

**Significados biopsicosociales que atribuyen  
las y los cuidadores formales e informales al  
rol que desempeña como cuidador de Adultos  
Mayores con demencia y/o demencia tipo  
Alzheimer pertenecientes a PADAM de la  
comuna de Valparaíso y al ELEAM Residencia  
Asunción de Peñablanca**

INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA  
OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO  
EN TRABAJO SOCIAL Y AL TÍTULO PROFESIONAL  
DE TRABAJADOR SOCIAL

**Estudiantes:**

Constanza Bello Garcés  
Inghert Benítez Zúñiga  
Maricarmen Díaz González

**Profesor Guía:**

Héctor Díaz Vidal

Valparaíso, 2017

## Agradecimientos

En este extracto quisiera dar mis agradecimientos a todas aquellas personas que han estado conmigo y de la misma forma influyeron en toda mi trayectoria de universidad, y que ha culminado en este proyecto de título, que si bien ha sido arduo y laborioso, ellos me han acompañado y alentado a seguir perseverando pese a las dificultades que trascurrieron en el camino.

En primer lugar quisiera agradecer a Dios, por darme la fuerza cuando más la necesité, por dotarme de sabiduría y ciencia cuando estaba desorientada, porque nunca permitió que algo me faltase y porque estuvo conmigo cada día guiándome en todo lo que debía hacer, gracias por facultarme cumplir esta etapa tan importante para mí, y por último gracias por posibilitarme vivir esta hermosa experiencia a tu lado.

En segundo lugar, quiero dar gracias y dedicar el presente proyecto a mis padres, sin duda su esfuerzo y dedicación en esta etapa de mi vida ha permitido concluir este proceso de la mejor manera. A mi madre, por su paciencia y perseverancia, por cada día de aliento y oración que fueron tan incidentes en mi vida y al momento de dar una prueba o examen. También a mi padre, por su consejo y sabiduría que me posibilitó tomar decisiones correctas cuando lo requería, por su atención y corrección que me ayudó a encaminarme a lo que era necesario. A ambos, infinitas gracias por su amor y apoyo, por inculcarme desde pequeña el amor y poder de Dios, y por estar presentes cada día de mi vida, esto no hubiera sido lo mismo sin su presencia a mi lado.

Finalmente, también quisiera dar gracias a mi hermana Vanessa, quien con su ejemplo y amor me demostró que se puede lograr grandes cosas, gracias por acompañarme en todo momento, por estar presente cuando más lo requerí, por tu consejo, refugio y celebrar cada logro conmigo. Gracias porque junto a Josito siempre me brindaron todo su apoyo y amor.

*Constanza Bello Garcés.*

Finalizando este gratificante proceso de cinco años de Universidad, quisiera expresar mis sinceras palabras para las personas más importantes y que más amo en mi vida, las cuales son y fueron fundamentales durante todo mi ciclo personal y académico.

Quisiera partir agradeciendo a mis padres por estar siempre junto a mí, apoyándome, alentándome y confiando siempre en mis capacidades. Gracias a ellos, soy la persona de bien hoy en día y los que me entregaron las máximas herramientas y educación para llegar donde estoy, admiro su preocupación y valores que me inculcaron desde pequeña, son imprescindibles para mí.

Al amor de mi vida que me ha apoyado incondicionalmente antes y durante todo este camino y el que soñó junto a mí para que esto fuera posible. Agradezco su plena contención en los momentos más difíciles, a su paciencia, comprensión y por sobre todo a su amor infinito hacia mí y al transcurso de todos mis años académicos. Sin duda, sin él nada de esto tendría el mismo significado.

A mis familiares, tío caco mi “maestro ciruela”, el que me enseñó desde mi infancia en mis estudios, le reconozco su gran dedicación y a sus sabios conocimientos que me pudo transmitir, lo cual siempre lo recordaré. Y a mi yayita, mi bisabuela, por haber sido una ser tan especial para mí, le honro su gran bondad y cariño, aunque no se encuentre hoy físicamente con nosotros, ella estaría muy contenta y orgullosa.

A mis compañeras y amigas de tesis por haber conformado este satisfactorio período universitario y por hacer efecto de nuestro gran trabajo que siempre recordaremos. Al profesor guía y al profesor de las cátedras que fui ayudante durante los años de formación, por su compromiso y enseñanzas.

gracias a Dios por permitirme estar con salud, fortalecerme día a día para cumplir mi tan anhelado objetivo y que gracias a ello puedo decir ¡lo logré!

*Inghert Benítez Zúñiga.*

Al finalizar este proceso académico, son diversas las emociones que invaden este momento, por lo cual quiero agradecer a todas aquellas personas que de alguna u otra manera me acompañaron y que han sido fundamentales en mi período universitario, gracias a cada uno/a de ustedes, por tanto.

En primer lugar, quisiera agradecer a mis amados nonitos, Florencio y Luisa, quienes me entregaron valores, amor y cuidado hasta el último día de sus vidas y que, a pesar de que hoy no están físicamente conmigo, sé que están felices de que culmine esta etapa. Guardaré cada huella que dejaron en mí como el tesoro máspreciado, sin duda ustedes contribuyeron con todas sus enseñanzas en mi formación, ¡gracias por ser la fuerza que me acompaña cada día!

Agradezco a mi madre, Mary Carmen, por su incondicionalidad, por confiar en mis capacidades, apoyarme en cada decisión y acompañarme en este proceso. Gracias por tu sabiduría, por tener la palabra exacta para alentarme y enseñarme a ser perseverante, por todos los momentos de contención y tu constante preocupación por mí. Sabes que te admiro enormemente, eres y serás siempre fundamental en mi vida.

A mi hermana Javiera, quien ha sido un referente personal y profesionalmente; gracias por estar junto a mí estos años, por nuestra complicidad y apoyo absoluto, agradezco tu ternura y preocupación, por inculcarme la sinceridad ante todo y creer en mí. Gracias por cada consejo y por refugiarme con tu amor cuando más lo necesité, eres mi ejemplo a seguir.

Agradezco a Dios por entregarme su fortaleza en todo este ciclo y por cada uno/a que compone esta hermosa familia, a la cual dedico este Proyecto de Título, pues son imprescindibles y fueron un soporte en cada momento de esta experiencia. ¡Este logro es nuestro!

También, quiero dar las gracias a dos grandes amigas, a Daniela, por brindarme su contención y apoyo cuando lo requerí, y a Valentina, con quien cultivamos una amistad a partir de experiencias académicas.

Finalmente, agradecer a quienes conforman este equipo, por el esfuerzo y dedicación entregada para la realización de esta investigación y por el incentivo de explorar en esta temática, así como también al profesor guía, muchas gracias por sus conocimientos y disposición.

*Maricarmen Díaz González.*

## Índice

Índice.....	5
Índice de Gráficos.....	8
<b>CAPÍTULO I: MARCO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>9</b>
Presentación.....	10
Antecedentes Generales .....	11
I.- Identificación de la institución .....	11
II.- Tipo de institución.....	11
III.- Cobertura .....	11
Marco Estratégico.....	13
I.- Misión de la Institución .....	13
II.- Objetivos de la Institución.....	13
III.- Principios orientadores de la Institución.....	13
IV.- Política de la Institución.....	14
V.- Planes y Programas de la Institución .....	16
• Adulto Mayor en Chile .....	19
• Cuidados en el Adulto Mayor .....	22
Programas en que se inserta la investigación:.....	24
• Programa de Atención Domiciliaria en el Adulto Mayor PADAM.....	24
I.- Identificación del Programa .....	24
II.- Población Objetivo.....	25
III.- Cobertura .....	25
IV.- Fundamentación técnica del programa.....	25
V.- Orientaciones para la focalización en PADAM especializado .....	28
• Programa de Atención Domiciliaria en el Adulto Mayor (PADAM) .....	30
• Programa Cuidados Domiciliarios .....	31
I.- Definición del programa.....	31
II.- Objetivos del programa.....	31
III.- Población Objetivo.....	32
• Establecimiento de Larga Estadía para el Adulto Mayor – Residencia Asunción.....	32
I.- Objetivos del Programa Residencia Adulto Mayor .....	32
II.- Población Objetivo.....	33
III.- Metodología del Programa.....	33
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>34</b>
Presentación.....	35
I.- Adulto Mayor .....	36
II.- Envejecimiento .....	38
• Envejecimiento individual .....	38
• Formas de Envejecimiento .....	40

• Envejecimiento Poblacional.....	43
• Envejecimiento Mundial .....	43
• Envejecimiento en América Latina y el Caribe.....	46
• Envejecimiento Nacional .....	48
• Envejecimiento Regional.....	53
• Envejecimiento en PADAM .....	55
III.- Teorías del Envejecimiento.....	56
• Teorías Biológicas del Envejecimiento .....	56
• Teorías Psicosociales del Envejecimiento.....	61
• Teorías Sociales del Envejecimiento.....	63
IV.- Políticas Públicas del Adulto Mayor.....	69
• Protección jurídica internacional de los adultos mayores .....	69
• Promulgación de Ley N° 19.828.....	70
• Política Nacional para el Adulto Mayor .....	71
• Política Integral de Envejecimiento Positivo .....	73
V.- Cuidados del Adulto Mayor en Chile .....	75
• Cuidador .....	75
• Tipos de Cuidadores .....	76
• Carga del cuidador .....	80
• Cambios vivenciados por el cuidador .....	80
• Demencia.....	84
• Demencia Tipo Alzheimer .....	86
VI.- Teorías de los cuidados del Adulto Mayor.....	88
• Teoría de la dependencia o discapacidad en el Adulto Mayor.....	88
• Teoría del Estrés de el/la Cuidador .....	92
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>96</b>
I. Fundamentación Metodológica .....	98
• Tipo de Estudio .....	99
• Tipo de Diseño .....	101
II. Problemática y Fundamentación de la Investigación.....	102
III. Diseño de Investigación.....	109
• Pregunta de Investigación .....	109
• Objetivos de Investigación.....	110
• Universo y Muestra de Investigación .....	110
• Criterios de Inclusión.....	112
• Técnicas de Recolección .....	112
• Criterios de Rigor .....	113
• Plan de Análisis Cualitativo .....	116
IV. Matriz de Programación.....	118
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>119</b>

Presentación.....	120
I- Análisis de la Información - Cuidadoras Formales .....	121
a.- Análisis de Objetivo N°1 .....	123
b.- Análisis de Objetivo N°2 .....	134
c.- Análisis de Objetivo N°3 .....	142
II- Análisis de la Información – Cuidadores/as Informales .....	149
a.- Análisis de Objetivo N°1 .....	151
b.- Análisis de Objetivo N°2 .....	160
c.- Análisis de Objetivo N°3 .....	168
III- Análisis Integrado .....	172
a.- Análisis Integrado Cuidadoras Formales .....	172
b.- Análisis Integrado Cuidadores/as Informales.....	173
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES</b> .....	175
• Hallazgos y Reflexiones.....	176
I.- Conclusión en torno a la Teoría que sustenta la presente investigación .....	179
II.- Conclusión en torno a la Metodología que sustenta la presente investigación.....	181
III.- Conclusión del Trabajo Social entorno a los significados biopsicosociales que le atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de Adultos Mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes al Programa Cuidados Domiciliarios de PADAM de la comuna de Valparaíso y al ELEM Asunción de Peñablanca .....	182
IV.- Conclusión del Campo Gerontológico entorno a los significados biopsicosociales que le atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de Adultos Mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes al Programa Cuidados Domiciliarios de PADAM de la comuna de Valparaíso y al ELEM Asunción de Peñablanca .....	183
V.- Conclusión del Envejecimiento Patológico entorno a los significados biopsicosociales que le atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de Adultos Mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes al Programa Cuidados Domiciliarios de PADAM de la comuna de Valparaíso y al ELEM Asunción de Peñablanca .....	184
VI.- Conclusión de la Política Pública entorno a los significados biopsicosociales que le atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de Adultos Mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes al Programa Cuidados Domiciliarios de PADAM de la comuna de Valparaíso y al ELEM Asunción de Peñablanca .....	185
• Conclusión General .....	186
Bibliografía.....	190
Base de datos digitales.....	191
Linkografía.....	192
<b>ANEXOS</b> .....	194

## Índice de Gráficos

Pirámide poblacional N°1.....	21
Gráfico N°1.....	45
Pirámide poblacional N°2.....	45
Gráfico N°2.....	46
Gráfico N°3.....	46
Gráfico N°4.....	48
Gráfico N°5.....	50
Gráfico N°6.....	52
Gráfico N°7.....	53
Gráfico N°8.....	55
Gráfico N°9.....	95

# **CAPÍTULO I: MARCO INSTITUCIONAL**

## Presentación

El presente capítulo refiere al marco institucional, contexto en que se enmarca el Proyecto de Título, señalando los antecedentes generales de la Fundación Hogar de Cristo, institución de carácter privado benéfica no gubernamental, sin fines de lucro, originada bajo los principios de la iglesia católica de acuerdo a los principios de solidaridad, compromiso, espíritu emprendedor, respeto, justicia, transparencia y trabajo en equipo.

