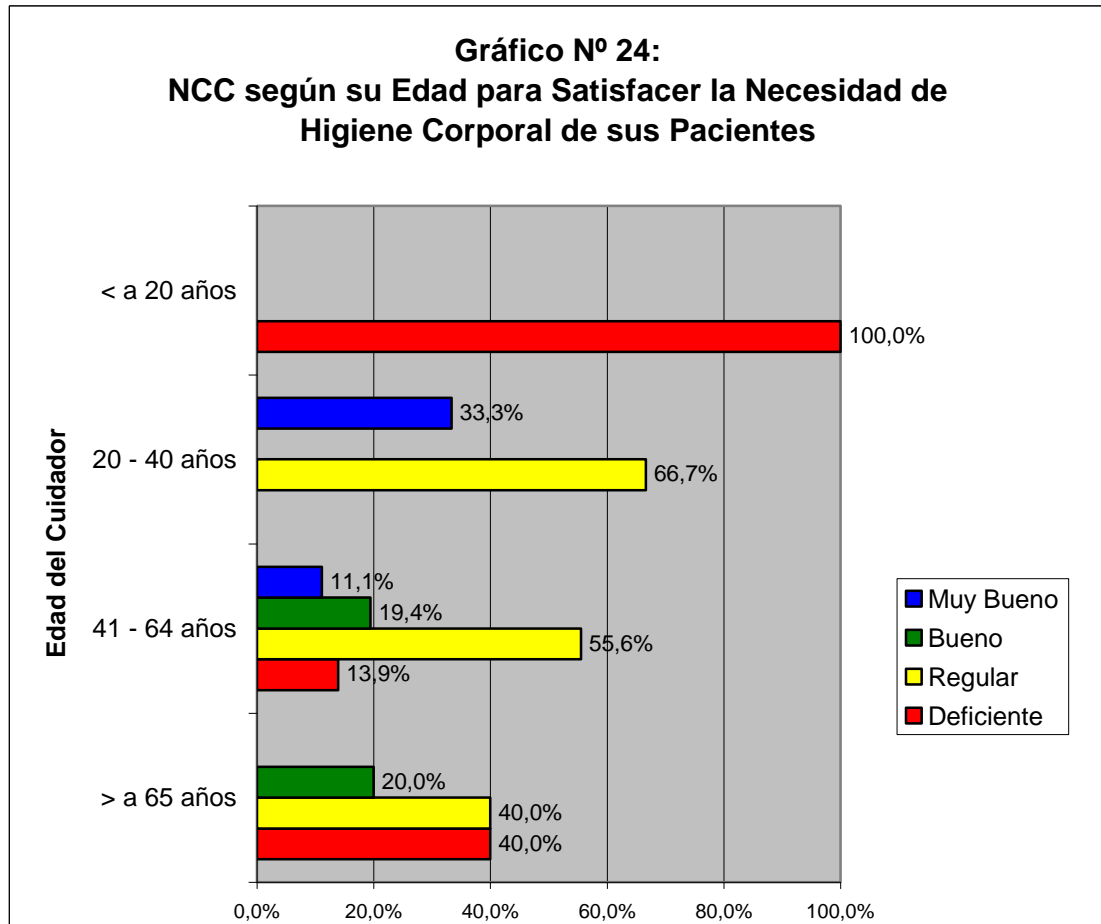
El grupo de cuidadores que han cuidado por más de 5 años, presenta los mejores NC con un 34,3% entre NC **Bueno** y **Muy Bueno**. En el rango de cuidado de 1 a 5 años también se encuentran NC **Muy Bueno** y **Bueno**, sin embargo, se observa también una disminución de estos niveles que llega al 20%. Se observa además un mayor porcentaje de cuidadores con NC **Deficiente** en los cuidadores de más de 5 años (48,6%), que es incluso mayor al de los cuidadores entre 1 a 5 años (40%).

Gráfico N° 23:
NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la Necesidad de Movimiento de sus Pacientes



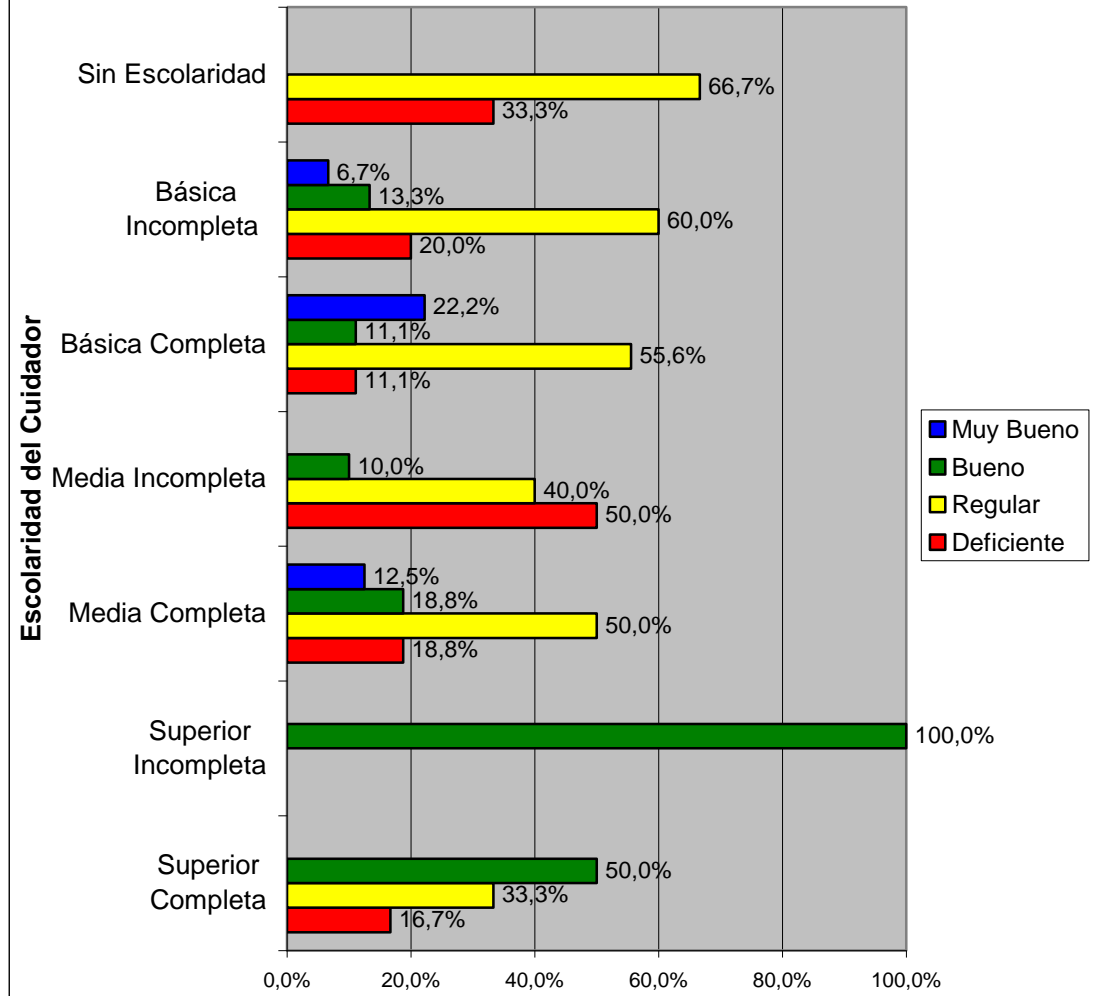
Más de la mitad de los cuidadores que fueron capacitados por la Enfermera del CESFAM cuentan con un NC **Deficiente**. Similares resultados se obtuvieron en quienes aprendieron a cuidar en base al autoaprendizaje, donde el NC **Deficiente** supera el 50%. Se entiende entonces que los cuidadores no cuentan con los conocimientos suficientes, pues en todos los grupos, los NC **Regular** y **Deficiente** logran una alta mayoría.

10.3.5 Necesidad de Higiene Corporal



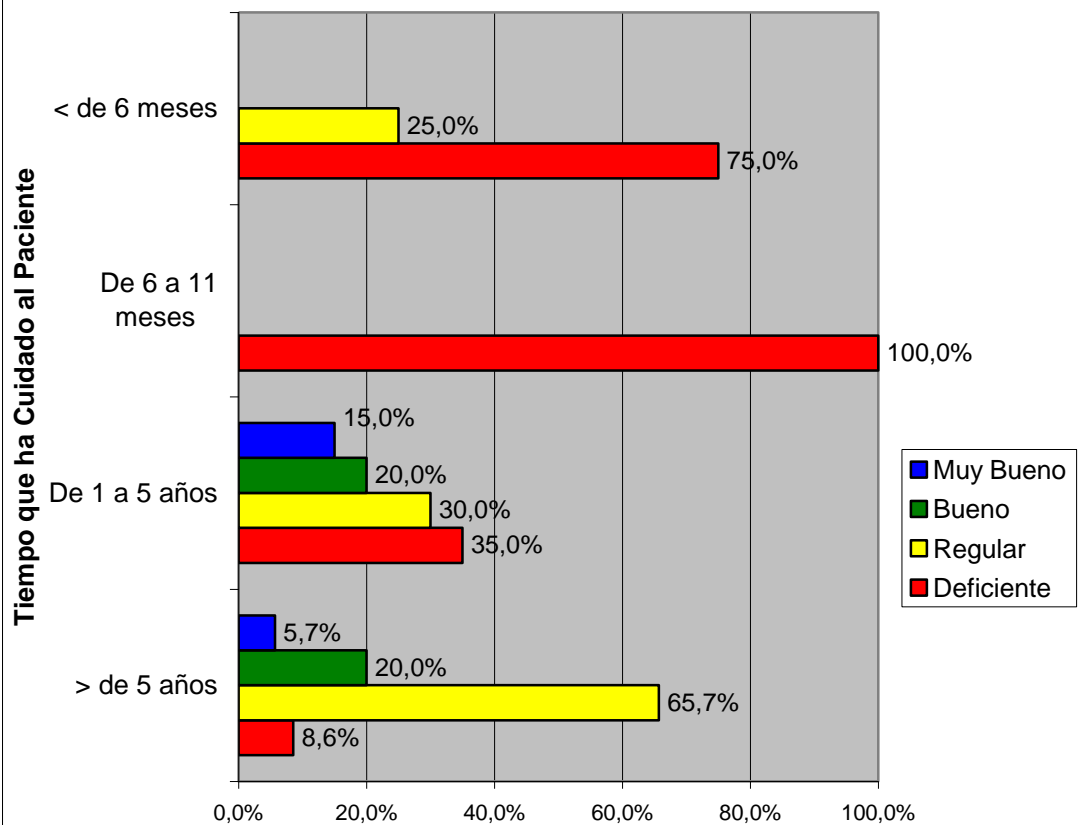
El grupo de cuidadores mayores de 65 años presenta un NC **Deficiente** (40%), cifra que disminuye considerablemente en el grupo de cuidadores entre 41 y 64 años, en quienes $\frac{1}{3}$ presentan NC **Muy Bueno** o **Bueno**, cifra que se mantiene en el grupo de cuidadores entre 20 a 40 años. Sin embargo, este último grupo no representa un porcentaje significativo en el total de la muestra.

**Gráfico N° 25:
NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de
Higiene Corporal de sus Pacientes**



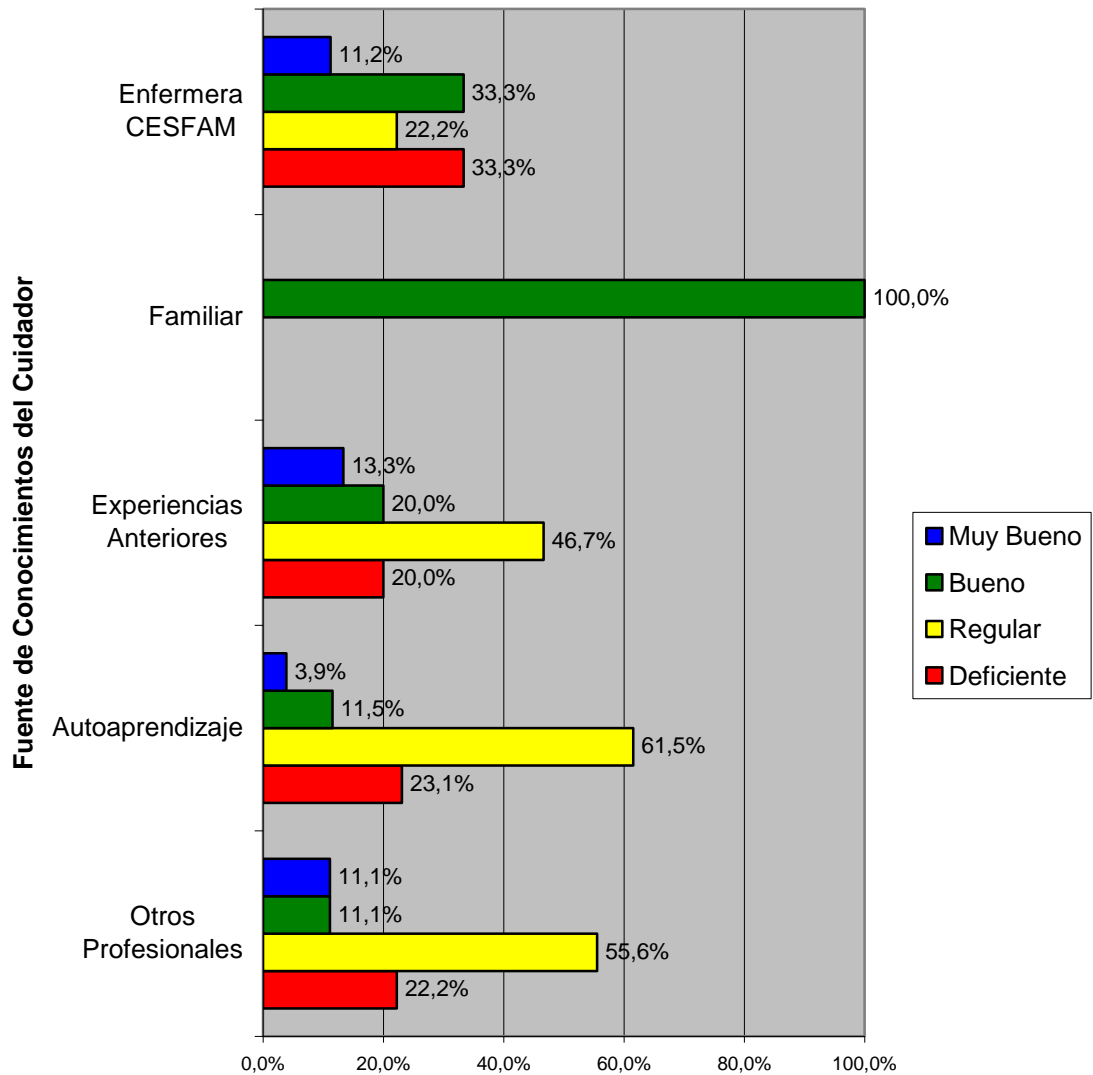
Los niveles de Escolaridad Básica Incompleta, Básica Completa y Media Completa son los únicos con NC **Muy Bueno** superando, a excepción de la Básica Incompleta, a los cuidadores con un nivel educacional más elevado como Superior Completa o Incompleta, los cuales presentan NC **Bueno** en porcentajes mayores al 50%, sin embargo, estos grupos representan sólo un 10% de la totalidad de los cuidadores.