De este modo, se hace una revisión histórica de la institución, se identifican los programas que se imparten a nivel nacional en diversas áreas, tales como adulto mayor, mujer, personas en situación de calle, consumo problemático de alcohol y otras drogas, discapacidad mental y de niños, niñas y adolescentes, señalándose la cobertura de cada uno ellos en los centros regionales del país.

Posteriormente, se especifica en la línea de acción de Adulto Mayor, donde la Fundación Hogar de Cristo, además de orientarse de acuerdo a sus principios incluye la Política Integral del Envejecimiento Positivo para Chile. Para efectos de esta investigación, se identifica el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor PADAM de la comuna de Valparaíso, donde se especifican sus objetivos, radio de acción, enfoques de intervención y focalización, entre otros.

Para finalizar, se enfatiza en el proyecto de Cuidados Domiciliarios perteneciente al Servicio Nacional del Adulto Mayor, cuya ejecución se encuentra a cargo de PADAM y el Establecimiento de Larga Estadía Residencia Asunción. En este apartado se señalan sus propósitos, la población objetivo y las fases de participación de los adultos mayores, es decir, postulación, ingreso, evaluación, intervención y egreso.

## Antecedentes Generales

### I.- Identificación de la institución

- **Marco Institucional**

Nombre de la Institución	Fundación Hogar de Cristo
Ubicación geográfica, casa central	Hogar de Cristo 3812, Estación Central, Santiago De Chile.
Teléfono	(02) 25409300.
Capellán General	Capellán General.
Directorio	Pdte. José Pablo Arellano M.
Dirección Ejecutiva	Juan Cristóbal Romero B.
Director Ejecutivo Sede Valparaíso	Felipe Sáez Villaseca.
E-mail	<a href="mailto:fsaez@hogardecristo.cl">fsaez@hogardecristo.cl</a>

### II.- Tipo de institución

La institución “Fundación Hogar de Cristo”, es de carácter privado benéfica no gubernamental, sin fines de lucro. Fue creada bajo los principios de la iglesia católica y posee personalidad jurídica a partir del 9 de abril de 1945, según consta en el Decreto Supremo N° 1688 del Ministerio de Justicia, publicado en el Diario Oficial el 24 de abril del mismo año.

### III.- Cobertura

En la línea de acción de manera general, la Fundación Hogar de Cristo abarca a todo el territorio nacional, con un total de 456 programas diferenciados en 10 temáticas a lo largo del país, acogiendo y beneficiando a un total de 40.168 usuarios.

Se expone a continuación la línea de acción y temáticas de la Fundación Hogar de Cristo:

Línea de Acción	N° de Programas	N° Personas Atendidas
Adulto Mayor	152	5.706
Comunitario	4	349
Consumo Problemático de Alcohol y Drogas	26	1.449
Discapacidad Mental	53	1.380
Jardines Infantiles y Sala Cuna	55	6.842
Inclusión Laboral	17	3.743
Infanto Adolescente	33	2.597
Mujer	5	527
Personas en Situación de Calle	95	15.174
Reinserción Educativa	16	2.401

Fuente: Procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM)

- **Radio de Acción**

El radio de acción que cubre la Fundación Hogar de Cristo se efectúa desde la región de Arica y Parinacota hasta la región de Magallanes. La siguiente tabla, representa el total de programas y personas atendidas a nivel nacional<sup>1</sup>:

ZONA NORTE		
Regiones	Total N° de programas	Total personas atendidas
Arica y Parinacota	10	824
Tarapacá	19	2.079
Antofagasta	25	1.721
Atacama	12	1.280
Coquimbo	19	1.759

ZONA CENTRO		
Regiones	Total N° de programas	Total personas atendidas
Valparaíso	37	2.906
Metropolitana	119	11.781
O'Higgins	18	2.732

<sup>1</sup> Memoria Fundación Hogar de Cristo, 2015

ZONA SUR		
Regiones	Total N° de programas.	Total personas atendidas
<b>Maule</b>	35	3.793
<b>Bio Bío</b>	70	5.775
<b>Araucanía</b>	35	1.695

ZONA AUSTRAL		
Regiones	Total N° de programas.	Total personas atendidas
<b>Los Ríos</b>	11	546
<b>Los Lagos</b>	29	2.404
<b>Aysén</b>	8	489
<b>Magallanes</b>	9	681

## Marco Estratégico

### I.- Misión de la Institución

En el Hogar de Cristo se acoge con amor y dignidad a los más pobres entre los pobres ampliando sus oportunidades de alcanzar una vida mejor. Para ello se convoca a la comunidad y la vinculan con los excluidos de la sociedad. Es una organización transparente, eficiente y eficaz, que animada por la espiritualidad de san Alberto Hurtado, promueve una cultura de respeto, justicia y solidaridad.

### II.- Objetivos de la Institución

Como objetivo principal de la Fundación Hogar de Cristo, esta institución busca acoger dignamente y con amor a los más pobres entre los pobres. La institución convoca con entusiasmo y vincula a la comunidad (en su responsabilidad) con las personas que presenten mayor vulneración social, siendo estos la población objetivo principal de la intervención de la fundación, desprendiéndose así en diversas categorías.

### III.- Principios orientadores de la Institución

El quehacer profesional y social de la Fundación Hogar de Cristo debe ser realizado en base a siete valores fundamentales<sup>2</sup>, los cuales están orientados a la

<sup>2</sup> Procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM)

visión de la institución: solidaridad, compromiso, espíritu emprendedor, respeto, justicia, transparencia y trabajo en equipo.

#### **IV.- Política de la Institución**

En relación a la política organizacional de la Fundación Hogar de Cristo, ésta se rige por la ley 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública. Los principios que guían el actuar del Hogar de Cristo de Valparaíso en esta área son: autonomía, mantención en medio habitual, participación, fortalecimiento de sus capacidades funcionales e integración social. En concordancia con lo anterior, la estrategia de trabajo dará prioridad en su crecimiento a una oferta programática de carácter ambulatorio. En esa línea, los programas ambulatorios deben resguardar la realización de intervenciones preventivas que permitan que la persona mayor permanezca inserta en la sociedad y les posibilite trabajar para evitar o retardar su ingreso a una residencia. Sin embargo, para aquellos que por su condición socioeconómica, familiar, de salud necesitan de cuidados y protección de manera permanente, se les acogerá en programas residenciales.

El trabajo de la Fundación Hogar de Cristo de Valparaíso es realizado para que la sociedad visualice a las personas mayores como ciudadanos activos insertados en la sociedad y sujetos de derechos, que pueden y quieren aportar al desarrollo de la sociedad. Por otra parte, la fundación del Hogar de Cristo por su carácter cristiano filantrópico tiene como característica fundamental la intervención social por medio de asistencia física o substancial, no obstante, los enfoques con los que se construyen los cursos de acción de la fundación permiten una resolución de los problemas de los Adultos Mayores desde un punto de vista biopsicosocial.

- **Política de Envejecimiento Positivo**

La Fundación Hogar de Cristo admite la propuesta de política para los adultos mayores denominada *“Política Integral del Envejecimiento Positivo para Chile”*<sup>3</sup> que alude a las respuestas dinámicas que ocurren durante el curso de la vida y la historia y no solamente a la condición estática de ser persona mayor. De esta forma, posibilita la creación de un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde las personas mayores sean saludables, integradas y reporten niveles de bienestar subjetivo.

*“La Política Integral del Envejecimiento Positivo”* posee tres objetivos generales en esta dirección, que se ilustran a continuación:

---

<sup>3</sup> Memoria Hogar de Cristo, año 2015.

Objetivos Generales	
<b>1.- Protección de la salud funcional de las personas mayores.</b>	Que admiten que las personas mayores sean autovalentes, pero sin desconocer la importancia del apoyo a aquellos/as para que desarrollen dependencia.
<b>2.- Mejorar su integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad.</b>	Indaga construir una sociedad para todos, donde las personas mayores mejoren su integración y participación en el ámbito social, económico, cultural y espacial
<b>3.- Incrementar de forma transversal el bienestar subjetivo de las personas mayores.</b>	A través de la Política Integral de Envejecimiento Positivo, en cada una de sus etapas, contribuya a que las personas mayores evalúen la calidad de su vida de forma favorable y positiva.

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a la tabla anterior, para efectuar los objetivos expuestos, se requiere un esfuerzo multisectorial y los agrupa en tres líneas de acción interrelacionadas, el primero de ellos es el envejecimiento saludable, segundo el envejecimiento activo y tercero el envejecimiento positivo.

También es importante considerar que como concepto, el envejecimiento positivo contiene en sí mismos las significaciones del envejecimiento saludable y activo que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer, posicionando a las personas mayores como sujetos de derechos. Así mismo, el envejecimiento positivo no implica desconocer que la experiencia de ser persona mayor puede ser ambivalente y estar marcada simultáneamente por aspectos positivos (como la expectativa de permanecer activo, dejando atrás las obligaciones y los deberes) y negativos (como los problemas de salud y el temor a depender de otros). Es por ello que el envejecimiento positivo no tiene la pretensión de eliminar por completo los aspectos negativos, pero sí registra incrementar los aspectos positivos y disminuir los negativos de la experiencia a envejecer y a llegar ser persona mayor.

Por consiguiente, el Estado tiene un rol esencial para transformar los objetivos de la política expuesta precedentemente en nuestra realidad, pero también las mismas personas mayores, familias, organizaciones sociales, el sector privado, las universidades y otros actores sociales, también cumplen un rol fundamental. Por esta razón, las contribuciones de todos estos actores permitirán asegurar que el envejecimiento sea una experiencia positiva para todos los chilenos de nuestra población.

## V.- Planes y Programas de la Institución

La Fundación Hogar de Cristo, consta de diversos programas que atienden a las múltiples áreas o líneas de acción de la fundación, es así como existen:

<b>Adulto Mayor</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ambulatorios:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Centro de Encuentro del Adulto Mayor (CEAM) simple y especializado</li><li>➤ Comedor Fraternal Adulto Mayor</li><li>➤ Programa Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM)</li></ul></li><li>• Residenciales:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Residencia de larga estadía</li></ul></li></ul>
<b>Mujer</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Casa de la Mujer</li><li>• Centro de la Mujer Especializado</li><li>• Centro de la Mujer Simple</li></ul>
<b>Niños, niñas y adolescentes</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ambulatorios:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Acogimiento familiar simple (FAS) y especializado (FAES)</li><li>➤ Programa de prevención focalizado</li><li>➤ Acogida niños y niñas en situación de calle</li><li>➤ Programa de prevención comunitaria (PPC)</li></ul></li></ul>
<b>Personas en Situación de Calle</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Programa Acogida</li><li>• Albergues</li><li>• Casa de Acogida</li><li>• Centros de encuentro</li><li>• Comedores fraternos</li><li>• Hospederías</li></ul>
<b>Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ambulatorios:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Programa Terapéutico Ambulatorio para Adolescentes</li><li>➤ Programa Terapéutico Ambulatorio para Adultos en situación de calle</li><li>➤ Programa Terapéutico Ambulatorio para Adultos</li></ul></li><li>• Intervención Psicosocial y Comunitaria:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Programa de viviendas de apoyo a la integración social (VAIS)</li></ul></li><li>• Residencial:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Programas terapéuticos residenciales para adolescentes</li><li>➤ Programas terapéuticos residenciales para adultos</li></ul></li><li>• Servicio:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Fono</li><li>➤ Portal</li></ul></li></ul>
<b>Discapacidad Mental</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ambulatorio:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Centro de Rehabilitación Laboral</li><li>➤ Centro diurno</li><li>➤ Programa de salud mental para personas en situación de calle</li><li>➤ Programa de apoyo familiar</li><li>➤ Programa de vida independiente</li></ul></li><li>• Residenciales:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Residencias protegidas</li><li>➤ Hogares protegidos</li><li>➤ Hogar de larga estadía</li></ul></li><li>• Educación Inicial:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sala Cuna</li><li>➤ Jardín Infantil</li></ul></li><li>• Educación:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Programa de becas de educación superior</li><li>➤ Programa de reinserción educativa</li></ul></li></ul>

- Programa de prevención deserción escolar
- Empleabilidad:
- Capacitación Laboral
- Acompañamiento Laboral
- Programa piloto ECA
- Programas especiales

#### Fundaciones que incorpora Hogar de Cristo

- **FUNDACIÓN SÚMATE**

Focalizado hacia jóvenes y adolescentes que viven en situación de pobreza, entregándoles herramientas educativas y laborales.

- **FUNDACIÓN PARÉNTESIS**

Focalizado hacia personas que se encuentran en situación de pobreza y exclusión social, que presenten consumo problemático de alcohol y/o drogas.

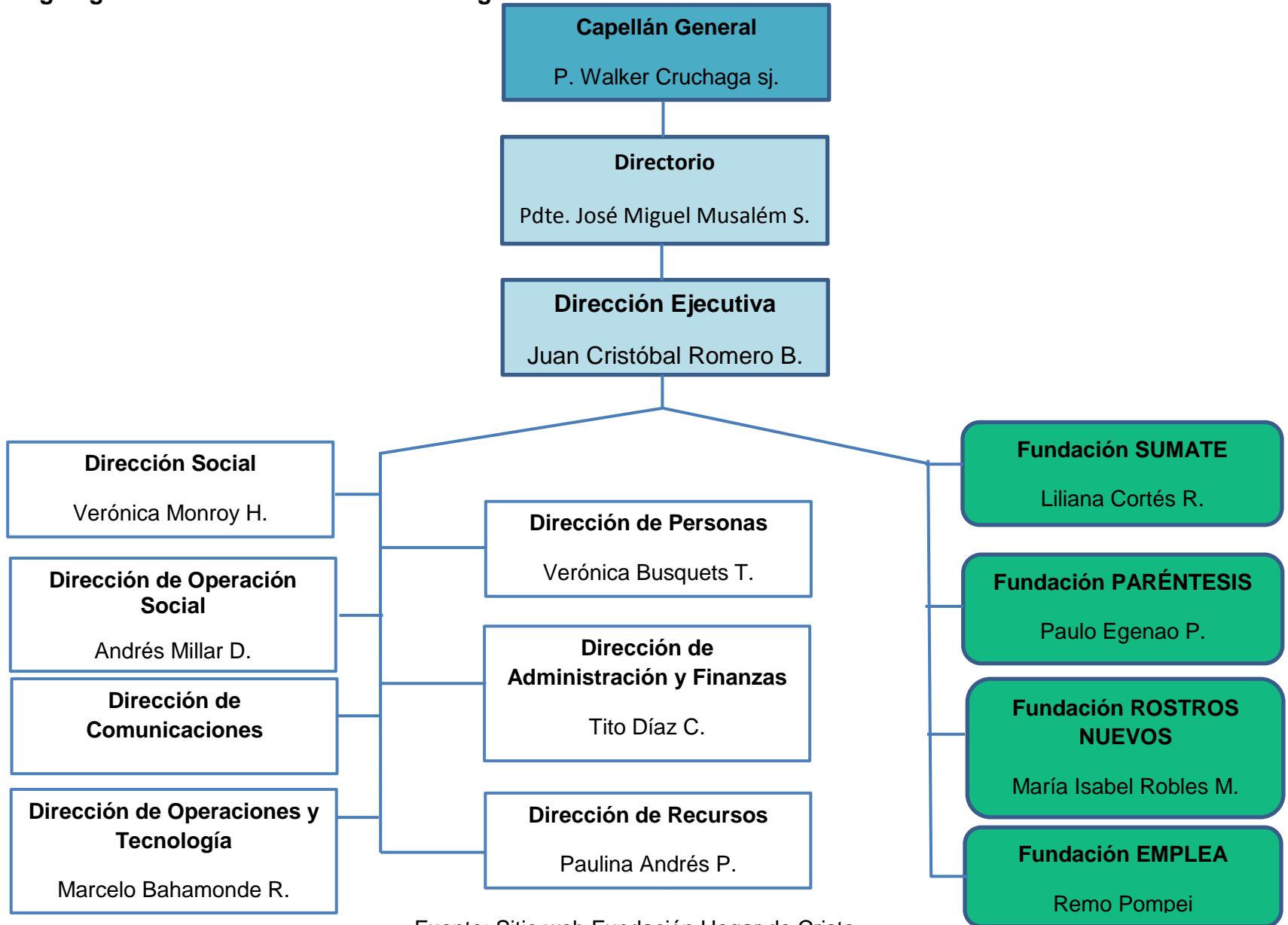
- **FUNDACIÓN ROSTROS NUEVOS**

Focalizado hacia adultos que se encuentran en situación de pobreza y exclusión social que presenten algún problema de salud mental.

- **FUNDACIÓN EMPLEA**

Focalizado hacia la población vulnerable en situación de pobreza y apoya y entrega de forma gratuita capacitaciones en oficio y todas las herramientas educativas necesarias para el sistema laboral, ayudando así también la inserción a este sistema a aquellas personas que necesiten mejorar su situación económica.

● **Organigrama Institucional Fundación Hogar de Cristo**



Fuente: Sitio web Fundación Hogar de Cristo

- **Adulto Mayor en Chile**

Uno de los fenómenos que ha marcado a nuestra sociedad moderna es el envejecimiento de la población, generando actualmente el logro de una mayor expectativa de vida en las personas, debido a la reducción de las tasas de mortalidad, al avance de la medicina y la implementación de las políticas públicas, todo lo anterior, ha permitido que Chile se convierta en un país que está en transición demográfica hacia el envejecimiento, por lo tanto esto posibilita una mayor importancia de la vejez en nuestro país<sup>4</sup>.

En Chile, la expectativa de vida al nacer supera los 78 años, sobrepasando los 80 años en el caso de las mujeres, es por esto que en nuestro país han ido surgiendo importantes avances en materia de políticas públicas, logros que obligan a hacerse cargo de esta realidad, mejorando la calidad de vida de una cantidad cada vez más grande de personas, así como de aprovechar todo su potencial para el beneficio de la sociedad.

Por otro lado, se encuentra el aspecto negativo de la vejez, por lo cual se origina una desprotección social en esta etapa de la vida, en este sentido la carencia de fuentes de ingreso o trabajo y la presencia de condiciones de pobreza significan obstáculos para la generación u obtención de recursos para lograr calidad de vida y bienestar. Generalmente en Chile se relaciona a la vejez con precariedad tanto social como económica, debido al surgimiento de la jubilación y los bajos ingresos que trae consigo, en otras palabras, comienzan a percibir ingresos menores a los que contaban en su vida económicamente activa. A esto se debe agregar que los gastos asociados a la vejez, como servicios especializados y salud, entre otros, impactan notablemente en el presupuesto de las personas de edad.

---

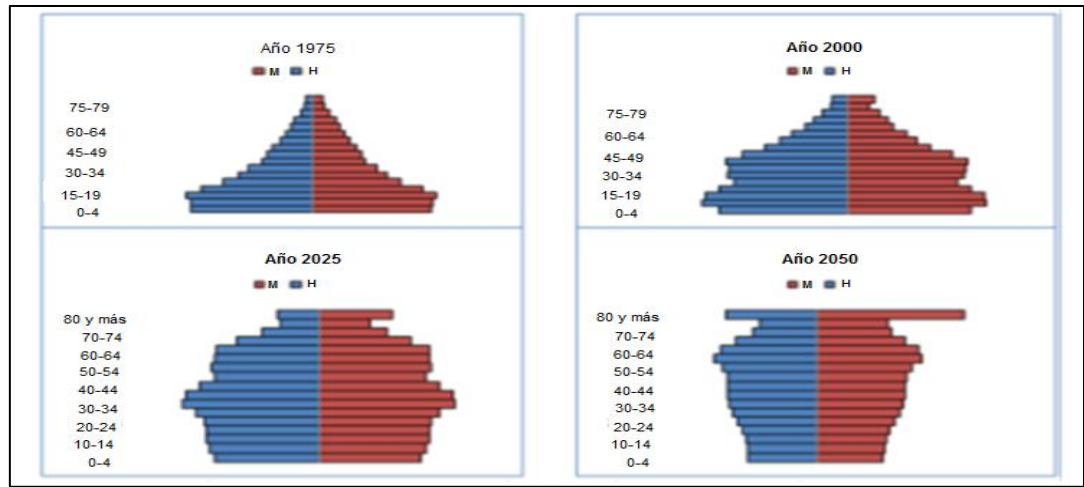
<sup>4</sup> Las personas mayores en Chile, SENAMA.

En cuanto a lo anteriormente descrito, es importante mencionar que es necesario avanzar hacia la prestación de servicios y cuidados de calidad para las personas mayores, esto requiere una mirada en conjunto, capaz de integrar todos los elementos sociales y sanitarios, para vincularlos entre sí de manera sinérgica, es decir, se requiere el diseño e implementación de un Sistema de Servicios y Cuidados Sociales y Sanitarios para las personas mayores.

Finalmente, se ha de mencionar, que es importante llevar a cabo medidas que protejan los derechos de los/las adultos mayores, ya que la población mayor se encuentra en proceso de ser el rango etario que prevalezca por sobre los otros, además no solo otorgar medidas de protección, más bien entregarles herramientas, para que por ellos/as mismos/as puedan desenvolverse y enfrentarse a la sociedad actual. Esto se encuentra en proceso y hacia ese enfoque se dirige nuestro país, focalizando sus recursos para aquellos que se encuentran en mayor estado de vulnerabilidad, aunque es importante plantear que aún falta mucho para paliar aquellas necesidades de nuestros adultos mayores en Chile.