Gráfico N° 26:
NCC para Satisfacer la Necesidad de Higiene Corporal
de sus Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado



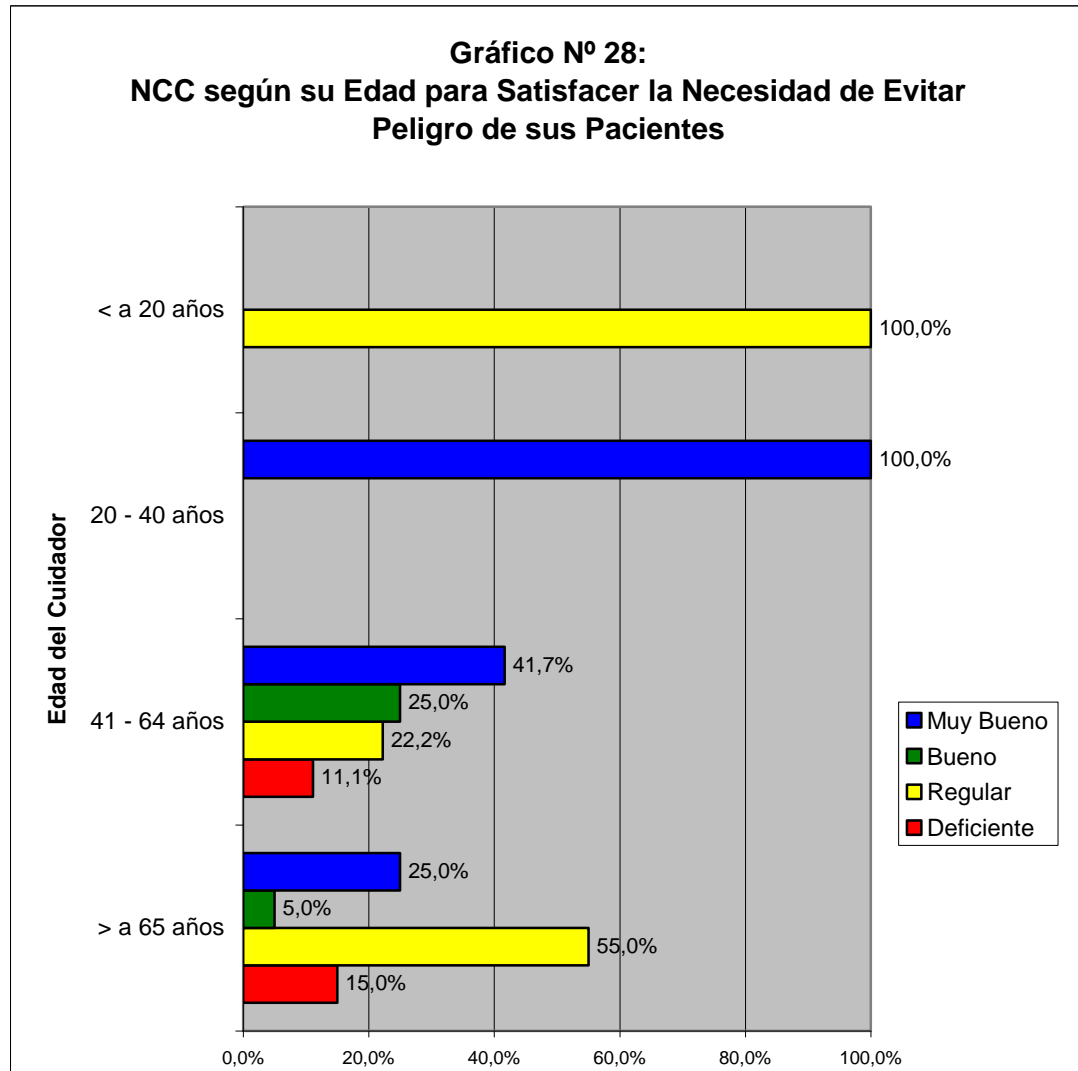
El mayor NC se presenta en los cuidadores de 1 a 5 años con un 35% de NC **Muy Bueno** y **Bueno**, cifra que coincide en cuanto al NC Deficiente en esta misma categoría. Es importante destacar que a pesar de que el porcentaje de NC **Bueno** y **Muy Bueno** de la categoría de más de 5 años es inferior a la anterior, ésta presenta NC **Deficiente** muchísimo más bajo (8,6%). De acuerdo con esto, se podría decir el NC **Deficiente** disminuye a medida que avanza el tiempo de cuidado.

Gráfico N° 27:
NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la Necesidad de Higiene Corporal de sus Pacientes



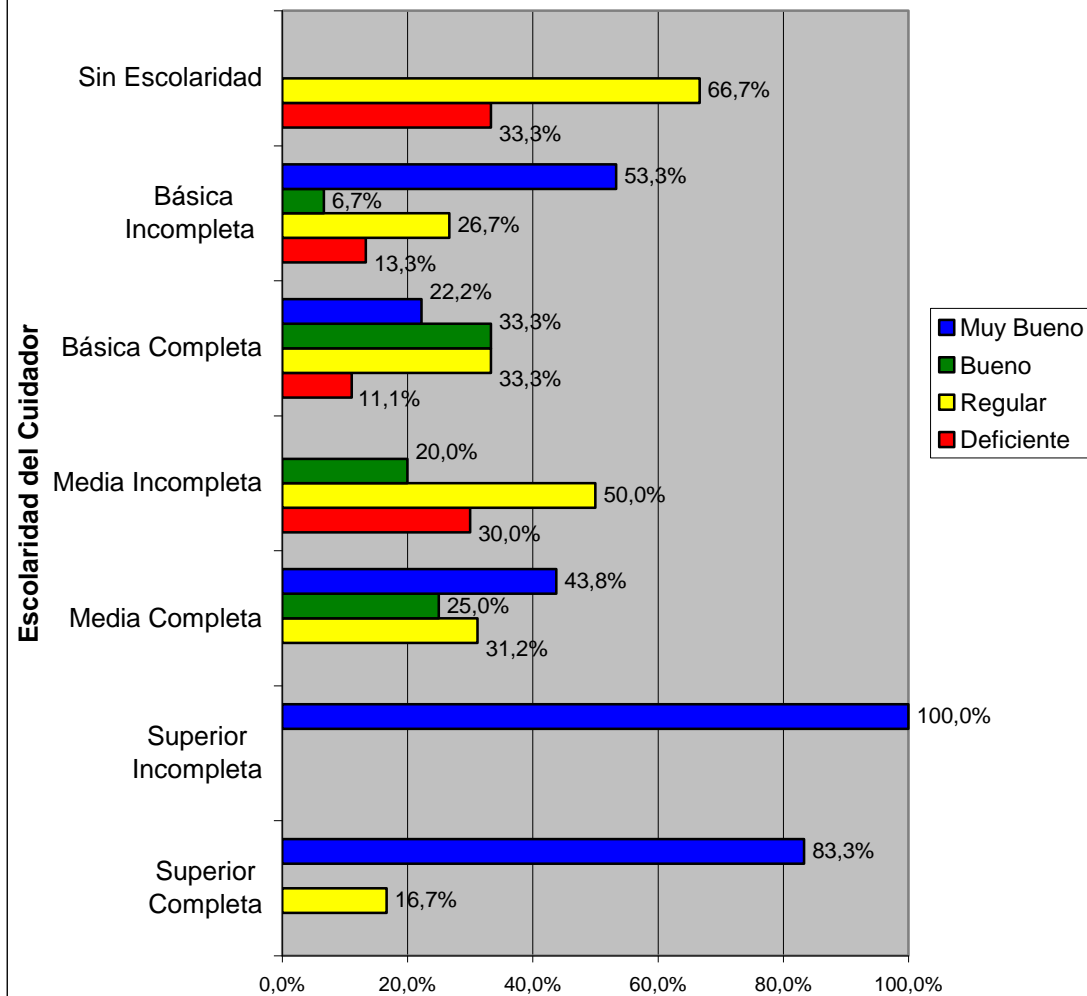
La categoría de cuidadores educados por la Enfermera del CESFAM tienen los porcentajes más altos en los NC **Bueno** y **Muy Bueno** (juntos suman 44,5%) como también **Deficiente** (33,3%). Destaca que los NC alcanzados a través de experiencias anteriores se asemejan a los adquiridos por la Enfermera u otros profesionales.

10.3.6 Necesidad de Evitar Peligro



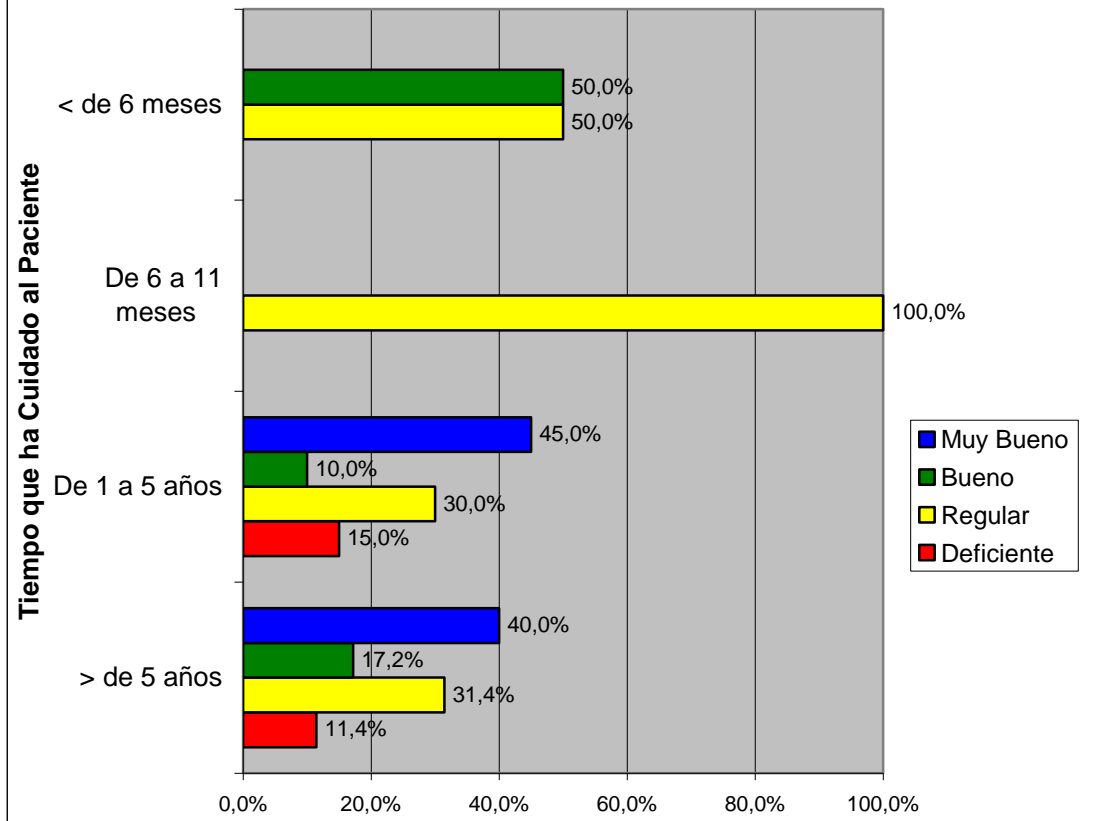
El grupo de cuidadores entre 41 y 64 años presenta excelentes resultados, con casi $\frac{2}{3}$ de los cuidadores con NC entre **Muy Bueno** y **Bueno** (66,7%), cifra que disminuye a $\frac{1}{3}$ (30%) en los cuidadores mayores de 65 años, pero que continúan siendo positivas.

Gráfico N° 29:
NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de Evitar Peligro de sus Pacientes



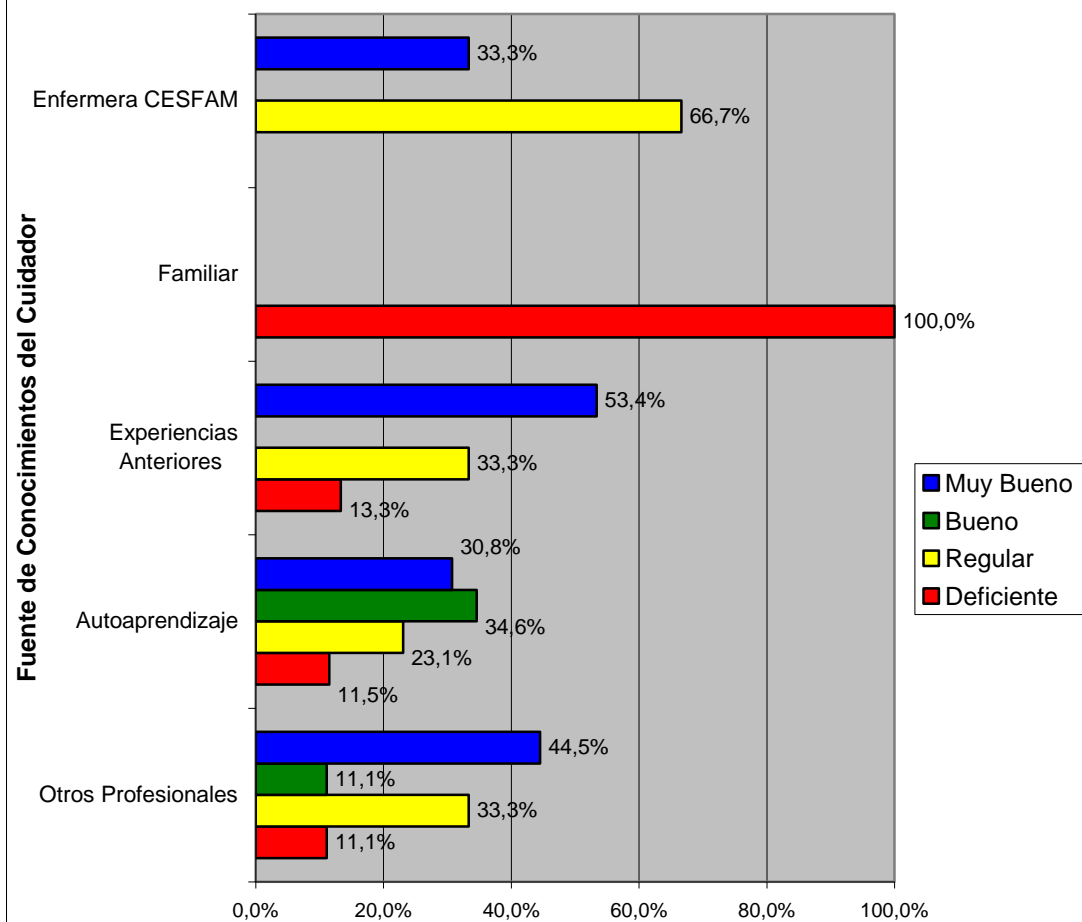
Se aprecia una situación similar a la del *Gráfico N° 25*, ya que se observa un alto porcentaje de cuidadores con NC **Muy Bueno** en los grupos de **Básica Incompleta** y **Media Completa**, grupos en los cuales se concentra la mayor cantidad de cuidadores (51,6%). Por otra parte el resultado obtenido por el grupo de **Media Incompleta** (16,7% del total de la muestra), fueron los únicos que obtuvieron resultados en que los conocimientos **Deficiente** sobrepasaron a los de las demás categorías.

**Gráfico N° 30:
NCC para Satisfacer la Necesidad de Evitar Peligro de sus
Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado**



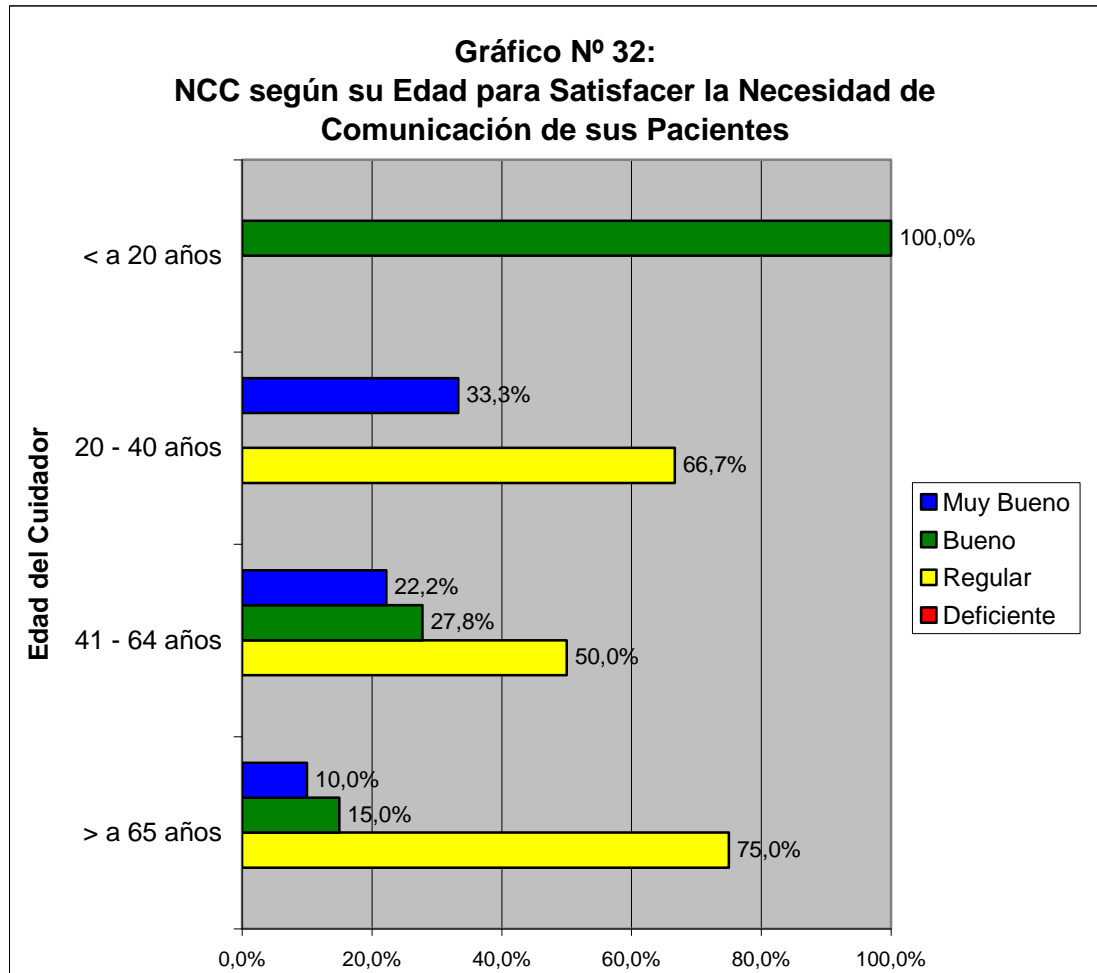
No existen diferencias significativas entre los grupos de cuidadores en el rango de 1 – 5 años con los que lo han hecho por más de ese tiempo. Ambos grupos se consideran con elevado NC, ya que más del 55% de los cuidadores presentan NC **Muy Bueno** y **Bueno**.

**Gráfico N° 31:
NCC según su Fuente de Conocimientos para Satisfacer la
Necesidad de Evitar Peligro de sus Pacientes**



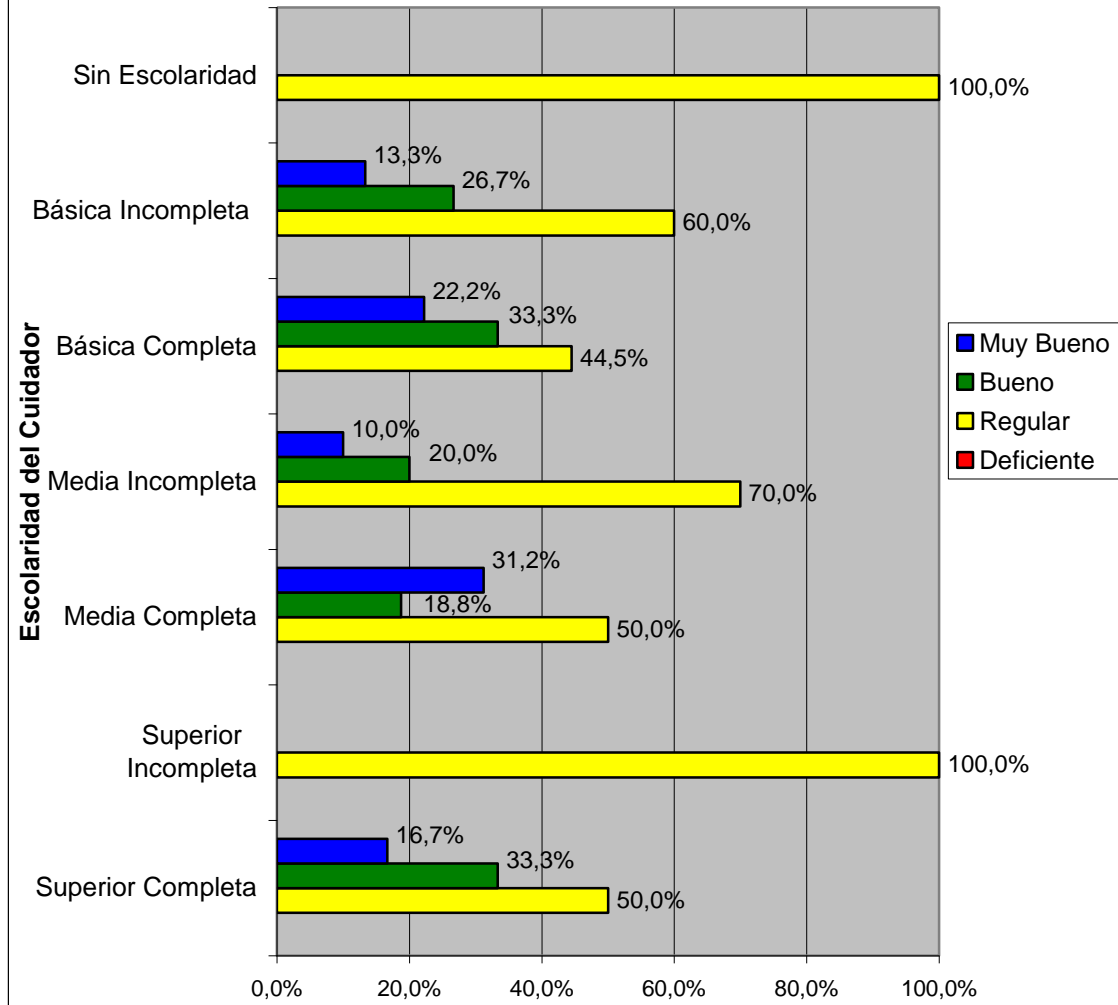
En general los cuidadores presentan elevados NC, destacándose en la mayoría de ellos NC **Muy Bueno** superior al 30% en todas las categorías, a excepción del aprendizaje familiar, los que no se consideran por representar solo un 1,7% del total de la muestra. Por su parte, se observa que la fuente de conocimiento que corresponde al Autoaprendizaje, presenta un 75,4% de NC entre **Muy Bueno** y **Bueno**.

10.3.7 Necesidad de Comunicación



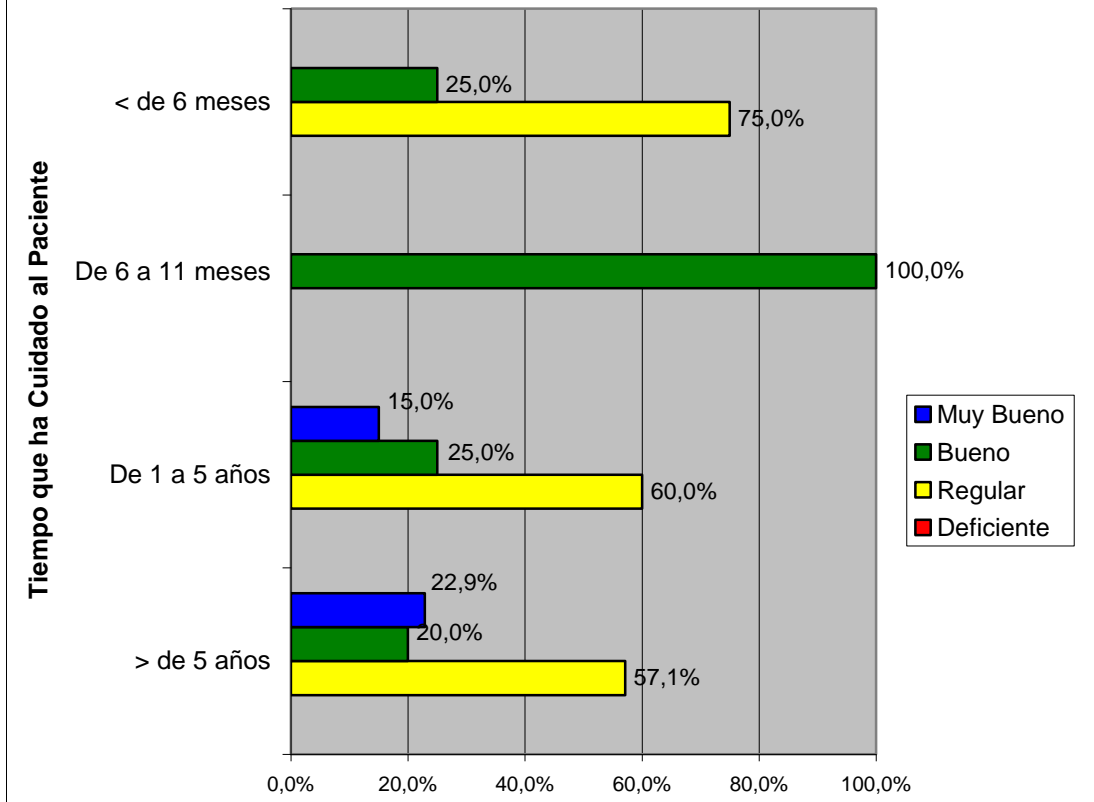
Destaca que en todos los grupos etáreos no existe un NC **Deficiente**, al contrario, el NC **Muy Bueno** esta presente en 3 de las 4 categorías. El grupo etáreo entre 41 a 64 años fue el que presentó los mejores resultados, alcanzando un 50% de ellos un NC **Muy Bueno** y **Bueno**.

**Gráfico N° 33:
NCC según su Escolaridad para Satisfacer la Necesidad de
Comunicación de sus Pacientes**

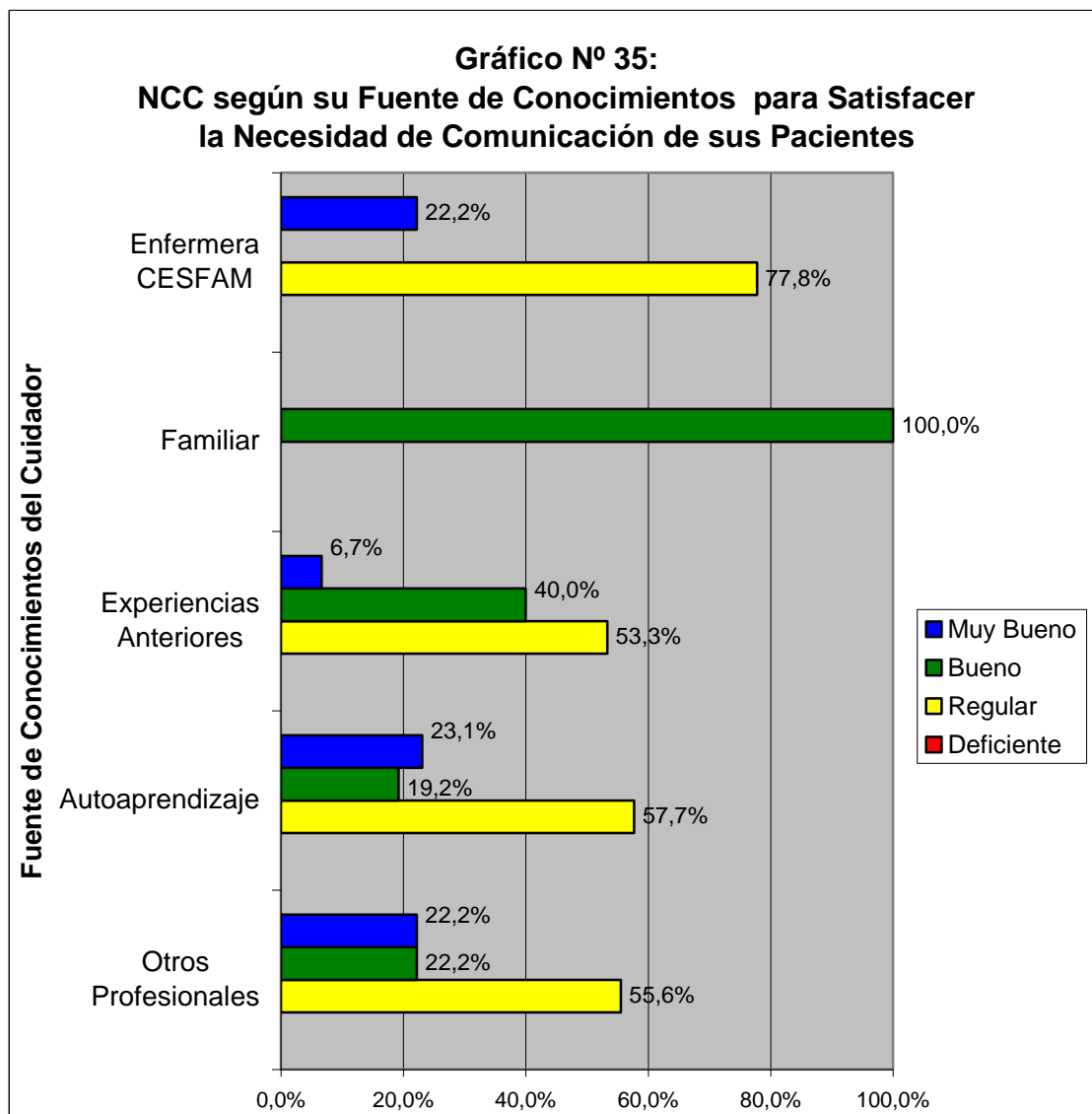


Se observa una alta prevalencia de NC **Muy Bueno** y **Bueno** en los distintos niveles de Escolaridad, siendo mayor en la Escolaridad Básica, Media y Superior Completa, no existiendo el NC **Deficiente** en ninguna de las categorías.

Gráfico N° 34:
NCC para Satisfacer la Necesidad de Comunicación de sus
Pacientes según el Tiempo que los ha Cuidado



En general se aprecian adecuados NC, ya que al sumar las categorías de 1 a 5 años y más de 5 años los porcentajes de cuidadores con NC **Muy Bueno** y **Bueno** superan el 40% en ambas. Destaca además la inexistencia de NC **Deficiente**.