A continuación se presenta la evolución de la pirámide poblacional chilena (**pirámide poblacional N°1**), entre los años 1975 al 2050, el cual da a conocer el acelerado incremento de las personas mayores y la disminución de los menores de 15 años, particularmente en Chile, ya que se encuentra en un proceso acelerado de envejecimiento, donde se intensifica la senectud, es decir, se ha aumentado la proporción de personas de edad extrema (80 años y más) sobre el total de la población. Por lo tanto, se espera que para el año 2025 haya 1 persona de 60 años y más por cada 1 de 15 y menos años.

## Pirámide poblacional N°1



Fuente: CELADE, CEPAL. 2013

El envejecimiento de la vejez, entre otras cosas, significa un permanente aumento de las personas mayores de 80 años y de acuerdo a diversos estudios, se ha afamado el aumento de esta población, lo cual requiere y necesitará de servicios socio sanitarios para el apoyo y la asistencia a las personas que debido a problemas físicos o cognitivos, presentan limitaciones permanentes que les impide realizar por sí mismos una serie de actividades básicas o instrumentales indispensables para la vida diaria. Como se puede observar en la tabla siguiente, el aumento del porcentaje de personas con dependencia va incrementándose en la medida que aumenta la edad.

### Prevalencia de Dependencia por quinquenios de edad y sexo

Quinquenios de Edad	Hombres %	Mujeres %	Total %
60-64	12,8	10,6	11,5
65-69	20,1	13,3	16,2
70-74	16,8	21,8	19,9
75-79	23,8	30,8	28,5
80-84	45	57	52,9
85 y más	55,9	69,9	65,6
Total	22	25,3	24,11

Fuente: Estudio Nacional de Dependencia

- **Cuidados en el Adulto Mayor**

Los adultos mayores a causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento necesitan una gran variedad de ayuda para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, además de encontrarse en una posición de vulnerabilidad física, social y/o psicológica y con diversas enfermedades, por lo tanto, requieren constante asistencia, observación, vigilancia, atenciones médicas y cuidados, situación que integrada a una vida más prolongada, exhiben un menoscabo de su calidad de vida.

Por consiguiente, cuidar a las personas mayores, cuando no pueden satisfacer sus necesidades por sí solas, como levantarse, vestirse, deambular, etc., exige una gran capacidad humana para respetar la dignidad de ese “otro” a quien se está cuidando, así como también para mantener la autonomía de esa persona mayor, ya que cuidar constituye una expresión profundamente humana, que significa reflejarse en el “otro”, es decir, reflejarse en sí mismo, en los adultos mayores del mañana y en la persona mayor que se cuida hoy.

En cuanto a las tareas de cuidar a una persona mayor, llevados a cabo por un cuidador/a formal o informal, es decir, *cuidados informales o no profesionales*<sup>5</sup> siendo aquellos los que proporcionan familiares, personas cercanas a la familia o alguna persona significativa para el adulto mayor, esta labor no está vinculada con un servicio de atención institucionalizada, es así como el cuidado se realiza en la casa del adulto mayor o en la del cuidador/a. Sin embargo, *los cuidados formales o profesionales*<sup>6</sup> son los cuidados que prestan profesionales o semi profesionales, ya sean enfermeras, médicos, trabajadores sociales, personal de ayuda a domicilio, asistentes de apoyo, entre otros, que cuidan de las personas mayores en ámbitos de amplia variedad. Dentro de ellos, se deben considerar los cuidados

---

<sup>5</sup> Guía de Cuidados Domiciliarios, SENAMA.

<sup>6</sup> Guía de Cuidados Domiciliarios, SENAMA.

que prestan las instituciones públicas o privadas, con o sin fines de lucro, así como también de aquellos profesionales autónomos que prestan servicios a personas en situación de dependencia en su hogar o en un centro especializado.

Las y los cuidadores se enfrentan a labores complejas, a veces repentinamente con un padre/madre, abuelo/abuela, suegro/suegra, amigo/amiga, vecino/vecina etc. profundamente deteriorado/a, por lo tanto, las personas que se hacen cargo de los cuidados encaran una tarea nueva y desconocida, por lo cual esta realidad muchas veces tensiona al entorno en general, puesto que la vida de las personas que atienden a un/a adulto mayor puede verse afectada de muchas maneras, es decir, es frecuente que se produzcan cambios en diversos ámbitos como las relaciones familiares, el trabajo y su situación económica, sus actividades de tiempo libre, en su salud o estado de ánimo.

No obstante, el carácter de estas transformaciones también puede ser positivo, aunque se tienda a considerar sus consecuencias como exclusivamente negativas, puesto que prevalece una experiencia satisfactoria en los/las cuidadores/as a pesar de las dificultades que conlleva esta situación, ello acontece cuando esta labor supone luchar por alguien a quien se quiere, a quien se desea expresar cariño e interés. Es así como en ocasiones los/as cuidadores/as descubren que poseen cualidades que hasta entonces no conocían, donde identifican una evolución como personas a través de los contextos asociados al cuidado de un/a adulto mayor.

Por otro lado, es importante mencionar que para los/as adultos mayores es de suma importancia permanecer en el propio hogar, principalmente debido a que su condición de decadencia, en muchas ocasiones de deterioro físico y psicológico es realmente significativo. Cabe destacar que para todos ellos es trascendental continuar en un espacio reconocido, representativo y valioso con sus redes de apoyo, donde la persona mayor sienta pertenencia, ya que esto favorece

considerablemente su autoestima, además hay una continuidad en la trayectoria vital, pues se preserva la independencia y privacidad, favoreciendo de alguna manera la toma de decisiones del adulto mayor<sup>7</sup>.

Todo lo anteriormente descrito, permite considerablemente que la relación entre el cuidador y el adulto mayor, sea inmediatamente más cercana y cómoda y favorezca el contexto por medio del cual se desenvuelven los actores y faculte a sus cuidadores formales e informales a que el tradicional apoyo que ofrecen a los adultos mayores, sea el más adecuado para atender a sus crecientes exigencias.

**Programas en que se inserta la investigación:**

- 1. Programa de Atención Domiciliaria en el Adulto Mayor, PADAM.**
- 2. Programa Cuidados Domiciliarios, ejecutado en PADAM.**
- 3. Establecimiento de Larga Estadía - Residencia Asunción.**

- **Programa de Atención Domiciliaria en el Adulto Mayor PADAM**

**I.- Identificación del Programa**

Nombre del Programa	Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM), especializado
Ubicación geográfica	Pasaje La Quinta N° 66, Valparaíso
Jefa Social Provincia de Valparaíso Costa	Andrés Jara Silva.
E-mail	ajaras@hogardecristo.cl
Jefa de Unidad PADAM especializado Valparaíso	Catalina Recabarren Recabarren.
E-mail	crecabarrenr@hogardecristo.cl
Teléfono	(09) 92294139 / 3-2591718

<sup>7</sup> Guía de Cuidados Domiciliarios, SENAMA.

## **II.- Población Objetivo**

Se encuentra dirigido a todos aquellos adultos/as mayores (con 60 años y más) que pertenezcan a los quintiles de vulnerabilidad I, II y III, con dependencia moderada a severa, que requieran de servicios de apoyo que cuenten con un/a cuidador/a principal.<sup>8</sup>

## **III.- Cobertura**

En cuanto a la Fundación Hogar de Cristo y su línea de acción de Adulto Mayor, éste cuenta con 89 programas de Atención Domiciliaria en el Adulto Mayor a nivel nacional que cubre un total de 3.172 personas acogidas adultas mayores.

- **Radio de acción**

El radio de acción del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor especializado es ubicado en sede Valparaíso inserto en la Fundación Hogar de Cristo, que tiene una cobertura o radio de acción geográfica, haciendo referencia a los siguientes cerros de la ciudad: Ramaditas, Rocuant, O'Higgins, La Cruz, Las Cañas, El Litre, Playa Ancha y Polanco.

## **IV.- Fundamentación técnica del programa**

Desde los inicios del Programa de Atención Domiciliaria en el Adulto Mayor, las personas mayores han sido un grupo objetivo de intervención emanados desde los principios de la Fundación Hogar de Cristo. De esta misma manera, durante el desarrollo de este proceso se ha evidenciado un progresivo aumento de la

---

<sup>8</sup> Procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM)

cobertura institucional y de las estrategias ambulatorias, que posibiliten dar respuestas a las distintas necesidades y requerimientos de los mayores.

Por otro lado, y en relación a lo anterior, los estudios demográficos demuestran que nuestro país se localiza en un progresivo aumento de la situación de pobreza y extrema pobreza por ingresos, sustentado por la Encuesta CASEN del año 2013<sup>9</sup>, expuesto a continuación:

Categoría	Personas		Hogares	
	Número	%	Número	%
<b>Pobres extremos</b>	778.643	4,5	207.643	3,9
<b>Pobres no extremos</b>	1.703.029	9,9	466.754	8,9
<b>Total pobres<sup>1</sup></b>	2.481.672	14,4	674.397	12,8
<b>No pobres</b>	14.774.547	85,6	4.599.431	87,2
<b>Total</b>	17.256.219	100,0	5.273.828	100,0

<sup>1</sup>Incluye a pobres extremos y pobres no extremos.  
Nota: Se excluye al servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2013

Por lo tanto, la situación de pobreza y exclusión social en que viven muchos adultos mayores se agrava debido a la presencia de problemas de salud mental o deterioros cognitivos, limitaciones físicas, enfermedades crónicas o agudas, de violencia intrafamiliar y maltrato, de antecedentes de consumo problemático de alcohol y otras drogas entre otras. Las alternativas de solución se estrechan cuando los ingresos económicos son insuficientes para cubrir sus necesidades, cuando el apoyo familiar y las condiciones ambientales son inadecuados a su estado de salud y funcionalidad.

Es por ello, que los adultos mayores son un grupo heterogéneo, por cuanto los recursos personales y sociales con que cuentan y su trayectoria de vida inciden en como enfrentan su etapa vital. Particularmente, quienes viven en

<sup>9</sup> Informe de Desarrollo Social, año 2015. Ministerio de Desarrollo Social.

situación de pobreza y exclusión social disponen de menos factores protectores para mantener o mejorar su calidad de vida, más aún cuando su condición de salud y dependencia de terceros los hace requerir de un mayor apoyo social. Además, vivir con un/a adulto mayor en estas condiciones genera percepción de alta carga en los/as cuidadores/as, riesgos de salud para la persona y para quién lo cuida, dificultades económicas de la familia por mayores gastos de salud e indirectamente, se restringe la integración al mercado laboral de algunos integrantes del hogar y por ende, se reducen los ingresos, pudiendo repercutir en la mantención de la situación de pobreza y exclusión de la familia.

En consecuencia, un apoyo efectivo al adulto mayor requiere acompañar en todas las dimensiones de la persona, apoyar a su familia y fortalecer los recursos disponibles en la comunidad que habita. Por consiguiente, la alternativa más normalizadora de intervención con un adulto mayor lo constituye el *“Programa de Atención Domiciliaria al Adulto Mayor”* ya que este programa pretende fomentar la autonomía, mantener a la persona en su medio habitual, favorecer su vinculación familiar y social, aspectos que repercutirán positivamente en su bienestar y calidad de vida.