El mayor NC lo alcanza la categoría Experiencias anteriores con NC **Muy Bueno** y **Bueno** los cuales en conjunto suman 46,7%. Cabe destacar que el NC **Muy Bueno** se presenta en casi todas las categorías, a excepción de la Familiar, con un porcentaje máximo de 23,1% en el Autoaprendizaje, superando los obtenidos por la Enfermera del CESFAM y otros profesionales con un 22,2 % para ambos.

**CAPÍTULO 5:
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES
Y RESUMEN**

11. CONCLUSIONES

De los resultados del estudio se derivan las siguientes conclusiones:

11.1 Respecto a los cuidadores del estudio se destaca que:

- En casi la totalidad de los cuidadores son familiares de sexo femenino y mayores de 41 años, sobresaliendo $\frac{1}{3}$ de ellos mayores de 65 años.
- Más de la mitad han cuidado a sus pacientes más de 5 años y tienen una escolaridad baja exceptuando una cuarta parte que ha cursado educación Media Completa y un 10% con Superior Completa.
- De acuerdo a la fuente de conocimientos, el mayor porcentaje obtenido, es a través de experiencias anteriores y autoaprendizaje con un 68,3%. Respecto a los obtenidos por medio de los profesionales de la salud destaca que la mitad de estos conocimientos fueron entregados por la Enfermera del CESFAM con un 15% al igual que los otros profesionales de salud.

11.2 Respecto a los pacientes del estudio se destaca que:

- Casi la mitad de los pacientes corresponden a Adultos Mayores entre 76 y 85 años, y poco más de $\frac{1}{3}$ de ellos son mayores de 85 años.
- El mayor porcentaje de Adultos Mayores de la muestra son de sexo Femenino y mayores de 76 años, sobresaliendo $\frac{1}{3}$ del total mayores de 86 años siguiendo así la tendencia nacional.
- En cuanto a la Previsión de Salud del Paciente corresponde ampliamente a FONASA con un 93,3%, de los cuales el 80% tiene categoría A o B, mientras que el resto no posee Previsión, lo que da cuenta de que las condiciones económicas en que viven estos Adultos Mayores no son las satisfactorias o suficientes para cubrir todas sus Necesidades.

- $\frac{2}{3}$ de los Adultos Mayores están inscritos en el Programa de Postrados por más de 1 año, destacando que un $\frac{1}{4}$ de ellos han permanecido por más de 5 años, situación que podría indicar que no están siendo controlados como corresponde por parte del CESFAM.
- Las patologías más prevalentes en estos Adultos Mayores son: 60% de HTA, el 30% ha sufrido de ACV, el 25% presenta Artrosis, el 23,3% DM y el 18,3% Fractura de Cadera. Lo que concuerda con la prevalencia declarada de enfermedades crónicas en la realidad nacional

11.3 Respecto al NCC para satisfacer las Necesidades de los pacientes se destaca que:

- En el NCC predomina el nivel **Regular** en el 40% de ellos, a lo que se suma casi $\frac{1}{4}$ parte con nivel **Deficiente**. Ello está indicando la baja calidad de cuidados que pueden estar recibiendo los pacientes del Programa del estudio.

11.4 Respecto al NCC para satisfacer cada una de las 7 Necesidades de los pacientes se destaca que:

- Lo anterior se ve confirmado en los resultados de NCC para la satisfacción de cada una de las necesidades estudiadas, en las cuales el nivel es muy semejante y más bajo aún para la necesidad de “Respiración”, “Movimiento”, “Eliminación” e “Higiene Corporal”, donde el nivel **Deficiente** muestra un alto porcentaje. Se recalca la insuficiencia de conocimientos para estas necesidades considerando que:

1. Los pacientes del estudio en general mantenían un cierto grado de movilidad.

2. Los cuidadores no se preocupan de prevenir complicaciones, simplemente se remiten a mantener al paciente y tratar de no perjudicarlo.

Esto puede deberse al desgaste que produce satisfacer esta necesidad para algunos pacientes, sobre todo los que presentan dificultades en la movilidad y requieren ayuda para la superación, mantención de su estado y/o prevención de enfermedades. Al aumentar los años de cuidado, el cuidador se desgasta física y emocionalmente, además de presentar dificultades propias de su edad, como es el caso de los Cuidadores Adultos Mayores. En cambio, el mejor NCC se observa para “Alimentación”, “Evitar Peligro” y “Comunicación”.

11.5 Respecto al NCC según sus características para satisfacer las Necesidades de los pacientes se destaca que:

- El rango de edad de 41 – 64 años presenta el mejor NC **Muy Bueno** y **Bueno**, variando según la Necesidad el aumento o disminución de estos.
- No existe un nivel educacional que predomine con un NC **Muy Bueno** o **Bueno**, ya que todos varían individualmente de acuerdo a la Necesidad que se esté analizando.
- En los cuidadores que han estado a cargo de sus pacientes 1 año o más, se observa que a medida que pasan los años el NC **Deficiente** va disminuyendo conforme los NC **Muy Bueno** y **Bueno** manifiestan un aumento progresivo.

11.6 Respecto al NCC según su Fuente de Conocimiento para satisfacer las Necesidades de los pacientes se destaca que:

- Según la Fuente de Conocimientos de los cuidadores se destaca que cerca de la mitad ha sido Autoaprendizaje y ¼ Experiencias Anteriores. Sólo en un 15% ha sido la Enfermera y un 15% otro profesional de salud.
- Nuestra preocupación es ¿Cuál es la causa de que el Profesional de Enfermería no esté preparando o capacitando a los cuidadores? ¿será debido a lo reciente de la normativa del Programa del Ministerio de Salud (MINSAL)?

12. RECOMENDACIONES

Teniendo como base los resultados del estudio y recordando lo expresado por Browning, 1983¹⁶ “Las responsabilidades de un profesional de Enfermería incluyen: valoración de las necesidades físicas, mentales, emocionales, sociales y espirituales del anciano; planificación del cuidado asistencial; ejecución de las prescripciones médicas; administración de cuidados o supervisión del personal que los realiza; evaluación de la asistencia; mantenimiento de archivos; asesoramiento sanitario del anciano y de su familia; formación sanitaria; colaboración con el resto del equipo que asiste al anciano”, se sugiere:

- Reestructurar y reorganizar el Programa de Postrados implementado en el CESFAM, rigiéndose por las políticas del Programa de Atención Domiciliaria del MINSAL, para entregar una atención de calidad al Adulto Mayor.
- Actualizar las fichas de los pacientes que pertenecen al Programa, especificando la causa de ingreso, el año, y el grado de dependencia (según Índice de Katz) con el cual ingresó al Programa y el grado de dependencia actual.
- Confecionar una pauta de valoración para la satisfacción de las necesidades básicas del paciente por parte del Cuidador.
- Identificar formalmente a los Cuidadores primarios y secundarios de los Adultos Mayores del Programa.
- Realizar ciclos educativos a los Cuidadores de los Adultos Mayores pertenecientes al programa, entregando los conocimientos descritos en la norma del Programa de Atención Domiciliaria del MINSAL.

- Elaborar material educativo en los servicios de atención primaria sobre la satisfacción de las necesidades en los diferentes grados de dependencia.
- Realizar posteriores estudios que identifiquen el grado de satisfacción de necesidades básicas y grado de dependencia de los pacientes del Programa de Postrados.
- Realizar posteriores estudios sobre la calidad de los cuidados otorgados a los pacientes que se encuentran en el Programa de Atención Domiciliaria.

13. RESUMEN

Dentro del quehacer y el rol propio de Enfermería, destaca la gestión del cuidado de los individuos, de manera holística y a través de todo el ciclo vital. La transición demográfica experimentada por nuestro país nos ha confrontado con una realidad en la cual el envejecimiento de la población avanza progresivamente. Actualmente en Chile, el cuidado de los Adultos Mayores dependientes recae en la familia, hecho que también es avalado y reafirmado en la Política Nacional para el Adulto Mayor (Abril de 1996).

Debido a esto, es que los cuidadores de Adultos Mayores dependientes toman gran relevancia, ya que son ellos quienes dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo en permitir que estas personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone, situación que a su vez requiere de un nivel de conocimientos óptimo para satisfacer las necesidades básicas de los mismos.

El presente estudio de tipo descriptivo, realizado a una muestra de 60 pacientes, busca determinar el Nivel de Conocimientos de los Cuidadores (NCC) para satisfacer las Necesidades Básicas de los Adultos Mayores inscritos en el Programa de Postrados del CESFAM Reina Isabel II, y características personales de los cuidadores y pacientes del estudio.

Se aplicó un instrumento creado y validado por los tesisistas, basado en la teoría de las necesidades básicas de Virginia Henderson, abarcando sólo las necesidades de Respiración, Alimentación, Eliminación, Movimiento, Higiene Corporal, Seguridad y Comunicación.

Los resultados del presente estudio muestran un bajo NCC para la Satisfacción de las Necesidades Básicas de los pacientes, siendo la mayoría de un nivel **Regular** y apreciándose también que un ¼ del total de ellos es **Deficiente**. Por otro lado, los niveles **Bueno** y **Muy Bueno** no llegan a tomar gran relevancia, pudiéndose desprender que en estos pacientes las Necesidades Básicas no están satisfechas en forma adecuada.

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

**LISTA DE REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1, 13 DU GAS, Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica. En su: Unidad 3: Satisfacción de las Necesidades Básicas. 4ta Ed. México, Mc Graw-Hill, 2000 pp. 173 – 663.
- 2 ARAUS M. Katherine, BUSTAMANTE C. Wendy, LARA M. Marcela, LUDWIG B. Cristina, MALDONADO T. Leonardo, MARTÍNEZ J. Sandra, MUÑOZ F. Marcela. “*Cuidados domiciliarios proporcionados por el cuidador al adulto mayor con accidente cerebro vascular e indicaciones impartidas por el equipo de salud al cuidador durante la hospitalización*”. Tesis (Licenciado/a en Enfermería). Valparaíso, Chile. Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería y Obstetricia, 2005. 107 h.
- 3 OPS/OMS, Informe de comité de expertos de la OMS. Planificación y Organización de los servicios Geriátricos. Serie de Informes Técnicos. N° 546.
- 4, 5, 7 OMS: “*Envejecimiento activo: un marco político*”. Revista Española de Geriatría y Gerontología, Agosto, 2002.
- 6, 9 COMOLLONGA. M. Isaac., y IZQUIERDO ZAMARRIEGO. G., “*Fisiología del Envejecimiento*”.
- 8, 10 OMS, “*Informes Técnicos de Comité de Expertos de las OMS*”. Serie de informes técnicos, N° 779, OMS. Ginebra, 1989.
- 11 “*Norma de Cuidados Domiciliarios de personas que sufren Discapacidad Severa*”. Ministerio de Salud, Santiago, Chile, Julio de 2006. p.71.
- 12 MARRINER, Ann. *Virginia Henderson: Definición de la enfermería clínica*. En su: Modelos y teorías de enfermería. 5ª ed. España, Mosby, 2003. pp.98 – 111.

- ¹⁴ OLIVARES, Sonia., ZACARÍAS, Isabel., SOTO, Delia. “*Alimentación y Vida Saludable en el Adulto Mayor*” [en línea] Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) Santiago, Chile, Universidad de Chile. p. 4 www.inta.cl/Consumidor/adulto/folleto.pdf [consulta: 17 de Enero 2007].
- ¹⁵ LORENZINI E. Alacoque, LUZIA L. Josete, COSTA M. Isabel Amélia, AUXILIADORA T. María, CARVALHO D. Claudia. “*Análisis de Investigaciones Brasileñas Enfocadas en el Cuidado de Enfermería*” [en línea] <[http:// www.scielo.cl /scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532005000200006&lng=e&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532005000200006&lng=e&nrm=iso&tlng=e)> [consulta: 10 de Enero].
- ¹⁶ HOGSTEL, Mildred O. *Enfermería Geriátrica; Cuidado de Personas Ancianas*, tr. Carmen Moral y Elena Valiente, Ed. Madrid – España: Paraninfo 1998, pp. 586 – 609.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

CONTEL, Joane. S., GENE, Joan. B., PEYA, Margarita. G. Atención Domiciliaria; Organización y Práctica. Barcelona, Springer, 1999. pp. 93 – 143.

HOGSTEL, Mildred O. *Enfermería Geriátrica; Cuidado de Personas Ancianas*, tr. Carmen Moral y Elena Valiente, Ed. Madrid – España: Paraninfo 1998, pp. 586 – 609.

DU GAS, Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica. En su: *Unidad 3: Satisfacción de las Necesidades Básicas*. 4ta Ed. México, Mc Graw-Hill, 2000 pp. 173 – 663.

MARRINER, Ann. *Virginia Henderson: Definición de la enfermería clínica*. En su: Modelos y teorías de enfermería. 5ª ed. España, Mosby, 2003. pp.98 – 111.

“Norma de Cuidados Domiciliarios de personas que sufren Discapacidad Severa”. Ministerio de Salud, Santiago, Chile, Julio de 2006. p.71.

AUGSBURGER, Heydi S. *Sentimiento de Carga del Cuidador de Pacientes Postrados*. Tesis (Licenciado/a en Enfermería). Centro de Salud Las Ánimas, Valdivia, Chile. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. 2003.

LORENZINI E. Alacoque, LUZIA L. Josete, COSTA M. Isabel Amélia, AUXILIADORA T. María, CARVALHO D. Claudía. “Análisis de Investigaciones Brasileñas Enfocadas en el Cuidado de Enfermería” [en línea] <[http:// www.scielo.cl / scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532005000200006&lng=e&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532005000200006&lng=e&nrm=iso&tlng=e)> [consulta: 10 de Enero].

ARAUS M. Katherine, BUSTAMANTE C. Wendy, LARA M. Marcela, LUDWIG B. Cristina, MALDONADO T. Leonardo, MARTÍNEZ J. Sandra, MUÑOZ F. Marcela. “Cuidados domiciliarios proporcionados por el cuidador al adulto mayor con accidente cerebro vascular e indicaciones impartidas por el equipo de salud al cuidador durante la hospitalización”. Tesis (Licenciado/a en Enfermería). Valparaíso, Chile. Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería y Obstetricia, 2005. 107 h.

ECHEVERRÍA S. Paola, FUENTEALBA D. Cristián, PIMENTEL V. Vladimir, RIVERA C. Dinia, VÁSQUEZ C. Claudia, VERGARA H. Danilo, YÁNEZ R. Claudia. “Satisfacción de necesidades en pacientes con algún grado de incapacidad a causa del

accidente cerebro vascular (ACV)” Tesis (Licenciado/a en Enfermería). Valparaíso, Chile. Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería y Obstetricia, 2000. 122 h.

SEQUEIRA D. Doris, NAVARRETE. Sofía, GONZÁLEZ. Cibeles, FUENTEALBA. Susana. “*Características familiares y de salud de ancianos postrados inscritos en los consultorios de Playa Ancha*” [en línea] <[http:// www.medwave.cl/ enfermería/ dic2003/4.act](http://www.medwave.cl/enfermería/dic2003/4.act)> [consulta: 7 de Octubre 2005].

COLEGIO DE ENFERMERAS. “*Los Enfermos Terminales no están solos*” [en línea] <<http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/addom.pdf>> [consulta: 10 de Octubre 2005].

MINISTERIO DE SALUD. Subsecretaria de Redes Asistenciales División de Gestión de Red Asistencial “*Orientaciones para la Programación en Red 2007*” [en línea] Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2007. pp. 1 – 44. <www.minsal.cl>. [consulta: 05 de Enero del 2007].

DR. MARÍN, Pedro. “*Fragilidad en el Adulto Mayor y valoración geriátrica integral*”. Boletín de la Escuela de Medicina de la PUC, Vol. 29, N° 1 – 2, 2000.

DR. MARDONES, Juan y otros. “*La seguridad social en salud y la tercera edad*”. Boletín de la Escuela de Medicina de la PUC, Vol. 29, N° 1 – 2, 2000.

JARAMILLO R.,A., ROJAS P.,A., SOTO O.,B., 2000. Acercando la atención a los más necesitados. En: *VIII Jornadas Nacionales de estudiantes de Enfermería*, Agosto 2000. Valparaíso, Universidad de Santiago de Chile.

ORB, A y SANTIAGOS, A. “*Breve reseña de la Enfermería domiciliaria: Una perspectiva de la atención privada*”. Revista chilena Ciencia y Enfermería XI (1): 9-15, 2005.

APÉNDICES (ANEXOS)

Anexo N° 1

“Enfermedades más frecuentes en los pacientes del Estudio”

Hipertensión Arterial (HTA)

- **Definición**

Se define como una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y una presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg. Entre más elevada sea la presión, ya sea la sistólica o la diastólica, mayor es el riesgo cardiovascular. La HTA, puede ser peligrosa a extremos de comprometer la vida cuando es de instalación brusca y rápida (no da tiempo para la generación de procesos adaptativos) que puede generar daños irreparables y mortales en los órganos como corazón, cerebro, riñón y retina.

Existen dos tipos:

- **Primaria:** Cuando la causa de HTA no se puede identificar. Es la de mayor incidencia en la población.
- **Secundaria:** Cuando la causa de HTA posee una causa identificada.

- **Consideraciones Gerontológicas**

Los cambios estructurales y funcionales del corazón y los vasos sanguíneos contribuyen a los incrementos de presión arterial que ocurren con la edad. Estos cambios incluyen acumulación de placas de ateromas, fragmentación de la elastina arterial, aumento de los depósitos de colágeno y vasodilatación deficiente. El resultado de tales cambios es una menor elasticidad de los principales vasos sanguíneos. En consecuencia, la aorta y las arterias principales son menos capaces de adaptarse al volumen de sangre bombeada por el corazón; la energía que debiera distender esos vasos eleva la presión sistólica, lo cual es común en adultos de edad avanzada.

- **Complicaciones de la HTA**

“Complicaciones de la Hipertensión Arterial”

Órgano	Complicación Indirecta por Ateromatosis	Complicación Directa por HTA
<i>Corazón</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Angina de Pecho. - Infarto al Miocardio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertrofia Ventricular Izquierda. - Insuficiencia Cardíaca.
<i>Cerebro</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Crisis Isquémica Transitoria. - Trombosis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia Cerebral y Subaracnoidea. - Infarto Lacunar. - Encefalopatía Hipertensiva.
<i>Riñón</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Estenosis Arterial Renal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nefroesclerosis.
<i>Ojos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Émbolo de Colesterol. 	<ul style="list-style-type: none"> - Retinopatía Hipertensiva.
<i>Arterias</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Oclusión Aórtica o de sus ramas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disección Aórtica.

Como se observa en la Tabla N°, la HTA es una patología que puede causar diversas complicaciones en los órganos nobles del organismo. Los pacientes que presentan esta enfermedad tienen elevado riesgo de desarrollar alguna otra patología en el sistema cardiovascular que lo pueda llevar a la muerte, o en el caso de no morir, quedar con graves secuelas que comprometan su calidad de vida y en consecuencia, con alta probabilidad de mantenerse en estado de discapacidad que le impida realizar actividades orientadas al autocuidado.

Accidente Cerebro Vascular (ACV)

- **Definición**

Es la pérdida repentina de la función cerebral que resulta de la interrupción del suministro sanguíneo a una parte del cerebro. Los ACV pueden dividirse en dos categorías principales: No hemorrágicas y hemorrágicas. Las primeras se dividen en trombosis, embolia cerebral o isquemia. Las segundas consisten en sangrado en el cerebro. En cualquier tipo de ACV, el resultado es la interrupción del suministro de sangre al encéfalo, lo que causa pérdida permanente o temporal de movimiento, pensamiento, memoria, habla o sensación.

Las manifestaciones clínicas dependen de la localización de la lesión, el tamaño del área de perfusión inadecuada y la cantidad de flujo sanguíneo colateral.

- **Secuela de un ACV**

- *Pérdida Motora*: Existe una pérdida del control voluntarios sobre los movimientos motores. La disfunción motora más frecuente es la hemiplejía (parálisis de la mitad del cuerpo) al igual que la hemiparesia (debilidad de la mitad del cuerpo), el cual también constituye un signo común.

- *Pérdida de la Comunicación*: Existe una pérdida del lenguaje y la comunicación. Esta enfermedad es la causa más común de afasia. La disfunción del lenguaje y la comunicación se pueden manifestar en forma de: disartria, afasia y/o apraxia.

- *Alteraciones de la Percepción*: Puede existir disfunción para la percepción visual, trastornos de la relación visual-espacial y pérdida sensorial.

- *Trastornos Cognoscitivos y Efectos Psicológicos*: Si el daño afecta el lóbulo frontal puede existir disfunción de la capacidad de aprendizaje, memoria y otras funciones intelectuales que corresponden a centros superiores de la corteza. Las manifestaciones comunes de estas disfunciones se reflejan en dificultades para la comprensión, amnesia y falta de motivación.

Las secuelas ocasionadas por un ACV tienen un gran impacto sobre la calidad de vida de los afectados, ya que producen deterioros motores, sensoriales y alteraciones en la comunicación. Estas van limitando poco a poco a las personas, quienes pierden progresivamente la funcionalidad en las distintas áreas mencionadas y disminuye sus capacidades, sobretodo cuando se trata de Adultos Mayores que tienen menores niveles de recuperación que un Adulto Joven y aún más cuando estas secuelas no son bien tratadas.

Artrosis

- **Definición**

Término que describe un grupo de condiciones que afecta a las articulaciones sinoviales, las cuales se caracterizan por pérdida del cartílago articular con un sobrecrecimiento y remodelación del hueso subyacente. Afecta principalmente las articulaciones periféricas y la columna.

Alrededor del 10% de los adultos presenta Artrosis moderada o grave aumentando su incidencia con la edad. Es considerada la enfermedad reumatológica más común y la principal causante de incapacidad o invalidez de todas las enfermedades crónicas.

La artrosis como cualquier otra enfermedad de desgaste, es progresiva, pero evoluciona lentamente y con manejo adecuado se puede retardar su progresión para evitar complicaciones.

- **Complicaciones**

En la Artrosis es posible identificar los siguientes signos y síntomas:

- *Dolor*: Es el síntoma que más preocupa al paciente. El dolor aparece o aumenta con la actividad o ejercicio y disminuye o desaparece con el reposo, no existiendo una concordancia relacionada con la gravedad de la enfermedad.
- *Rigidez*: Es una sensación de dificultad para la realización de un movimiento, que aparece tras un reposo más o menos prolongado (al levantarse de la cama o de una silla). Suele mejorar a los pocos minutos tras movilizar las articulaciones.
- *Deformación*: Las lesiones artrósicas aparecen en estadios avanzados de la enfermedad.
- *Chasquido o Crepitación*: Crujido de la articulación. Estos chasquidos son la expresión de las lesiones artrósicas.
- *Pérdida de la Movilidad*: Aparece en etapas avanzadas de la enfermedad, afectando principalmente las caderas o las rodillas.

Estas alteraciones producidas en las distintas articulaciones, sumado al intenso dolor que puede llegar a sentir una persona con Artrosis, van disminuyendo la actividad física para no sentir esta molestia, sin embargo, como consecuencia negativa se produce una disminución de la funcionalidad especialmente en Adultos Mayores que producto de esta enfermedad dejan de realizar sus actividades de la vida diaria con el riesgo inminente de llegar a la postración.

Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)

- **Definición**

Grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre ocasionados por defectos en la secreción y/o acción de la insulina.

- **Consideraciones Gerontológicas**

La hiperglicemia al parecer guarda relación con la edad. Aparece en el quinto decenio de la vida y aumenta en frecuencia a medida que la persona envejece. Otros factores que inciden son una dieta deficiente, inactividad física, disminución de la masa corporal y de los tejidos magros en que suelen almacenarse los carbohidratos ingeridos, alteración en la secreción de insulina y resistencia a esta hormona.

- **Complicaciones**

Un estado hiperglicémico puede ocasionar complicaciones metabólicas agudas como la cetoacidosis diabética y el estado hiperglicémico hiperosmolar no cetótico. Ambos requieren tratamiento de urgencia para estabilizar al organismo. Los efectos a largo plazo pueden llevar a complicaciones macrovasculares (arteriopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica), complicaciones microvasculares crónicas (enfermedades renales y oculares) y complicaciones neuropáticas (enfermedades nerviosas).

Más allá que una descompensación glicémica, la Diabetes Mellitus produce un deterioro progresivo de los diferentes sistemas corporales, los cuales en un inicio pasan casi desapercibidos, pero al transcurrir el tiempo se manifiestan a través de las distintas complicaciones mencionadas. Esta enfermedad constituye un riesgo cardiovascular en sí misma, que sumada a otras patologías como HTA y a los cambios propios de la edad, van alterando los niveles de funcionalidad del Adulto, quien ya tiene comprometido su organismo producto del envejecimiento sumado a una patología. Esto incide

directamente en su calidad de vida, requiriendo en muchas ocasiones de un tercero para satisfacer sus necesidades básicas y mantenerse compensado.

Fractura de Cadera

- **Definición**

La fractura de cadera es una interrupción de la continuidad del extremo superior del fémur (epífisis proximal). Se puede romper tanto dentro, como fuera de la articulación con los huesos ilíacos. Cabe señalar, que estas articulaciones soportan todo el peso del resto del organismo, por lo tanto son el apoyo imprescindible para poder caminar.

- **Consideraciones Gerontológicas**

Ocurre en general en personas ancianas, pues sus huesos son frágiles por la osteoporosis (en particular en las mujeres). La debilidad muscular, la fragilidad general debida a la edad, los trastornos que producen disminución de la perfusión cerebral (ictus transitorios) y los efectos de fármacos contribuyen a la frecuencia de las caídas, los cuales son causa común que conlleva a este tipo de lesión. Los ancianos se caen por muchas causas, desde las alteraciones para caminar, la visión defectuosa, la falta de equilibrio, etc. hasta los accidentes producto de barreras arquitectónicas como las escaleras sin pasamanos y sin antideslizantes, los desniveles de la acera, la falta de iluminación nocturna para concurrir al servicio higiénico, etc. Una de las principales diferencias de los ancianos respecto de los más jóvenes, es que basta una pequeña cantidad de energía para que, en el contexto de un hueso poco resistente, se produzca la fractura. Hay que subrayar que toda fractura de cadera está considerada una lesión grave, por el tratamiento que comporta y las complicaciones inmediatas que aparecen en estos pacientes cuando no se operan de urgencia y se dejan de tomar las medidas necesarias.

- **Complicaciones**

La fractura de cadera es una lesión que puede tardar meses en recuperarse y la primera consecuencia que tiene es una disminución importante de la movilidad. Por este motivo las personas que sufren de este accidente se ven obligadas a mantenerse encamados por algunas semanas para luego poco a poco iniciar la deambulaci3n. La tensi3n y la inmovilidad relacionadas con el traumatismo predisponen a las personas de edad a neumonía, sepsis, infecci3n urinaria y tambi3n de la herida, y las úlceras o escaras, adem3s de que reducen la capacidad de afrontamiento de otros problemas de salud. Todo esto, sumado a la disminuci3n de la tonicidad y emaciaci3n muscular, determinan un aumento de la fragilidad en el Adulto Mayor lo cual sin un tratamiento y terapia adecuados lo pueden llevar a un estado de discapacidad severa o postraci3n.

Anexo Nº 2

1. Reforma de Salud en Chile¹

La Reforma de Salud, en su definición opta por un Modelo de atención integral que promueva y facilita la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales integrantes de diversos sistemas sociales tales como familia, trabajo, comunidad, etc., en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Esta surge en respuesta a:

- Escasa adecuación al cambio epidemiológico y demográfico.
- Diferencias en cobertura y acceso.
- Problemas en la calidad de la atención.
- Acciones poco efectivas innecesarias o perjudiciales.
- Intervenciones tardías.
- Insatisfacción de los usuarios y del personal.
- Un modelo atención centrado en lo curativo que excluye al paciente de su familia.

– Objetivos de la Reforma de Salud

- Favorecer la integración de los subsistemas público y privado.
- Mejorar el acceso a la salud de los grupos más desfavorecidos de la población.
- Adecuar el modelo de atención y los servicios de salud ofrecidos.
- Aumentar la seguridad y confianza de las personas con el sistema de salud.

- Modernizar la organización y gestión del sector público.

El modelo de atención tiene como objetivo central la búsqueda de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, anticipatorio al daño.

Un eje fundamental para este último propósito lo constituye la Atención Primaria en Salud, pero se debe tener en cuenta que existe un gran número de usuarios que no pueden acceder a los distintos Centros de Salud por la disminución de su funcionalidad o por las dificultades de acceso a estos recintos asistenciales.

Este hecho planteó como solución por parte del Ministerio de Salud la creación del Programa de Atención Domiciliaria, que en base a las razones que llevaron a implementar una reforma en salud, permite, a través de esta instancia, incorporar a la familia en el cuidado de los pacientes.

2. Programa de Atención Domiciliaria²

Es “el conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en el domicilio, para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación de discapacidad severa física y/o síquica, reversible o irreversible, con dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (levantarse, lavarse, comer, controlar esfínteres, alimentarse y deambular al interior del hogar), entendiéndose que el nivel de complejidad de los problemas a resolver no requiere la hospitalización ni la institucionalización del sujeto y que cuenta con una red de apoyo”.

2.1 Norma de Cuidados Domiciliarios de Personas que sufren de Discapacidad Severa (Julio 2006)

Para proporcionar una correcta atención de salud en el domicilio de las personas, se crea en Julio del año 2006, la “Norma de Cuidados Domiciliarios de Personas que sufren de Discapacidad Severa”, la cual pretende regular y aunar criterios de atención y fijar metas a obtener del programa, para cumplir principalmente con las expectativas y exigencias de los distintos usuarios de cada uno de los CESFAM del país.

- Fundamentación

Chile no es una excepción a las tendencias de envejecimiento poblacional. Nuestro país se encuentra en un proceso avanzado de transición demográfica, manifestado por un grupo etáreo de mayores de 60 años que cada vez tiene más peso relativo en el total de la población, alcanzando un 11,4% con 1.717.478 de personas y esperándose para el año 2025 que supere los tres millones. De este 11,4% destaca el grupo de personas mayores de 80 años, los que alcanzan el 14,7% con 250.840 personas.

- Epidemiología de la Discapacidad Severa

De acuerdo a estudios internacionales y a datos no publicados nacionales, la prevalencia de discapacidad severa o postración en población menor de 60 años es de un 0,3% y en la población mayor de 60 años es de 4%.

- La Familia Cuidadora

En Chile actualmente el cuidado de los Adultos Mayores dependientes recae en la familia, y la Política Nacional para el Adulto Mayor (Abril de 1996), afirma que parte importante de esta problemática, “debe ser resuelta por la propia comunidad y, muy especialmente, al interior de la familia, la cual debe ser ayudada en esta tarea por toda la sociedad”.