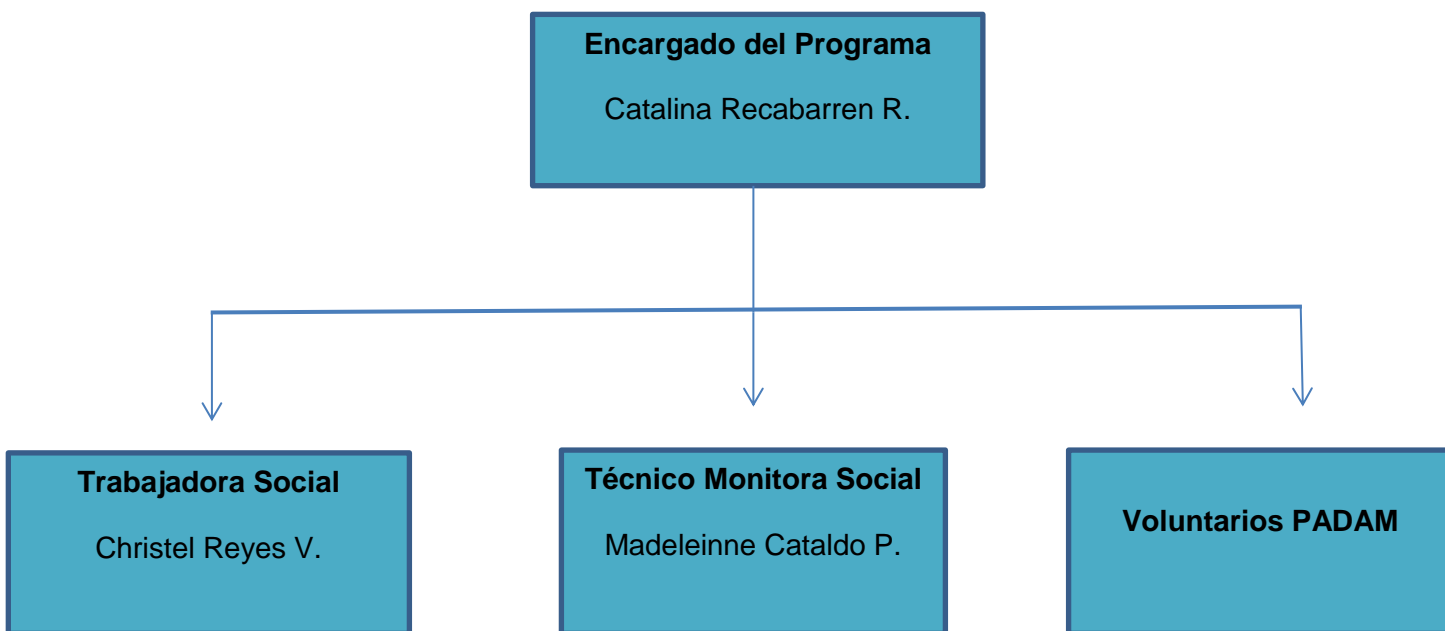
## V.- Orientaciones para la focalización en PADAM especializado

CRITERIOS	NO CORRESPONDE/EGRESO	CORRESPONDE
Edad	Menores de 60 años	Mayores de 60 años
Ingresos	Adultos/as mayores con cualquier pensión mayor a PBS	-Adultos/as mayores con PBS de vejez -Adultos/as mayores con PBS de invalidez -Adultos/as mayores con cualquier otro tipo de pensión menor a una PBS (viudez, orfandad, etc)
Nivel de dependencia	Adultos/as mayores autovalentes	-Adultos/as mayores autovalentes frágiles -Adultos/as mayores dependientes leves -Adultos/as mayores dependientes moderados -Adultos/as mayores dependientes severos
Red de apoyo familiar o significativa	-Adultos/as mayores autovalentes, autovalentes frágiles y dependientes leves con red familiar y/o significativa -Adultos/as mayores dependientes y severos sin red de apoyo familiar y/o significativa que entregue cuidados (residencia)	-Adultos/as mayores autovalentes frágiles y dependientes leves que no cuentan con ninguna red de apoyo -Adultos/as mayores dependientes moderados y severos con alguna red de apoyo familiar o significativa, que entregue cuidados
Red de apoyo institucional / programas sociales	-Adultos/as mayores autovalentes y autovalentes frágiles pertenecientes a programas sociales que entregan acompañamiento psicosocial, como el Vínculos u otro similar	-Adultos/as mayores que no pertenezcan a ningún programa social
Otros factores de vulnerabilidad social	Adultos/as mayores sin otros factores de vulnerabilidad	-Adultos/as mayores que presentan factores de vulnerabilidad social como por ejemplo: -Falta de vivienda en adultos/as mayores solos -Historia de calle en el adulto/a mayor o red significativa -Consumo problemático de alcohol o drogas en el adulto/a mayor o red significativa -Discapacidad mental en el adulto/a mayor o red significativa -Otros factores de vulnerabilidad social <sup>10</sup>

Mientras más factores correspondan es prioritario

<sup>10</sup> Procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM)

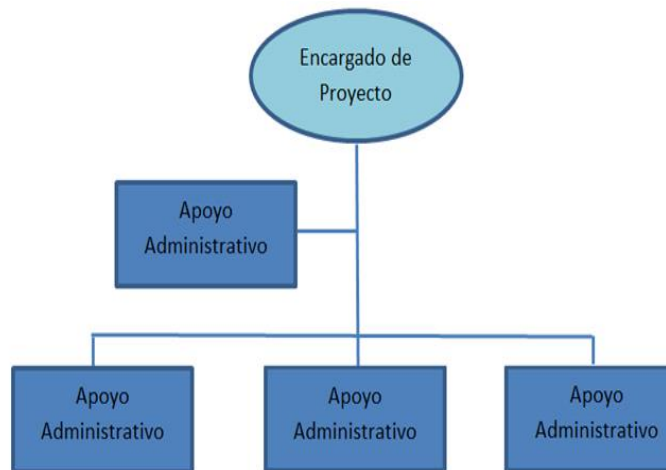
- **Organigrama Programa de Atención Domiciliaria en el Adulto Mayor, Sede Valparaíso (PADAM)**



Fuente: Procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM)

- Programa de Atención Domiciliaria en el Adulto Mayor (PADAM)

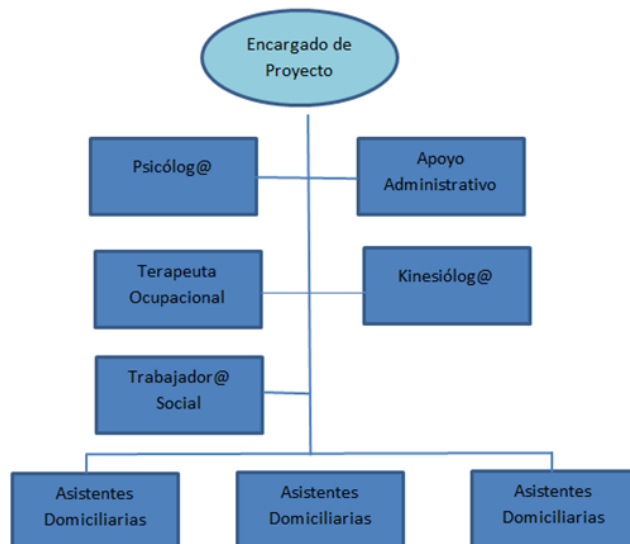
- Organigrama Nivel Acompañamiento Domiciliario



- Organigrama Nivel Apoyo Domiciliario



- Organigrama Mantenimiento Función Domiciliaria



Fuente: Procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM)

- **Programa Cuidados Domiciliarios**

## **I.- Definición del programa**

El programa entrega servicios de apoyo y cuidado en la realización de las actividades de la vida diaria a adultos mayores dependientes moderados y severos que no cuentan con cuidador principal, vulnerables socioeconómicamente. El que podrá ser ejecutado por municipios y/o instituciones privadas sin fines de lucro, debiendo cumplir con ciertas condiciones mínimas en su operación, las que serán definidas por SENAMA.

## **II.- Objetivos del programa**

- **Objetivo General**

Entregar servicios de apoyo y cuidado a adultos mayores que presentan dependencia moderada y severa en la realización de actividades de la vida diaria, buscando mejorar su calidad de vida y resguardo su autonomía e independencia en el desarrollo de estos.

- **Objetivos Específicos**

- Desarrollar un plan de apoyo y cuidado que recoja y priorice las necesidades expresadas por la persona mayor.
- Apoyar al adulto mayor dependiente moderado o severo en el desarrollo de actividades de atención personal promoviendo su autonomía e independencia.
- Apoyar al adulto mayor dependiente moderado o severo en la realización de las tareas del hogar promoviendo autonomía e independencia.

- Fortalecer el desarrollo de vínculos y acceso con las redes y servicios presentes en el territorio, su promoviendo autonomía e independencia.

### **III.- Población Objetivo**

Mujeres y hombres de 60 años y más, que presentan dependencia moderada y severa que no cuentan con un cuidador principal y se encuentran en el 60% según la calificación socioeconómica del Registro Social de Hogares (RSH).

- **Criterios de priorización de los adultos mayores**

Los criterios de priorización serán los que se señalan a continuación y deben ser considerados en el orden que se indica: 1° Adultos mayores dependientes moderados o severos que viven solos; 2° Adultos mayores que vivan con uno o más adultos mayores; 3° Vulnerabilidad socioeconómica (que esté en el tramo del 40% según calificación socioeconómica del RSH)

- **Establecimiento de Larga Estadía para el Adulto Mayor – Residencia Asunción**

### **I.- Objetivos del Programa Residencia Adulto Mayor**

- **Objetivo General**

Mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores dependientes severos y parciales, que por condiciones sociales, familiares, de salud y/o económicas no pueden permanecer en su medio habitual.

- **Objetivos Específicos**

- Adultos mayores alcanzan condiciones mínimas garantizadas por el Estado.

- Adultos mayores cumplen con objetivos del Plan de Intervención Individual.
- Adultos mayores satisfacen sus necesidades básicas de alimentación, vestuario, higiene y confort.

## **II.- Población Objetivo**

Adultos mayores en situación de exclusión social, dependientes parciales y/o severos, que requieren cuidados y protección permanente, y cuyo apoyo familiar y/o social es inapropiado a su situación de dependencia o salud.

- **Criterios de priorización de los adultos mayores**

Los criterios de priorización corresponden a los que serán señalados a continuación, los cuales deben ser considerados en el orden que se indica: 1° personas de 60 años y más; 2° dependientes severos y parciales; 3° presentar dificultades permanentes de salud; 4° situación de abandono, pobreza o exclusión social.

## **III.- Metodología del Programa**

La metodología del Programa de Residencia para Adultos Mayores se constituye a través de:

- Generación de instancias de participación, tanto en la gestión y diseño del programa, como en los planes de intervención que se realicen con los usuarios/as.
- Propiciar la organización de los adultos mayores para realizar acciones comunes y resolver problemas de convivencia a través de asambleas con residentes, buzón de sugerencias, etc.

# **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## Presentación

El capítulo a presentar a continuación, corresponde al marco teórico, siendo un pilar fundamental en el desarrollo durante toda la investigación, debido a que constituye las bases para sustentar posteriormente nuestro análisis. Por lo tanto, este apartado consistirá en la exposición del marco referencial y los fundamentos teóricos de la temática de indagación, que contemplan las explicaciones y/o descripciones de la materia central, desde un punto de vista conceptual.

De acuerdo a lo precedente, en esta sección se busca recopilar y conocer la información y datos primordiales para la obtención de la estructura teórica de trabajo relacionado con la materia a examinar, enmarcado en el Programa de Atención Domiciliaria en el Adulto Mayor (PADAM), Programa Cuidados Domiciliarios llevados a cabo por el mismo y por el Establecimiento de Larga Estadía para el Adulto Mayor – Residencia Asunción.