En un estudio realizado en Chile por Daisy Vidal y otros, y citado por Huenchán y Guzmán a cuidadores/as de personas que sufren Alzheimer en localidades rurales y urbanas, se encontró que los cuidadores/as en un 82,9% eran familiares, de estos un 74,3% eran hijos/as, 15,7% esposos/as y 2,9% hermanos; solo un 17,1% corresponde a otros cuidadores como ser personas remuneradas, amigos o vecinos. El 84,3% de los cuidadores son de sexo femenino y el promedio de tiempo de cuidado es de 7 años.

- **Definición de la Medida 6b**

Entre las 36 medidas definidas por el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet a realizarse dentro de los primeros 100 días, está la medida 6b. Esta medida apunta a dar apoyo a personas que sufren de dependencia severa y son cuidados por su familia. Este cuidado muchas veces resulta un cuidado inadecuado y/o una presión agobiante para la familia.

- **Objetivos de la Medida 6b**

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.

- **Descripción de la Medida**

La medida se operacionaliza a través de:

1. Atención domiciliaria por el equipo de salud del CESFAM.
2. Capacitación y apoyo comunitario a la cuidadora.
3. Apoyo monetario a las personas postradas que califican como pobres o indigentes, según ficha CAS y son cuidados por sus familias. El estipendio, de \$20.000, es pagado a la familia cuidadora.

- **Definición de Persona Postrada**

Es aquella que requiere de apoyo, guía y supervisión total en las actividades de la vida diaria (según el índice de Katz):

- Bañarse.
- Vestirse.
- Usar inodoro.
- Trasladarse.
- Continencia de esfínter.
- Alimentarse.

- **Actividades del Equipo de Salud de Atención Primaria en Salud**

1. 1ª Visita domiciliaria por Enfermera/Enfermero para:

- a) Diagnosticar funcionalidad con el Índice de Katz.
- b) Aplicar ficha de ingreso y abrir tarjetón de seguimiento.
- c) Elaborar Plan de Cuidados para la Cuidadora.

2. Visita domiciliaria mensual del Técnico Paramédico para:

- a) Verificar cumplimiento de indicaciones.
- b) Verificar cumplimiento de criterios de continuidad del estipendio.
- c) Realizar procedimientos, que están indicados.
- d) Reforzar educación a Cuidadora.

3. Cuatro visitas anuales por Enfermera/Enfermero para:

- a) Evaluar ajustes del plan de Cuidados de la Cuidadora.
- b) Realizar procedimientos de Enfermería.
- c) Entrega de capacitación en el uso de ayudas técnicas: sillas de ruedas, colchón y cojín antiescaras.

4. Dos visitas domiciliarias anuales por Kinesiólogo para:
 - a) Diagnóstico e intervención de la movilidad y de la postura del paciente postrado.
 - b) Apoyo a la cuidadora en la prevención de enfermedades causadas por sobre esfuerzo físico.

5. Seis sesiones de capacitación para cuidadores por Enfermera/Enfermero:
 - a) Primera sesión de presentación y expectativas.
 - b) Segunda y terceras sesiones transmisión de conocimientos básicos, con apoyo de rotafolio.
 - c) Cuarta y quinta sesiones aprendizaje de procedimiento, con apoyo de video.
 - d) Sexta sesión cuidados del cuidador con apoyo del rotafolio.
 - e) Entrega de Cartilla.
 - f) Entrega de Certificado de Participación en el Curso.

6. Pago subsidios a aquellas familias que cumplan con los criterios de Inclusión biomédico y socioeconómico.

7. Incorporación de recursos comunitarios:
 - a) Voluntarios, monitores, ONGs u otros que puedan apoyar la creación de redes.

8. Gestión del programa:
 - a) La Enfermera/Enfermero ingresa a la persona Postrada a programa, abre una tarjeta de ingreso y seguimiento, la cual es incorporada al tarjetero “Bajo Control”.
 - b) La guía clínica define los criterios diagnósticos de la situación de persona postrada y cuidador para que el equipo elabore el plan de cuidados, definiendo concentración y rendimiento de los recursos humanos, los registros y el monitoreo.

- c) El equipo informará mensualmente al Municipio el cumplimiento de los criterios antes definidos para la continuidad del subsidio.
- d) El Municipio, una vez recibida la información por parte de los equipos de salud, de cumplimiento de los criterios de continuidad procederá a cancelar el subsidio.

3. Experiencia en España³

3.1 Valoración Integral en Atención Domiciliaria

Realizada en España, país que experimentó una transición demográfica con mayor antelación que nuestra nación, se instauró según el modelo biopsicosocial, la interacción de éstos tres elementos (biológico-psicológico y social), los cuales determinan el estado de salud del sujeto, que a su vez es mucho más amplio que la situación de ausencia de enfermedad. Al usar este modelo, también se debe incluir el entorno físico y humano (cuidador formal/informal) del paciente.

Este concepto es especialmente importante en las personas que sufren patologías tipo crónicas, en las cuales la valoración que se les realiza, serviría para intervenir desde un punto de vista de mejora del estado de salud en enfermedades que no cuentan con un tratamiento curativo.

A través de la valoración de las personas que necesitan de atención domiciliaria, se pretende objetivar los problemas de salud, además de planificar las intervenciones para su mejora.

En España, para la valoración, se utiliza la Evaluación Geriátrica Cuádruple (EGC) o multidimensional que incorpora las expectativas de la persona y de la familia, respecto a los problemas existentes, su repercusión y sus soluciones, se realiza un modelo de atención centrado en el binomio paciente- familia.

Es una metodología diagnóstica desarrollada por los especialistas en geriatría, que pretende valorar sistemáticamente las distintas esferas del anciano, a fin de localizar problemas ocultos por los que generalmente no se consulta, por ejemplo: incontinencia urinaria.

La utilización de la ECG ha dado como resultado un descenso de la morbilidad y de los egresos hospitalarios.

3.2 Aspectos Éticos de la Atención Domiciliaria⁴

- *Desde el principio de No Maleficencia:*

Este principio tiene que ver con la obligación del profesional de “no hacer el mal al paciente” y, por lo tanto, el proponer llevar acciones indicadas no sólo en el ámbito de las pruebas diagnósticas o la intervención terapéutica y el daño físico que pueda producirse, sino también al emocional, al paciente y a la familia. Ejemplos del no cumplimiento de este principio más comunes:

- Las derivaciones al hospital (de un enfermo terminal) por impericia del profesional en los cuidados (paliativos).
- Las derivaciones complacientes ante la presión familiar.

- *Desde el principio de Justicia:*

Se entiende justicia como una distribución equitativa de las cargas y de los beneficios y una no discriminación de las personas por ninguna causa que tenga que ver con su condición social, sexual, de raza, etc. Es decir, la justicia tiene que ver con la igualdad de oportunidades.

La atención primaria, y por extensión la atención domiciliaria basadas en este principio, tienen mucho que ver con la distribución equitativa de los recursos, y con la accesibilidad a ellos, Aunque se es consciente de que puede ser injusto en zonas con alta

prevalencia de población anciana, el no tener recursos para realizarla en las condiciones esperadas. Ejemplo de este principio sería la responsabilidad de los profesionales en:

- Control de gastos.
- Distribución del tiempo asistencial
- Criterios de selección de pacientes/familias para visitas programadas.
- Elección de actividades que se desarrollan en el domicilio.

- Desde el principio de Autonomía:

Este principio obliga a considerar que todas las personas son, por principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces de tomar decisiones respecto a la aceptación o el rechazo de todo lo que afecte su proyecto vital.

En la atención domiciliaria se debe tener en cuenta que, cuando una persona concede acceso a su intimidad (hogar) voluntariamente, no está renunciando a un derecho, sino ejerciéndolo, y que la única razón que autoriza a acceder a esa intimidad, es poder diagnosticarle y tratarle con competencia profesional y sensibilidad humana.

No confundir la incapacidad del paciente para hacer con la capacidad para decidir.

- Desde el principio de Beneficencia:

Este principio obliga hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando al máximo los riesgos o perjuicios, pero teniendo siempre en cuenta lo que el afectado entienda por beneficioso. *No existe beneficencia sin autonomía*, juntos definen el máximo moral que cada uno se exige a sí mismo. De él derivan obligaciones positivas, no exigibles por coacción externa; cada uno decide el grado de implicación que quiere alcanzar en su cumplimiento.

Ejemplos en la atención domiciliaria:

- Implicarse en el bienestar global de los pacientes crónicos (no sólo en el sanitario).
- Facilitar el acceso al sistema a personas discapacitadas.
- Apoyar a la familia del enfermo más allá de la palmada en la espalda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ MINISTERIO DE SALUD. Subsecretaria de Redes Asistenciales División de Gestión de Red Asistencial “*Orientaciones para la Programación en Red 2007*” [en línea] Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2007. pp. 1 – 44. <www.minsal.cl>. [consulta: 05 de Enero del 2007].

² “*Norma de Cuidados Domiciliarios de personas que sufren Discapacidad Severa*”. Ministerio de Salud, Santiago, Chile, Julio de 2006. p.71.

³ BENITEZ DEL ROSARIO M. A.. “*Valoración Integral y Multidimensional en Atención Domiciliaria*”. En: CONTEL, JOANE S., GENE, JOAN B., PEYA, MARGARITA G. Atención Domiciliaria: Organización y Práctica. Barcelona, Springer, 1999. pp. 93 – 101.

⁴ BARBERO G., J. MOYA B., A.. “*Aspectos Éticos de la Atención Domiciliaria*”. En: CONTEL, JOANE S., GENE, JOAN B., PEYA, MARGARITA G. Atención Domiciliaria: Organización y Práctica. Barcelona, Springer, 1999. pp. 119 – 127.



Anexo N° 3



**“Instrumento de Valoración
Nivel de Conocimientos del Cuidador (NCC)”**

“Conocimientos del cuidador para satisfacer las necesidades básicas de los Adultos Mayores pertenecientes al Programa de Postrados y características personales de los cuidadores y pacientes del estudio. CESFAM Reina Isabel II, Valparaíso. Año 2006”.

Encuesta N°: _____

Fecha: _____

ITEM I: ANTECEDENTES DEL CUIDADOR

1.- SEXO:

- a) Masculino _____
- b) Femenino _____

2.- EDAD:

- a) < de 20 años _____
- b) Entre 20 y 40 años _____
- c) Entre 41 y 64 años _____
- d) > de 65 años _____

3.- ESCOLARIDAD

- a) Sin Escolaridad _____
- b) Básica Incompleta _____
- c) Básica Completa _____
- d) Media Incompleta _____
- e) Media Completa _____
- f) Superior o Técnica Incompleta _____
- g) Superior o Técnica Completa _____

4.- ¿QUÉ RELACION TIENE UD CON DON (ÑA) _____?

- a) Familiar _____
- b) Cuidador con pago _____
- c) Cuidador voluntario _____

5.- ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA CUIDANDO A DON (ÑA) _____?

- a) < de 6 meses _____
- b) De 6 a 11 meses _____
- c) De 1 a 5 años _____
- d) > de 5 años _____

6.- ¿QUIEN LE ENSEÑÓ A CUIDAR A DON (ÑA) _____?

- a) La Enfermera del CESFAM _____
- b) Un familiar _____
- c) Experiencias Anteriores _____
- d) Autoaprendizaje _____
- e) Otros Profesionales _____

ITEM II: ANTECEDENTES DEL PACIENTE

1.- SECTOR: _____ N° DE FICHA: _____

2.- SEXO:

- a) Masculino _____
- b) Femenino _____

3.- EDAD:

- a) Entre 65 y 75 años _____
- b) Entre 76 y 85 años _____
- c) > a 86 años _____

4.- PREVISION

- a) Indigente _____
- b) FONASA _____
- c) Isapre _____
- d) Sin previsión _____

4.1.- SI EN LA PREGUNTA ANTERIOR MARCO LA ALTERNATIVA b), ESPECIFICAR:

- a) A _____
- b) B _____
- c) C _____
- d) D _____

5.- ¿QUÉ ENFERMEDAD LLEVÓ A DON (ÑA) _____ A PERTENECER AL PROGRAMA
POSTRADO DEL CESFAM?:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| a) HTA _____ | l) Artrosis _____ |
| b) ACV _____ | m) Secuela accidente _____ |
| c) Parkinson _____ | n) Amputación _____ |
| d) Cardiopatía _____ | ñ) Demencia _____ |
| e) Epilepsia _____ | o) Enf. Respiratorias _____ |
| f) Alzheimer _____ | p) Insuficiencia cardiaca _____ |
| g) Ostomizado _____ | q) Cataratas _____ |
| h) Insuficiencia renal _____ | r) Hipotiroidismo _____ |
| i) Daño orgánico crónico _____ | s) Ceguera _____ |
| j) Cirrosis hepática _____ | t) Fractura de Cadera _____ |
| k) DM _____ | u) Otros _____ |

6.- ¿CUANTO TIEMPO DON (ÑA) _____ SE ENCUENTRA EN EL PROGRAMA POSTRADO?

- a) < de 6 meses _____
- b) De 6 a 11 meses _____
- c) De 1 a 5 años _____
- d) > de 5 años _____

ITEM III: SATISFACCION DE NECESIDADES

I. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN

1. ¿QUÉ CREE USTED QUE ES NECESARIO REALIZAR PARA QUE DON (ÑA) _____ RESPIRE BIEN?

- a) Lo coloca en posición semi sentado _____
 - b) Le realiza aseo de cavidades _____
 - c) Realiza ejercicios respiratorios _____
 - d) Ventila la habitación. _____
 - e) Mantiene el ambiente libre de contaminantes _____
 - f) Otros _____
-

2. ¿CÓMO SE DA CUENTA DE QUE DON (ÑA) _____ ESTÁ RESPIRANDO MAL?

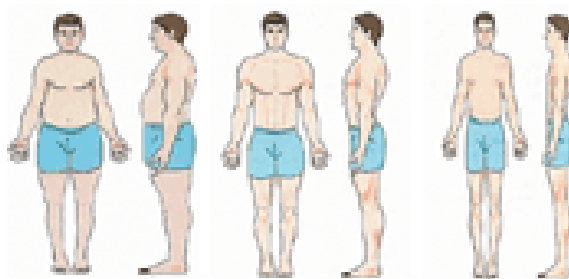
- a) Cuando presenta dificultad respiratoria (disnea) _____
 - b) Se da cuenta sólo cuando el Adulto Mayor lo verbaliza _____
 - c) Al observar un aumento de la frecuencia respiratoria _____
 - d) Al observar retracción de la musculatura respiratoria y de las costillas. _____
 - e) Otros _____
-

3. ¿QUÉ CREE UD. QUE ES NECESARIO HACER CUANDO DON (ÑA) _____ SUFRE ALGUNA CRISIS RESPIRATORIA?

- a) Acude o llama a un centro de salud. _____
 - b) Administra oxígeno por mascarilla o bigotera _____
 - c) Administra medicamentos prescritos (Nebulización) _____
 - d) Utiliza medicina natural o alternativa _____
 - e) Sienta al Adulto Mayor _____
 - f) Otros _____
-

II. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

1. ¿CUÁL CREE UD QUE ES LA CONTEXTURA ADECUADA QUE DEBIERA TENER DON (ÑA) _____?



- a) Ectomorfo _____
- b) Mesomorfo _____
- c) Endomorfo _____

2. ¿QUÉ ALIMENTOS CREE UD. QUE NECESITA SU DON (ÑA) _____ PARA ESTAR EN BUEN ESTADO NUTRICIONAL?

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| a) Pan: ___ /día | d) Legumbres: ___/sem. | f) Verduras: ___/día |
| b) Frutas: ___/día | e) Carnes Blancas: ___/sem. | g) Huevos: ___/sem. |
| c) Leche o derivados: ___/día | | |

3. ¿QUÈ COMIDAS CREE UD, QUE DON (ÑA) _____ DEBIERA CONSUMIR AL DÍA?