Asimismo, las explicaciones especulativas a desarrollar y que se exhibirán en el siguiente desarrollo, harán referencia primero, a la concepción de adulto mayor, segundo al envejecimiento y sus distinciones, tercero, a las teorías que permiten dilucidar el envejecimiento, desde tres ámbitos, biológico; psicosocial y social, cuarto se aludirá a las políticas públicas en el adulto mayor, haciendo hincapié en la protección jurídica internacional, a la promulgación de la ley n° 19.828, a la política nacional para el adulto mayor y a la política integral del envejecimiento. En quinto lugar se expondrán, los cuidados del adulto mayor en Chile, y posteriormente, a las teorías de los cuidados del adulto mayor, con énfasis en la teoría de la dependencia o discapacidad en el adulto mayor, y teoría del estrés del cuidador/a. Finalmente en base a lo mencionado anteriormente, se procede a la presentación de los contenidos evocados de manera previa.

## I.- Adulto Mayor

El concepto de Adulto Mayor se entiende como *“toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres”*<sup>11</sup> según el criterio de Naciones Unidas y asumido por el Gobierno de Chile establecido en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Por otra parte, los estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años no sólo en países desarrollados donde es del 12 al 15%, sino también en países en vías de desarrollo.

Al aproximarse a la temática de adultos mayores, suelen presentarse diversas condiciones sociales y calidad de vida, infiriéndose la necesidad de mejorar la capacidad para enfrentar más efectivamente su propio envejecer, expuesto a continuación:

<b>CONDICIONES SOCIALES Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES</b>	
<b>Cambios paralelos al envejecer</b>	<b>Repercusiones en Adultos Mayores</b>
<b>1° Desgaste físico-orgánico</b>	-Falta de acceso a servicios de salud adecuados, dificulta un envejecer más saludable y prevenir fallas funcionales evitables. -Ideas del modelo médico tradicional resta incentivo para que el adulto mayor asuma un rol activo.
<b>2° Pérdida de la ocupación y disminución del ingreso</b>	-Estrechez económica. -Riesgo de exclusión social.
<b>3° Ausencia de rol social</b>	-Restringe oportunidades de mantenerse activo, realizando actividades valoradas socialmente.
<b>4° Interpretación de la vejez en términos no adecuados</b>	-Ideología del “viejismo” promueve en los adultos mayores una actitud de resignación y apatía frente a lo que les sucede.

Fuente: Elaboración Propia

<sup>11</sup> Concepto adulto mayor, según glosario gerontológico, SENAMA.

Asimismo, el envejecimiento en la población mayor, se produce por una serie de cambios que se presentan en la tabla siguiente:

<b>CAMBIOS BIOLÓGICOS</b>	<b>SISTEMAS SENSORIALES</b>		<b>SISTEMAS ORGÁNICOS</b>	
	-Disminución de agudeza visual y capacidad para discriminar los colores. -Deterioro de capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones. -Pérdida de capacidad para discriminar olores de alimentos. -Disminución de producción de colágeno y pérdida de grasa muscular.		-Deterioro de fuerza muscular. -Disminución de masa esquelética. -Disminución de flexibilidad de articulaciones. -Disminución de fuerza y resistencia física general. -Disminución del contenido de oxígeno en sangre. -Digestión dificultosa y reducción de metabolismo.	
<b>CAMBIOS SOCIALES</b>	<b>TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN</b>	<b>TEORÍA DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>TEORÍA DE LA CONTINUIDAD</b>	
	Lo natural es la desvinculación del entorno. Envejecimiento satisfactorio cuando la sociedad ayuda al individuo a abandonar sus roles sociales y obligaciones. Cumming y Henry (1961)	A mayor actividad, mayor satisfacción. La sociedad es responsable de la pérdida de actividad (p.ej., jubilación). Tartler (1961)	Continuidad en los estilos de vida de otras etapas. Se mantienen los mismos estilos, pero acentuados. Requisito para un envejecimiento satisfactorio: permitir esa continuidad. Atchley (1971)	
<b>CAMBIOS PSICOLÓGICOS</b>	<b>TEORÍA DE ERIKSON</b>		<b>TEORÍA DE PECK</b>	
	En la octava etapa se produce la necesidad de aceptar el modo de vida que el sujeto ha seguido (integración). Si no se produce esa aceptación, se llega a la desesperación.		Es necesario resolver las tres crisis para envejecer de forma saludable y extender su identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia, ya que el ser humano pasa por tres crisis, que corresponden a los cambios.	

Fuente: Elaboración Propia

Por consiguiente, tanto el envejecimiento como proceso que abarca todo el ciclo vital y que cruza a toda la población, como la vejez, conforman un fenómeno

complejo y multidimensional que acarrea consecuencias y desafíos, tanto para los sujetos de la población mayor que experimentan la vejez, como para la sociedad en su conjunto, en cuanto a la desprotección que experimentan en su vida cotidiana. Es por ello, que las personas mayores viven esta realidad, en inestables condiciones de salud, seguridad económica y bienestar social, enfrentando, además, la subvaloración y discriminación que se expresan en discursos, símbolos y estructuras socioculturales respecto a la vejez y el envejecimiento.

## II.- Envejecimiento

- **Envejecimiento individual**

Al abordar la temática de adulto mayor surgen confusiones en torno a los conceptos de vejez y envejecimiento, puesto que se encuentran estrechamente relacionados, sin embargo, no son sinónimos. Se trata más bien de una construcción teórica a través de diversas disciplinas, es por ello que, mientras la vejez es una etapa, el envejecimiento es un proceso que abarca todo el ciclo vital. Es así como ambos conceptos conforman un fenómeno complejo y multidimensional que conlleva consecuencias y desafíos, tanto para los sujetos que la experimentan como para la sociedad.

Debido a la inexistencia de un paradigma único que dé cuenta de la vejez, se puede señalar que corresponde a una etapa inscrita al final del ciclo vital de una persona, por lo tanto, *hace referencia a una condición temporal y, concretamente, a una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo, es decir, la edad*<sup>12</sup>. Esta concepción hace referencia a un estado al cual se llega después de un largo proceso, el cual es medido generalmente mediante la edad cronológica, y que es el resultado de una compleja interacción de procesos

---

<sup>12</sup> Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009

biológicos, psicológicos y sociales, puesto que el/la adulto mayor debe enfrentar múltiples cambios en cuanto a la jubilación de su trabajo, lo que conlleva una disminución en sus ingresos económicos que repercuten en su calidad de vida, así como también la pérdida de relaciones sociales y disminución de sus actividades, en ocasiones la dependencia como consecuencia de alguna patología, el aislamiento familiar que puede acontecer y la desvalorización social de la vejez.

Desde los estereotipos y preconcepciones de esta etapa es que surge la **edad social**, la cual refleja una interacción de factores individuales y sociales donde la sociedad asigna a cada etapa vital una función que el individuo debe realizar y que éste la acepta por condicionamiento cultural, es decir, constituye una construcción determinada tanto histórica como culturalmente, donde la vejez varía de sujeto en sujeto y también respecto a la sociedad a la que pertenece, puesto que la valoración o desvalorización que se le otorga a la vejez responde a una construcción social, donde se atribuyen diferentes roles, actitudes y conductas adecuadas respecto a la etapa del ciclo vital, la propia percepción subjetiva del sujeto y la edad socialmente atribuida.

El **envejecimiento individual** se entiende como *el proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, psicológicos y psicosociales de variadas consecuencias. El envejecimiento individual se haya inscrito en el ciclo vital de las personas y, por tanto, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias*<sup>13</sup>. Se considera un proceso puesto que no ocurre de manera repentina sino que de forma progresiva y gradual, siendo una expresión de la totalidad del organismo y es diferente en cada individuo, es así como intervienen diversos factores de carácter hereditario, de sexo, estilos de vida y relaciones afectivas, puesto que es una expresión final de

---

<sup>13</sup> Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009

los patrones de respuesta afectiva, es decir, el envejecimiento es un tipo de reacción en cadena en la que un cambio adverso provoca otro.

Este proceso incluye tanto la percepción por parte del mismo individuo como también de la sociedad que le rodea respecto de los cambios físicos que se producen en el/la adulto mayor y asimismo la reacción subsiguiente a ello, tales como los cambios psicológicos que influyen en sus pensamientos, valores, creencias y comportamientos, los cuales determinan a su vez el desenvolvimiento de ellos en nuestra sociedad y la relación con otros sujetos de diferentes grupos etarios, es allí donde los factores protectores como el nivel de educación, estilos de vida saludable, relaciones sociales activas, entorno familiar presente, acceso a la salud y actividades que realice el individuo que fomenten la auto-dependencia juegan un rol importante frente a los factores de riesgo que suelen manifestarse en este período, donde emergen enfermedades crónicas no controladas, disminución de ingresos económicos y de relaciones sociales, en ocasiones abandono familiar o desvalorización intergeneracional, situaciones que dificultan y afectan la calidad de vida de los/las adultos mayores.

- **Formas de Envejecimiento**

El envejecimiento es un proceso distinto para cada individuo, puesto que es internalizado y afrontado de manera distinta, es así como influyen factores biológicos, del entorno en que éste se desenvuelve como también desde la propia experiencia, dichos escenarios han dado lugar a diferentes conceptos acerca del envejecimiento, tales como:

- **Envejecimiento Normal:** Consiste en aquel proceso que vivencian la mayoría de las personas exentas de enfermedad o limitaciones. Implica una pérdida progresiva de la funcionalidad del organismo, sin embargo, estas funciones no

obstaculizan llevar una vida autónoma, ni interfieren con la mayor parte de los roles sociales.

Este tipo de envejecimiento depende de cada sociedad, pues cada una lo considera según su grado de desarrollo sanitario. Dentro de los factores más importantes para reducir las diferencias en la calidad de vida del envejecimiento se encuentra una alimentación equilibrada, el saneamiento del medio y la asistencia sanitaria universal a la población, no obstante, en la actualidad las diferencias entre países y clases sociales cobran gran envergadura, ya que en los ámbitos mencionados no existe igualdad de oportunidades.

- **Envejecimiento Patológico:** Se identifica con la pérdida de salud física, psíquica o social, es decir, conlleva la aparición de alguna enfermedad o limitación que reduce la funcionalidad del sujeto disminuyendo su calidad de vida, pudiendo llegar a impedir a la persona llevar las actividades básicas de la vida diaria.

- **Envejecimiento Óptimo:** Se caracteriza por superar al envejecimiento normal, ya que combate las limitaciones antes de que aparezcan y potencia la funcionalidad del individuo en el ámbito físico, psíquico y social. Evita al máximo la aparición de enfermedades y limitaciones tratando de mantener la mejor calidad de vida global hasta la muerte.

- **Envejecimiento Exitoso:** Corresponde a un concepto multidimensional pues incluye un nivel relativamente bajo de enfermedad y discapacidad, un funcionamiento alto en el ámbito físico y mental además que el sujeto tenga un compromiso activo con la vida.

En esta concepción existen factores protectores que contemplan los hábitos alimenticios, el ejercicio físico y mental, el nivel educacional, realización de actividades significativas para ocupar el tiempo, las relaciones donde hay un

intercambio afectivo y la posesión de atributos sociales como la capacidad de enfrentar situaciones estresantes y la percepción de autoeficacia. Asimismo, se identifican como factores de riesgo la existencia de enfermedades crónicas, un escaso ingreso económico o una avanzada edad.

- **Envejecimiento Activo:** El término “activo” hace alusión a una participación continua en las cuestiones sociales, culturales, económicas, cívicas y espirituales, no solamente a la capacidad de estar activo físicamente o tener participación en la mano de obra. Por lo tanto, este tipo de envejecimiento constituye un proceso de optimización en cuanto a las oportunidades de participación, salud y seguridad, es decir, la capacidad de los sujetos para utilizar las oportunidades que la sociedad le ofrece.

Su propósito es tratar de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todas las personas a medida que envejecen, incluyendo a las personas discapacitadas, frágiles o a aquellas que necesitan asistencia. De este modo, los/las adultos mayores pueden mantener su participación en cuanto a los roles que tienen en la familia como también en la comunidad, manteniendo su independencia y envejecer sintiéndose útil.

En cuanto a los factores protectores se estima que la adopción de conductas de estilo saludables, factores personales de índole genéticos y psicológicos, la oportunidad de acceso a la salud y servicios sociales que permitan prevenir las enfermedades y asistir a aquellos que no pueden hacerlo por sí mismos, un entorno físico amigable con los/las adultos mayores, apoyo social y oportunidades para educarse contribuyen en el envejecimiento activo. No obstante, constituyen factores de riesgo el abuso, el aislamiento social, analfabetismo, la falta de educación y la soledad.

- **Envejecimiento Poblacional**

Actualmente existen cambios propios de la sociedad moderna, que han marcado a nuestra sociedad e historia y que se ha observado en el presente. Este fenómeno se denomina envejecimiento de la población y se explica mediante los cambios culturales, sociales, políticos y económicos, que han contribuido en la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad, aumentando la esperanza de vida y en congruencia disminuyendo las tasas de mortalidad.

Lo anterior ha provocado directamente una transformación demográfica de las sociedades, caracterizada por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes, siendo en este sentido muy relevante la definición que se ha construido sobre la vejez y la edad límite de ella. Por lo tanto, el envejecimiento poblacional o demográfico, es el resultado tanto del desarrollo de las ciencias médicas e innovaciones tecnológicas acaecidas durante el siglo XX y sus efectos en el mejoramiento de la salud de las personas<sup>14</sup>.

- **Envejecimiento Mundial**

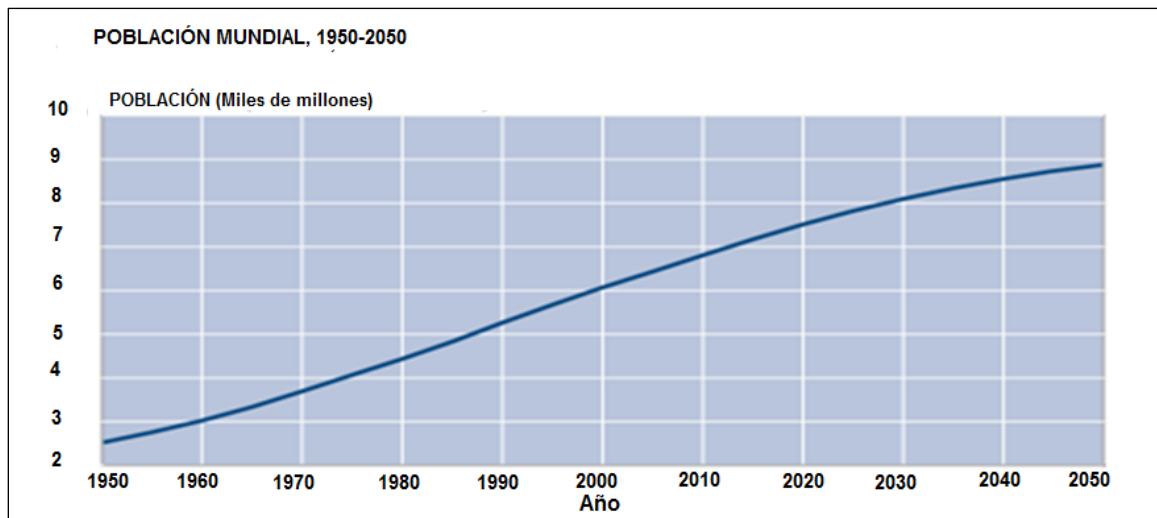
El envejecimiento de la población es un desarrollo exclusivo de la transición demográfica que es la circulación de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población, reduciéndose el número de personas en las edades más jóvenes y engrosando los sectores con edades más avanzadas, desencadenado un aumento del tamaño de la población mundial y a su envejecimiento.

---

<sup>14</sup> Las personas Mayores en Chile, SENAMA.

Debido a la reducción del ritmo de crecimiento demográfico mundial, se estima que la población del orbe alcanzará su máximo tamaño algunos años después de 2050, con una población aproximada de 9 mil millones, que se esclarecerá en el **gráfico N°1**:

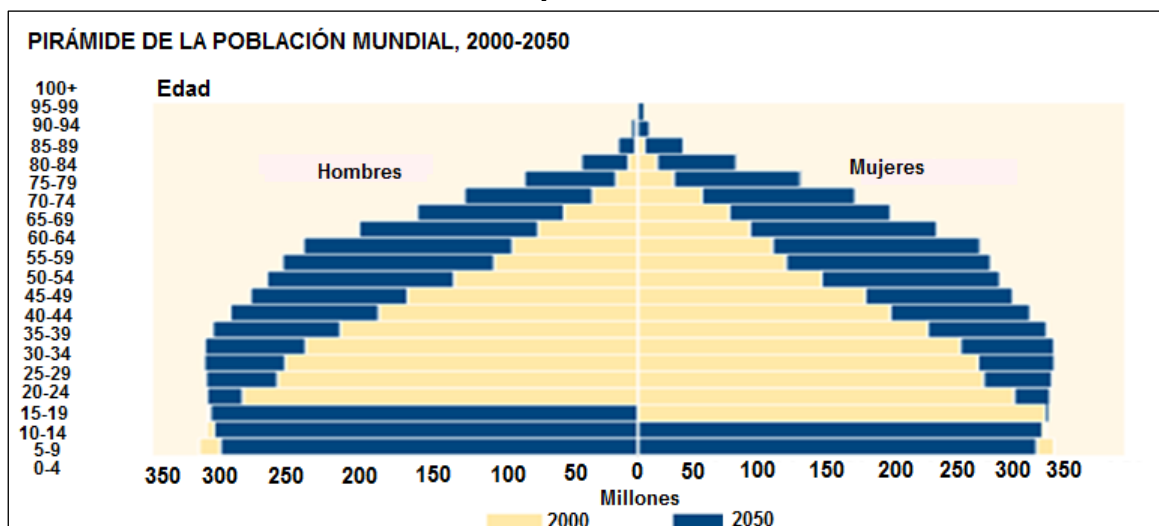
**Gráfico N°1**



Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision

Además de los cambios en su magnitud, la población mundial avanza paulatinamente hacia el envejecimiento de su estructura por edades, que se ilustrará en la siguiente **pirámide poblacional N°2**, observándose una disminución de los grupos más jóvenes, entre los menores de 15 años y un aumento de la población de adultos mayores. Es también evidente que, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, su número y peso relativo en las edades avanzadas será mayor.

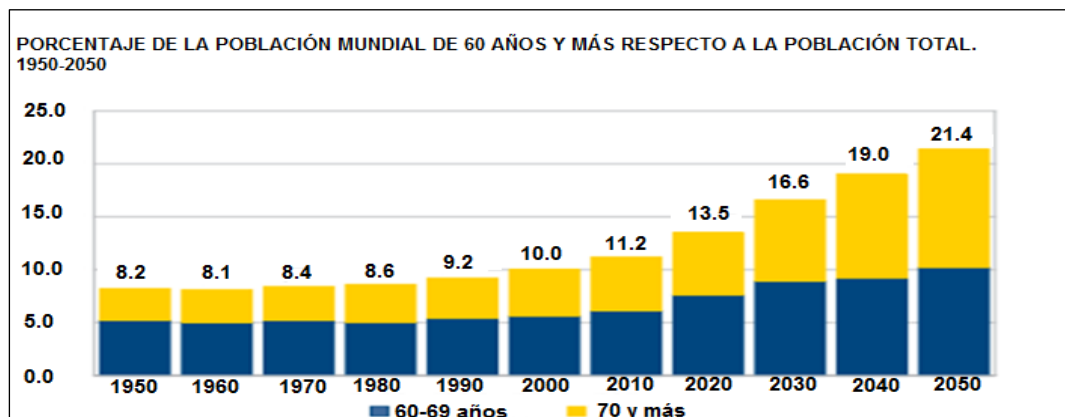
## Pirámide poblacional N°2



Fuente: World Population Prospects: The 2002

Por otra parte, bajo las tendencias previstas del envejecimiento demográfico mundial, se estima que en 2030 este porcentaje ascienda a 16.6% y en 2050 a 21.4%. En cambio, en el año 2000 una de cada diez personas en el mundo era un adulto mayor, a mitad de siglo será una de cada cinco. Entre los adultos mayores el grupo que crece a un mayor ritmo es el de las personas de más edad. Lo cual se presentará en el **gráfico N°2**, a continuación:

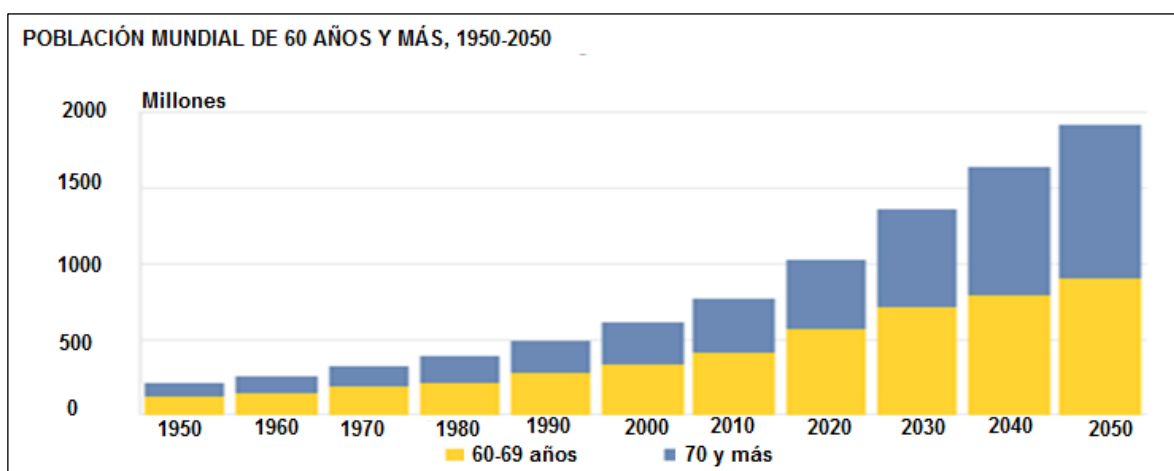
## Gráfico N°2



Fuente: World Population Prospects: The 2002

También los incrementos absolutos en el número de la población mayor son cada vez mayores, debido a que el número de adultos mayores se triplicó entre 1950 y 2000, pasando de 205.3 a 606.4 millones. Asimismo, se espera que aumente a 1.348.3 millones en 2030 y a 1.907.3 millones en 2050. Lo cual se clarificará en el **gráfico N°3**:

**Gráfico N°3**



Fuente: World Population Prospects: The 2002

- **Envejecimiento en América Latina y el Caribe**

La perspectiva demográfica de América Latina y el Caribe se ha transformado progresivamente, debido a que el envejecimiento de la población adulta mayor es cada vez más numerosa. Este fenómeno, responde a los cambios económicos y sociales que han tenido lugar en la región y resulta de la dinámica de los factores de la dinámica demográfica, sobre todo de la mortalidad y la fecundidad.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. Boletín demográfico, CEPAL.

Para ilustrar la rapidez de este proceso en América Latina, en el último medio siglo, la esperanza de vida promedio al nacer y el porcentaje de personas de 60 años ha aumentado, y la tasa de fecundidad ha aminorado. Ahora bien, este progreso no es homogéneo a escala internacional ni nacional; ciertos países todavía están en una etapa incipiente de la transición, mientras que en otros el proceso ha avanzado mucho más.