- | | |
|-------------|-----|
| a) Desayuno | ___ |
| b) Almuerzo | ___ |
| c) Once | ___ |
| d) Cena | ___ |
| e) Colación | ___ |
| f) Otros | ___ |
-

4. ¿QUÉ CANTIDAD DE ALIMENTO CREE UD. QUE DEBE DARLE A DON (ÑA)_____?

- | | |
|--------------|-----|
| a) Poco | ___ |
| b) Moderado | ___ |
| c) Abundante | ___ |

5. ¿CADA CUANTAS HORAS CREE UD. QUE DEBIERA CONSUMIR ALIMENTOS DON (ÑA)_____?

- | | |
|-----------------|-----|
| a) Cada 2 horas | ___ |
| b) Cada 4 horas | ___ |
| c) Cada 6 horas | ___ |
| d) Otros | ___ |

6. ¿UTILIZA EL COMPLEMENTO ALIMENTARIO CREMA AÑOS DORADOS?

- | | |
|-------|-----|
| a) Sí | ___ |
| b) No | ___ |

7. SI SU RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA CREE UD. QUE DEBIESE COMER DON (ÑA) _____?

- | | |
|-------------------|-----|
| a) 1 vez al día | ___ |
| b) 2 veces al día | ___ |
| c) 3 veces al día | ___ |
| d) 4 veces al día | ___ |
| e) Otros | ___ |

8. ¿CUÁNTO LÍQUIDO CREE UD. QUE DEBERÍA CONSUMIR DON (ÑA) _____ AL DÍA?

- a) Menos de 1 litro —
- b) 1 litro —
- c) 2 litros —
- d) 3 litros —
- e) Más de 3 litros —
- f) Otros —

9. ¿CREE UD. QUE EL CONSUMO DE SAL ES NECESARIO EN TODAS LAS COMIDAS?

- a) Sí —
- b) No —

III. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN (SI EL PACIENTE USA PAÑALES VER INSTRUCTIVO)

1. ¿QUE COLOR CONSIDERA UD. QUE ES NORMAL EN LA ORINA DE DON (ÑA) _____? CUANDO ES:

- a) Transparente —
- b) Oscura —
- c) Turbia —

2. ¿QUE OLOR CONSIDERA UD. QUE ES NORMAL EN LA ORINA DE DON (ÑA) _____? CUANDO ES:

- a) Fuerte —
- b) Suave —
- c) Sin olor —

3. ¿CUÁNTA CANTIDAD CONSIDERA NORMAL QUE ORINE DON (ÑA) _____?

- a) Menor a 500cc/día —
- b) 501 - 1000cc/día —
- c) 1001 a 1500cc/día —
- d) 1501 a 2000cc/día —
- e) Más de 2001cc/día —

4. ¿CON QUE FRECUENCIA CONSIDERA NORMAL QUE ORINE DON (ÑA) _____?

- a) 2 veces por día —
- b) 3-4 veces por día —
- c) 5-6 veces por día —
- d) 7-8 veces por día —
- e) 9-10 veces por día —

5. ¿CÓMO CONSIDERA QUE ES NORMAL EL COLOR DE LAS DEPOSICIONES DON (ÑA) _____?

- a) Color café _____
- b) Color blanco _____
- c) Color negro _____
- d) Color amarillo _____

6. ¿CON QUÉ FRECUENCIA CREE UD QUE DEBE ELIMINAR DEPOSICIONES DON (ÑA) _____?

- a) Mas de 3 veces en el día _____
- b) Entre 1 a tres veces al día _____
- c) Todos los días _____
- d) Día por medio _____
- e) Cada 3 días o más _____

7. ¿QUÉ MEDIDAS CREE UD. QUE SE DEBEN RELIZAR PARA PREVENIR LA ESTITIQUEZ (ESTREÑIMIENTO) DON (ÑA) _____?

- a) Evitar dar alimentación que produzca estitiquez _____
 - b) Dar alimentos con fibra y abundante liquido _____
 - c) Fomentar la actividad en el Adulto Mayor _____
 - d) Utilizar productos de medicina natural o alternativa _____
 - e) Nada _____
 - f) Otros _____
-

8. ¿QUÉ MEDIDAS CREE UD. QUE SE DEBEN REALIZAR SI DON (ÑA) _____ TIENEN ESTREÑIMIENTO?

- a) Uso de laxantes o enemas bajo indicación medica _____
 - b) Uso de laxantes o enemas sin indicación médica _____
 - c) Extracción manual de fecas _____
 - d) Aumento del consumo de agua y fibras _____
 - e) Nada _____
 - f) Otros _____
-

9. ¿QUÉ MEDIDAS CREE UD QUE SE DEBEN HACER SI DON (ÑA) _____ TIENE DIARREA?

- a) Uso de medicamentos, bajo indicación medica _____
 - b) Uso de medicamentos, sin indicación _____
 - c) Evitar dar alimentación que produzca diarrea _____
 - d) Utiliza productos de medicina natural o alternativa. _____
 - e) Llevarlo a un centro de salud _____
 - f) Otros _____
-

IV. NECESIDAD DE MOVIMIENTO

1. ¿QUÉ CREE UD QUE ES NECESARIO REALIZAR PARA QUE DON (ÑA) _____ MANTENGA BUENA MOVILIDAD DE SUS EXTREMIDADES Y DE SU CUERPO?

- a) Ejercicios pasivos _____
- b) Ejercicios activos _____
- c) Ayudar a la deambulaci3n _____
- d) Nada, no lo considera necesario _____
- e) Nada, ya que el Adulto Mayor se moviliza solo/a _____

2. ¿QUÉ CREE UD. QUE ES NECESARIO HACER PARA QUE DON (ÑA) _____ NO PRESENTE CONTRACTURAS?

- a) Cambio de posici3n _____
 - b) Realiza masajes _____
 - c) Uso de medicamentos _____
 - d) No hace nada _____
 - e) Otros _____
-

V. NECESIDAD DE HIGIENE CORPORAL

1. ¿QUÉ CREE UD. QUE DEBIERA HACER PARA MANTENER A DON (ÑA) _____ CON UNA BUENA HIGIENE?

- a) Aseo parcial a diario _____
 - b) Aseo de cavidades despu3s de cada comida _____
 - c) Realiza ba3o completo una vez por semana _____
 - d) Otros _____
-

2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA CREE UD QUE DEBE REALIZAR EL BAÑO A DON (ÑA) _____?

- a) Una vez al d3a y SOS _____
- b) 2 veces al d3a y SOS _____
- c) Una vez por semana _____
- d) 2 veces por semana _____
- e) SOS _____

3. ¿QUÉ CREE UD. QUE ES NECESARIO HACER PARA MANTENER LA PIEL DE DON (ÑA) _____ EN BUEN ESTADO?

- a) Lubricar la piel:
 - 1) No _____
 - 2) S3lo cuando cree necesario _____
 - 3) Habitualmente, bajo horario programado _____
- b) Realiza masajes:
 - 1) No _____
 - 2) S3lo cuando cree necesario _____
 - 3) Habitualmente, bajo horario programado _____

- c) Utiliza:
- 1) Crema —
 - 2) Alcohol —
 - 3) Colonia —
 - 4) Nada —
 - 5) Otros —

4. ¿QUÉ CREE UD. QUE SE DEBIERA HACER PARA PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (ESCARAS) EN DON (ÑA) _____?

- a) Utiliza colchón antiescaras —
 - b) Acojina zonas de apoyo —
 - c) Nada, pues el Adulto Mayor se moviliza solo/a —
 - d) Nada, pues no lo considera necesario —
 - e) Realiza cambios de posición —
 - f) Cama limpia sin arrugas —
 - g) Otros —
-

5. ¿CON QUÉ FRECUENCIA CREE UD QUE DEBIERA HACER LOS CAMBIOS DE POSICIÓN EN DON (ÑA) _____?

- a) Menor a 2 horas —
- b) Entre 2 y 4 horas —
- c) Mayor a 4 horas —
- d) Cuando se acuerda o cree necesario —
- e) Nunca —

6. ¿EN EL CASO DE QUE SU PACIENTE PRESENTE ENROJECIMIENTO EN LAS ZONAS DE APOYO ¿QUÉ HARÍA UD. PARA EVITAR QUE ESTA SITUACIÓN EMPEORE?

- a) Hacer masajes —
 - b) Cambiar de posición —
 - c) Nada, no lo considera importante. —
 - d) Nada, pues el Adulto Mayor se moviliza solo/a —
 - e) Otros —
-

VI. NECESIDAD DE EVITAR PELIGRO

1. ¿QUÉ CREE UD. QUE ES NECESARIO REALIZAR PARA DISMINUIR EL DOLOR DE DON (ÑA) _____?

- a) Administrar medicamentos preescritos —
 - b) Administrar medicamentos sin prescripción —
 - c) Llevar o llamar a un centro de salud —
 - d) Uso de medicina natural o alternativa —
 - e) No hace nada —
 - f) Otros —
-

2. ¿QUÉ CREE USTED QUE DEBIESE HACER PARA PREVENIR LAS CAÍDAS DE DON (ÑA) _____ ?

- a) Contener extremidades _____
- b) Uso de barandas _____
- c) Uso de bastón u otro dispositivo _____
- d) Mantener entorno con buena iluminación _____
- e) Mantener superficies (suelo) sin desniveles _____
- f) Nada _____

3. ¿DON (ÑA) _____ TOMA MEDICAMENTOS?

- a) Sí _____
- b) No _____

4. ¿CREE UD. QUE ES NECESARIO DAR LOS MEDICAMENTOS A DON (ÑA) _____ EN LAS DOSIS INDICADAS POR MEDICO O ENFERMERA?

- a) Sí _____
- B) No _____

5. ¿CREE UD. QUE NECESARIO DAR A DON (ÑA) _____ LOS MEDICAMENTOS EN LOS HORARIOS INDICADOS POR MEDICO O ENFERMERA?

- a) Sí _____
- b) No _____

6. ¿SABE PARA QUÉ SIRVEN LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA DON (ÑA) _____ ?

- a) Sí _____
- b) No _____
- c) Algunos _____

VII. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

1. ¿CONSIDERA USTED QUE LA COMUNICACIÓN CON DON (ÑA) _____ ES IMPORTANTE?

- a) Sí _____
- b) No _____

2. ¿CÓMO CREE USTED QUE SE PUEDE COMUNICAR CON DON (ÑA) _____ DE MEJOR MANERA?

- a) Verbalmente _____
- b) Contacto Visual _____
- c) Contacto físico _____
- d) Gestos o señas _____
- e) Otros _____

3.- ¿CONSIDERA USTED QUE ES NECESARIA LA ENTREGA DE CARIÑO Y AFECTO HACIA DON (ÑA) _____ ?

- a) Sí _____
- b) No _____

Anexo N° 4

“Instructivo para la Aplicación del Instrumento”

“Conocimientos del cuidador para satisfacer las necesidades básicas de los Adultos Mayores pertenecientes al Programa de Postrados y características personales de los cuidadores y pacientes del estudio. CESFAM Reina Isabel II, Valparaíso. Año 2006”.

PROPÓSITO:

El presente instrumento pretende recabar información sobre los conocimientos que tienen los cuidadores principales de los pacientes pertenecientes al Programa de Postrados del CESFAM Reina Isabel II y las características personales del cuidador y paciente del estudio, en el año 2006.

RECOMENDACIONES:

- Marque sólo con “x” la o las alternativas correctas y especifique cuando se trate de “otros”
- Utilice lápiz pasta negro o azul para responder las preguntas.
- Entrevistar en un ambiente tranquilo y libre de distracciones.

ASPECTOS GENERALES:

- El instrumento será aplicado sólo por los alumnos tesistas.
- La entrevista se realizara en el domicilio del paciente preferentemente en horarios 09:00 – 12:00 y de 14:30 a 17:30 horas.
- Se entrevistará sólo al cuidador principal del adulto mayor.
- Cada entrevista tendrá una duración de 40 minutos como máximo aproximado.

ASPECTOS ESPECÍFICOS:

- Los tesistas se presentarán en el domicilio vestidos con delantal blanco y piocha identificatoria, explicando las razones y objetivos de estudio.
- Se entregará para la lectura el consentimiento informado, el cual debe ser firmado por el cuidador, previo a la aplicación del instrumento.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Ejercicios activos : ejercicios en los cuales el paciente coopera en su realización (uso fuerza).

Ejercicios pasivos	: ejercicios en los cuales el adulto mayor no es capaz de cooperar, y por lo tanto es realizado totalmente por el cuidador.
Aseo parcial	: incluye aseo de cavidades, lavado de manos y genital.
Aseo de cavidades	: es la limpieza de los ojos, oídos, nariz y cavidad bucal.
Contención de extremidades	: sujeción física de extremidades a una superficie fija, con fines de prevención de caídas.
Ambiente libre de contaminantes	: Se refiere a mantener la habitación donde se encuentra el paciente libre del humo del cigarrillo y en general de partículas tóxicas en suspensión.

INSTRUCCIONES DE CADA PREGUNTA.

ITEM I: ANTECEDENTES DEL CUIDADOR.

Preguntas N°:

4. Familiar : Persona con lazo de consanguinidad con el paciente.
- Cuidador con Pago : Persona familiar o no a la que se le brinda remuneración con el cuidado brindado.
- Cuidador Voluntario : Persona no familiar que brinda cuidados por voluntad propia y que no recibe remuneración.
5. Se refiere a cuanto tiempo lleva cuidando al adulto mayor.
6. Se refiere a como obtuvo los principales conocimientos sobre el cuidado del Adulto Mayor. Puede marcar una o más alternativas.

ITEM II: ANTECEDENTES DEL PACIENTE.

Preguntas N°:

1. Se refiere al sector al que pertenece y el N° de ficha inscrito en el CESFAM.
4. Se refiere a la cobertura de atención de salud que posee el paciente.
- 4.1. Se refiere a especificar al grupo beneficiario de FONASA al que pertenece.
5. Se refiere a las patologías invalidantes (enfermedad que incapacita para realizar el autocuidado) que desencadenaron su ingreso al Programa de Postrados del CESFAM Reina Isabel II.

ITEM III: SATISFACCION DE NECESIDADES.

I. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN

1. Se consideran correctas todas las alternativas, no pudiendo faltar las alternativas a), b) y d)
2. Se refiere a cómo identifica el cuidador cuando el paciente presenta problemas respiratorios.
3. Se refiere a las acciones que realiza el cuidador cuando el paciente ya presenta o ha presentado alguna vez una crisis respiratoria. Se considera correcta cuando se contesta al menos la alternativa e).

II. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

1. En esta pregunta se le presentaran al cuidador 3 dibujos de distintas texturas (mesomorfo, endomorfo, ectomorfo según Sheldon) El cuidador debe elegir sólo una. Se considera correcta la textura mesomorfa.
2. Se considerará como correcta cuando existe concordancia en al menos 4 del los alimentos recomendados para un Adulto Mayor según el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA):
 - 2 a 3 tazas de leche, yogurt o queso.
 - 2 presas de pescado fresco o en conserva, o pollo o pavo.
 - 1 huevo a la semana.
 - 2 platos de verduras crudas o cocidas diarios.
 - 2 a 3 frutas o jugos de frutas naturales diarios.
 - 1 ½ a 2 panes, de preferencia batidos (marraquetas) al día.
 - 6 a 8 vasos de agua al día.
 - 1 a 1 ½ tazas de legumbres cocidas dos veces por semana. El resto de los días puede comer arroz, fideos, sémola o papas cocidas en la misma cantidad.
3. Se considera correcta cuando existen durante el día 4 comidas principales y dos colaciones, para el estudio se considerará como correcto cuando el Adulto Mayor come 3 comidas principales como mínimo durante el día.
4. Se considerará como correcto una cantidad de alimento moderada.

- Poco : cuando la cantidad de alimento está por debajo de la línea del plato hondo o es menor a lo servido en una taza de 200cc.
- Moderado : cuando la cantidad de alimento se sirve en la línea del plato hondo; o en una taza de 200cc.
- Abundante : cuando la cantidad de alimento sobrepasa la línea del plato hondo o cuando es más de una taza de 200cc.

5. Se considera correcta la pregunta cuando se consume alimentos cada 4 horas excluyendo a los pacientes Diabéticos, para los que se considera correcta la alimentación cada 2 horas.
6. Se refiere a que si el Adulto Mayor utiliza como complemento alimentario alimentos entregados por el CESFAM, específicamente el complemento “Años Dorados”
7. Se considera correcta la alternativa b)
8. Se considera correcta cuando se contesta la alternativa b) o c).
9. Se considera correcta la respuesta No.

III. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

En caso de que el paciente utilice pañales los datos como: color, olor, frecuencia y cantidad de orina serán estimados por cada cuidador. El Tesista puede intervenir para aclarar dudas, sin orientar hacia la respuesta correcta.

1. Se considera correcta la alternativa a).
2. Se considera correcta la alternativa b) o c).
3. Se considera correcta la alternativa b), c), d).
4. Se consideran normales las alternativas c), d) y e).
5. Se considera normal la alternativa a) y c)
6. Se consideran normales las alternativas b), c) o d).
7. Se considera como correcta cuando al menos se contesta la alternativa a) y b).
8. Se considera como correcta cuando al menos se responde la alternativa a) o d).

9. Se considera como correcta cuando al menos se responde la alternativa a), c) y e)

IV. NECESIDAD DE MOVIMIENTO

1. Se consideran como correctas sólo las alternativas a), b) o c). Si contesta alternativa e) pasar a la siguiente necesidad.
2. Se considera correcta cuando al menos esta presenta la alternativa b). La alternativa d) se considera como incorrecta

V. NECESIDAD DE HIGIENE CORPORAL

1. Se considera como normal cuando al menos se contesta las alternativas a) y b).
2. Se considera correcta la alternativa c).
3. Se considera como correcto en:
Lubricar la piel : Habitualmente bajo horario programado.
Realiza masajes : Habitualmente bajo horario programado.
Utiliza : Se refiere a los productos que utiliza para lubricar la piel y hacer masajes, se consideran como correctos el uso de cremas u otros productos no irritantes ni macerantes como alcohol y colonias.
4. Se considera como correcta cuando esta presente a lo menos la alternativa b), d) y e). Si responde la alternativa c), pasar a la siguiente necesidad.
5. Se considera como correcta sólo cuando se contestan las alternativas a) y b)

VI. NECESIDAD DE EVITAR PELIGRO

1. Se considera correcto cuando al menos se contestan las alternativas a) y c).
2. Se considera correcta cuando al menos se contestan 2 de las alternativas, exceptuando la alternativa f).
3. Si se responde la alternativa b), pasar a la siguiente necesidad.
4. Se considera correcta cuando se contesta la alternativa a)
5. Se considera correcta cuando se contesta la alternativa a)
6. Se considera correcta cuando se contesta la alternativa a)

VII. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

1. Se considera correcta la alternativa a).

2. Se considera correcta, cuando se contestan al menos 2 de las alternativas.
3. Se considera correcta la alternativa a).

Anexo N° 5

“Consentimiento Informado”

En Valparaíso, el día _____ de Diciembre del 2006, Don (ña) _____ certifica haber recibido del alumno tesista de la Carrera de Enfermería todas las explicaciones sobre la naturaleza y fines de la entrevista a realizar.

El estudio se refiere a: Conocimientos del cuidador para satisfacer las necesidades básicas de pacientes adultos mayores pertenecientes al Programa de Postrados del CESFAM Reina Isabel II y características personales del cuidador y paciente en estudio, año 2006.

Se entiende que todos los datos vertidos serán en forma anónima, por lo tanto autorizo la ejecución de la entrevista y posterior análisis de la información.

Firma Cuidador Principal

Atentamente
Tesista de 4° Año
Carrera de Enfermería
Universidad de Valparaíso

“Anexo N° 6”
“Antecedentes de la Muestra”

1. Características de los Cuidadores de los Adultos Mayores pertenecientes al Programa de Postrados del estudio

Tabla N° 1: Sexo del Cuidador

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	6	10,0
Femenino	54	90,0
Total	60	100,0

Destaca el gran número de cuidadores de sexo femenino, representando un 90% del total de la muestra, mientras que sólo un 10% corresponde a cuidadores de sexo masculino.

Tabla N° 2: Edad del Cuidador

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20 años	1	1,7
Entre 20 y 40 años	3	5,0
Entre 41 y 64 años	36	60,0
Mayor a 65 años	20	33,3
Total	60	100,0

Poco más del 90% de los cuidadores es mayor de 40 años, siendo en su mayoría (60%) pertenecientes al rango de edad entre 41 y 64 años. También destaca que el 33,3% son Adultos Mayores.

Tabla N° 3: Escolaridad del Cuidador

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
--------------------	-------------------	-------------------

Sin Escolaridad	3	5,0
Básica Incompleta	15	25,0
Básica Completa	9	15,0
Media Incompleta	10	16,7
Media Completa	16	26,6
Superior o Técnica Incompleta	1	1,7
Superior o Técnica Completa	6	10,0
Total	60	100,0

Casi la mitad de los cuidadores tiene una escolaridad menor a 6 años, y si consideramos que la mayoría es mayor de 40 años, se dificulta el proceso de aprendizaje en ellos, al estar las creencias y costumbres para su diario vivir muy arraigadas.

Tabla N° 4: Relación de Parentesco del Cuidador con el Adulto Mayor

Relación	Frecuencia	Porcentaje
Familiar	56	93,3
Cuidador con Pago	3	5,0
Cuidador voluntario	1	1,7
Total	60	100,0

El 93,3% de los cuidadores son familiares, hecho que coincide con las estadísticas nacionales. Por otro lado, el 3% no tiene relación de parentesco con el Adulto Mayor y recibe remuneración por sus cuidados; mientras que sólo el 1,7% realiza cuidados sin tener relación alguna de parentesco y sin recibir remuneración por ello.

Tabla N° 5: Tiempo que lleva Cuidando al Adulto Mayor

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 meses	4	6,7

De 6 a 11 meses	1	1,7
De 1 a 5 años	20	33,3
Más de 5 años	35	58,3
Total	60	100,0

Más del 90% de los cuidadores lleva más de 1 año ejerciendo cuidados al Adulto Mayor a su cargo, lo que estaría dado por la relación de parentesco que tienen entre ellos, pues en un porcentaje cercano, como se mencionó anteriormente, son familiares.

Tabla N° 6: Fuente de Capacitación del Cuidador

Fuente	Frecuencia	Porcentaje
La Enfermera del CESFAM	9	15,0
Un Familiar	1	1,7
Experiencias anteriores con postrados	15	25,0
Autoaprendizaje	26	43,3
Otro profesional de salud	9	15,0
Total	60	100,0

La mayoría de los conocimientos adquiridos por los cuidadores ha sido de manera autodidacta (43,3%), un ¼ de ellos ha tenido experiencias anteriores con Adultos Mayores y el 30% ha sido educado por algún profesional de la salud. De estos últimos, un 15% fue instruida(o) por la Enfermera del CESFAM, mientras que la otra mitad lo fue por otro personal de la salud. Por último, sólo el 1,7% fue educado por algún familiar.

2. Características de los Adultos Mayores pertenecientes al Programa de Postrados del estudio

Tabla N° 7: Sexo del Paciente

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
------	------------	------------

Masculino	19	31,7
Femenino	41	68,3
Total	60	100,0

La muestra de Adultos Mayores está constituida en un 68.3% por población femenina y un 31.7% por población masculina.

Tabla N° 8: Edad del Paciente

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Entre 65 y 75 años	10	16,7
entre 76 y 85 años	28	46,6
> a 86 años	22	36,7
Total	60	100,0

El mayor porcentaje de los Adultos Mayores se concentra en el rango de edad correspondiente al grupo de 76 a 85 años, con un 46,7% del total de la muestra. Por otro lado, el 36,7% son mayores a 86 años y el 16,7% fluctúa entre los 65 y 75 años.

Tabla N° 9: Previsión del Paciente

Previsión	Frecuencia	Porcentaje
FONASA	56	93,3
Sin Previsión	4	6,7
Total	60	100,0

Tabla N° 10: Letra de Previsión FONASA

Letra	Frecuencia	Porcentaje
FONASA A	21	35,0
FONASA B	27	45,0
FONASA C	5	8,3
FONASA D	3	5,0
Total	56	93,3

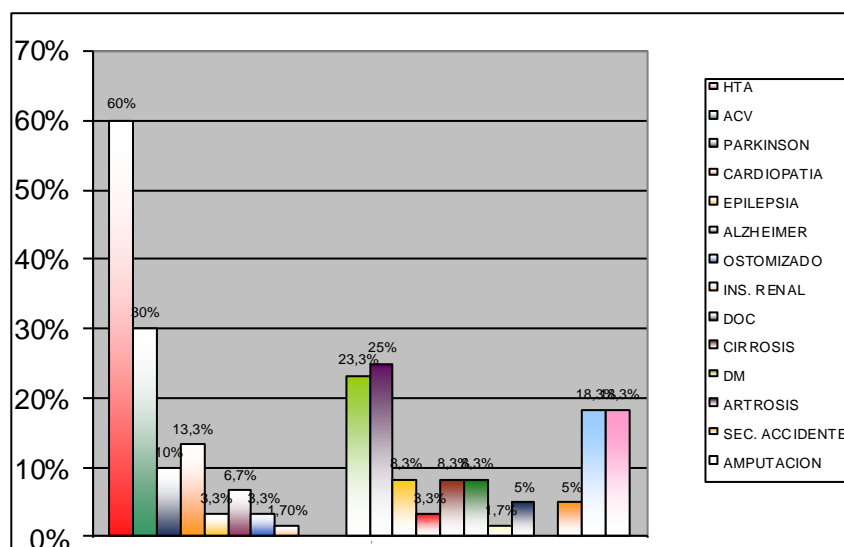
El mayor porcentaje (93,3%) de los Adultos Mayores tiene previsión FONASA, de los cuales, el 80% tiene letras A o B y el resto no posee Previsión. Esto da cuenta de que las condiciones económicas en que viven estos Adultos Mayores no es la más idónea para cubrir todas sus necesidades básicas, dependiendo casi en absoluto de la cobertura que el sistema público les puede garantizar.

Tabla N° 11: Tiempo de permanencia en el Programa de Postrados

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 meses	13	21,7
De 6 a 11 meses	8	13,3
De 1 año a 5 años	24	40,0
Más de 5 años	15	25,0
Total	60	100,0

1/3 de los Adultos Mayores están inscritos en el “Programa de Postrados” por más de 1 año, hecho que constituye un aliciente para el personal de salud, y sobretodo, para el profesional de Enfermería, de potenciar el desarrollo de este Programa implementando a diario nuevas estrategias que les permitan otorgar, no tan solo a ellos, sino también a los cuidadores, sólidas bases con las cuales trabajar y satisfacer las demandas de una población que mantiene un estado de salud por un período extenso de tiempo.

Gráfico N° 1: “Patologías más frecuentes que causaron el ingreso de los pacientes al Programa de Postrados”



El gráfico N° 1 nos muestra que el 60% de los pacientes presenta Hipertensión Arterial (HTA), el 30% ha sufrido de Accidente Cerebro Vascular (ACV), el 25% presenta Artrosis, el 23,3% Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM) y el 18,3% Fractura de Cadera. Así como la HTA y la DM son factores de riesgo preponderantes para el padecimiento de ACV; la Artrosis lo es para la Fractura de Cadera.

“Anexo N° 7”

“Nivel de Conocimiento del Cuidador (NCC) según sus características:

Sexo y Relación de Parentesco en las Necesidades del Estudio”

Tabla N° 1: “NCC según su Sexo y Relación de Parentesco para Satisfacer la Necesidad de Respiración de sus pacientes”

NCC	Sexo		Parentesco	
	Femenino	Masculino	Familiar	No Familiar
Muy Bueno	3,7%	0,0%	3,6%	0,0%
Bueno	24,1%	16,7%	21,4%	50,0%
Regular	42,6%	0,0%	39,3%	25,5%
Deficiente	29,6%	83,3%	35,7%	25,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla N° 2: “NCC según su Sexo y Relación de Parentesco para Satisfacer la Necesidad de Alimentación de sus pacientes”

NCC	Sexo		Parentesco	
	Femenino	Masculino	Familiar	No Familiar
Muy Bueno	7,4%	0,0%	7,1%	0,0%
Bueno	50,0%	0,0%	42,9%	75,5%
Regular	29,6%	66,7%	33,9%	25,5%
Deficiente	13,0%	33,3%	16,1%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla N° 3: "NCC según su Sexo y Relación de Parentesco para Satisfacer la Necesidad de Eliminación de sus pacientes"

NCC	Sexo		Parentesco	
	Femenino	Masculino	Familiar	No Familiar
Muy Bueno	1,9%	0,0%	1,8%	0,0%
Bueno	25,9%	0,0%	23,2%	25,0%
Regular	46,3%	33,3%	44,6%	50,0%
Deficiente	25,9%	66,7%	30,4%	25,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla N° 4: "NCC según su Sexo y Relación de Parentesco para Satisfacer la Necesidad de Movimiento de sus pacientes"

NCC	Sexo		Parentesco	
	Femenino	Masculino	Familiar	No Familiar
Muy Bueno	11,1%	0,0%	10,7%	0,0%
Bueno	20,4%	0,0%	19,7%	0,0%
Regular	25,9%	16,7%	21,4%	75,0%
Deficiente	42,6%	83,3%	48,2%	25,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla N° 5: "NCC según su Sexo y Relación de Parentesco para Satisfacer la Necesidad de Higiene de sus pacientes"

NCC	Sexo		Parentesco	
	Femenino	Masculino	Familiar	No Familiar
Muy Bueno	9,2%	0,0%	7,2%	25,0%
Bueno	20,4%	0,0%	19,6%	0,0%
Regular	46,3%	83,3%	50,0%	50,0%

Deficiente	24,1%	16,7%	23,2%	25,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla N° 6: “NCC según su Sexo y Relación de Parentesco para Satisfacer la Necesidad de Evitar Peligro de sus pacientes”

NCC	Sexo		Parentesco	
	Femenino	Masculino	Familiar	No Familiar
Muy Bueno	40,7%	16,7%	37,5%	50,0%
Bueno	16,7%	16,7%	17,9%	0,0%
Regular	31,5%	50,0%	32,1%	50,0%
Deficiente	11,1%	16,6%	12,5%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla N° 7: “NCC según su Sexo y Relación de Parentesco para Satisfacer la Necesidad de Comunicación de sus pacientes”

NCC	Sexo		Parentesco	
	Femenino	Masculino	Familiar	No Familiar
Muy Bueno	20,4%	0,0%	19,6%	0,0%
Bueno	25,9%	0,0%	23,2%	25,0%
Regular	53,7%	100,0%	57,2%	75,0%
Deficiente	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