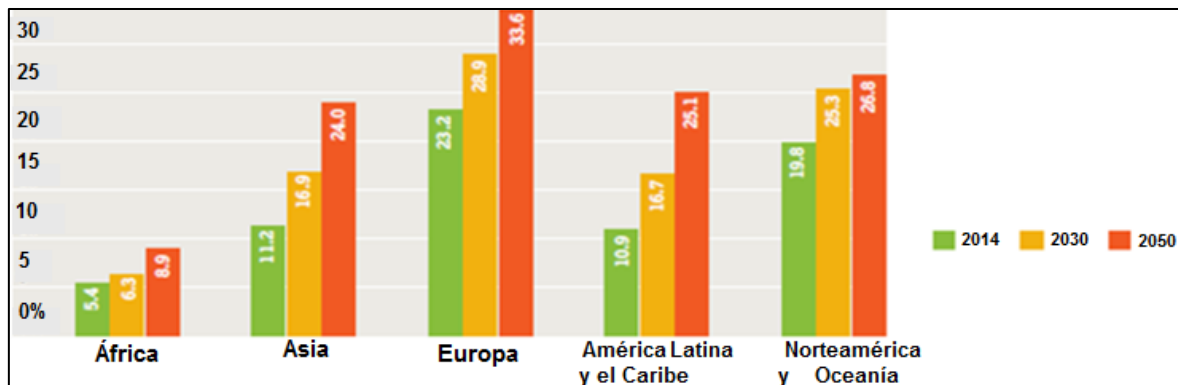
Asimismo, los antecedentes de los expertos coinciden en que la humanidad está frente a una profunda transformación demográfica, como lo muestran las siguientes indicaciones en el ámbito mundial:

<b>a)</b> En 2000, una de cada 10 personas tiene 60 y más años y para 2050, se espera que una de cada 5 personas estará en esa condición.
<b>b)</b> Las personas de 80 y más años que en 2000 son el 11% del grupo de edad de 60 y más años en 2050 representarán el 19%.
<b>c)</b> Las personas centenarias (de 100 o más años) suman aproximadamente 145 000 individuos en 2000 y se estima que serán 2.2 millones en 2050.
<b>d)</b> La mayoría de las personas de edad son mujeres (55% del total) y su proporción es aún más entre los más ancianos (alcanza aproximadamente a 65%).
<b>e)</b> La mayoría de las personas de edad (51%) vive actualmente en áreas urbanas; para el año 2025 se espera que esta cifra aumente a 62%.
<b>f)</b> Durante la última mitad del siglo XX, la esperanza de vida de la población mundial se incrementó en 20 años y su promedio actual es de 66 años.

Fuente: Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad.

Por otro lado, se estima que la proporción de personas de 60 años y más en el mundo se incrementará a cerca del 12% en el año 2014 y al 21% en 2050. Lo cual se presentará en el **gráfico N°4** posterior, con mayor observación en la proporción de población de América Latina y el Caribe:

**Gráfico N°4**



Fuente: Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2014

Por consiguiente, se infiere que el fenómeno del envejecimiento se ha instaurado como una temática de gran preocupación entre los organismos internacionales, decisores públicos y privados, organizaciones de la sociedad civil y especialistas de la comunidad académica de todo el mundo. Debido a que la población ha dejado atrás una larga etapa, caracterizada por altos índices de natalidad y mortalidad para avanzar hacia un escenario determinado por niveles cada vez más reducidos de natalidad y mortalidad, y que resulta en la creciente ponderación absoluta y relativa de las personas adultas mayores expuestas en los contenidos anteriores, y siendo uno de los factores que motivan tal inquietud. Si bien, esta transición presenta diferencias entre los países, su celeridad y profundidad son rasgos inéditos en la historia, por lo que involucran complejos retos sociales, políticos, económicos y culturales.

- **Envejecimiento Nacional**

Chile es un país que ha ido envejeciendo a lo largo de los años, ubicándose a la cabeza del continente, generando una proyección de este fenómeno que se acentuará en el futuro. Esto se debe a que existen factores que han llevado al país a envejecer, ya que éstos se desprenden de importantes avances en materia de

Políticas Públicas, logros que obligan a hacerse cargo de esta realidad, mejorando la calidad de vida de una cantidad cada vez más grande de personas, así como de aprovechar todo su potencial para el beneficio de la sociedad.

Por otro lado, en Chile, la expectativa de vida al nacer supera los 78 años, sobrepasando los 80 años en el caso de las mujeres, esta situación ha generado que el número potencial de años que pueden esperar vivir las personas se incrementa a medida que se envejece.

En los últimos 25 años, la población del país ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. Hasta 1990, las personas mayores de 60 años representaban un 16,4% de la población, luego en el año 2003 aumentaron a 17,9% y seis años después, de acuerdo a datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2015, las personas mayores de 60 años alcanzaban al 23,7% de la población total del país. Finalizando en el año 2015 con un total del 28,2% de personas mayores de 60 años.<sup>16</sup>

En los próximos años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etario, por lo que se proyecta una población de 3.825.000 personas de edad para el año 2025, lo que representará el 20% de los chilenos.<sup>17</sup>

Como se menciona anteriormente, existen diversos factores que explican el envejecimiento en nuestro país, estos se darán a conocer a continuación:

**-Mortalidad y Esperanza de Vida:** Se entiende que mortalidad es el número de defunciones ocurridas en el país<sup>18</sup> y la esperanza de vida es el número medio de años que les quedan por vivir a los sobrevivientes de una cierta edad.<sup>19</sup> Respecto

---

<sup>16</sup> Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen, 1990-2015.

<sup>17</sup> Las Personas Mayores en Chile, SENAMA.

<sup>18</sup> DEIS, Mortalidad.

<sup>19</sup> DEIS, Esperanza de Vida.

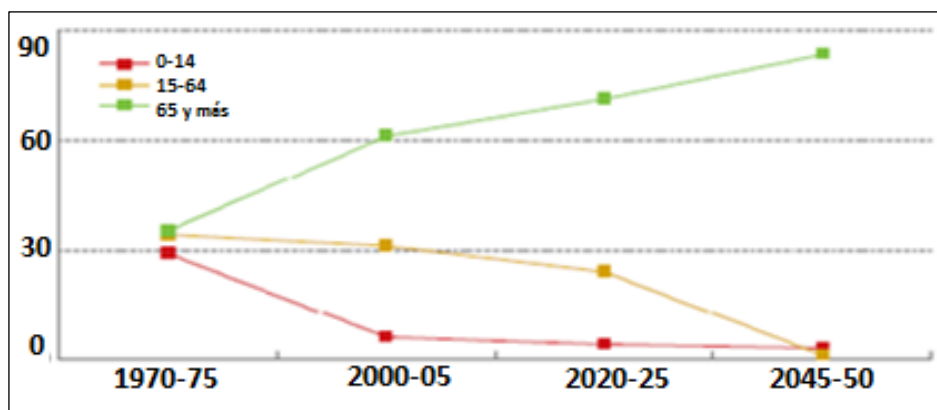
a lo anterior, los avances en Chile han sido un resultado fundamental en el ámbito de la salud generando un incremento de la esperanza de vida al nacer y de la expectativa de vida al alcanzar los 60 y los 65 años, ello a causa de la disminución de las tasas de mortalidad.

La esperanza de vida a los 60 y 65 años, se calcula en función del promedio de años que esperaría vivir una persona a esas edades si las prevalencias de mortalidad se mantienen constantes.

Por otra parte, las tasas de mortalidad de la población general descendieron desde 8,9 fallecimientos por cada mil habitantes entre los años 1970 y 1975 a 5,7 fallecimientos entre el 2000 y el 2005. Esta tendencia se revertirá según las previsiones que indican que en el quinquenio 2020-2025 la tasa de mortalidad será de 7.1, hasta alcanzar el número de diez fallecimientos por cada mil habitantes entre 2045 y 2050.

Tal como se indica en el **gráfico N°5**, la cohorte etaria entre 0 y 64 años llegarían a edades avanzadas donde terminarían sus ciclos de vida, por otro lado, las edades que comprenden los 65 años y más, presentan un incremento de las defunciones. Esto último, es posible explicarlo por el aumento sucesivo de personas que llega a la última etapa del ciclo vital.

**Gráfico N°5: Porcentajes de Defunciones por grandes grupos de edad**



Fuente: INE – CEPAL, Observatorio demográfico n°3, 2007

- **Fecundidad:** Entendido como el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.<sup>20</sup>

En cuanto a lo anterior, es posible mencionar que el número de hijos por mujer en Chile ha decrecido en los últimos años, lo que conlleva impactos sustanciales en la estructura demográfica de la población y su tendencia hacia el envejecimiento, las bajas tasas de fecundidad y natalidad significan una escasa renovación demográfica.

En el quinquenio 1970-1975, la tasa global de fecundidad se situaba en 3,63 hijos por mujer, para pasar a 2,0 en el período 2000-2005. Se estima que esta tasa puede descender hasta 1,85 en el lustro 2020-2025, la que se mantendría estable, al menos hasta el período comprendido entre los años 2045 y 2050<sup>21</sup>.

- **Migración:** Entendido como el desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales<sup>22</sup>.

El fenómeno migratorio no es significativo en Chile en relación a la transición demográfica y no influye en la percepción del envejecimiento. A pesar de lo anterior, es necesario observar las tasas de migración interna, que repercuten en la composición local y territorial de las estructuras etarias. Este tema puede ser tratado en cierto aspecto sobre las personas mayores en las zonas urbanas y rurales.

---

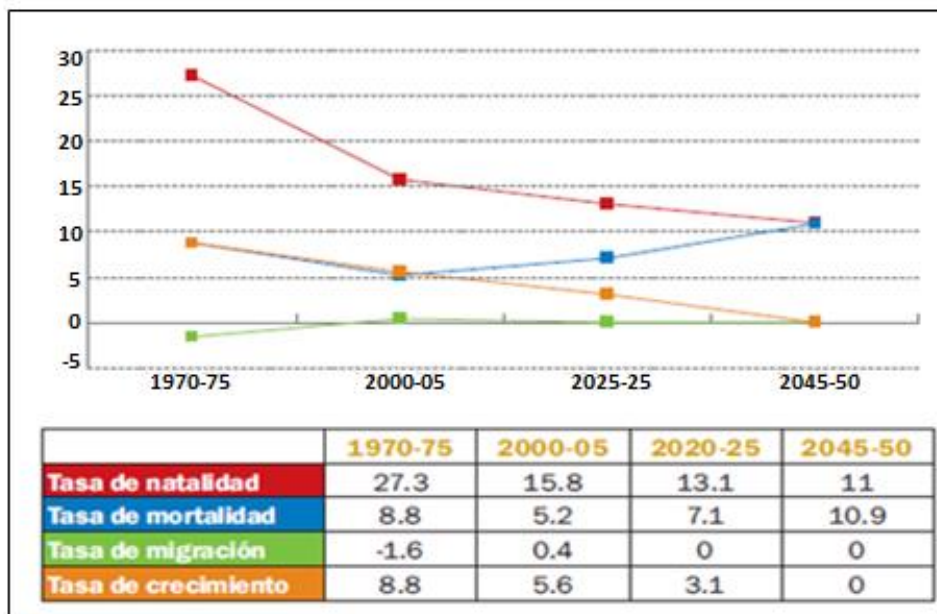
<sup>20</sup> CEPAL, Fecundidad.

<sup>21</sup> Las Personas Mayores en Chile, SENAMA.

<sup>22</sup> Migración, RAE.

Para finalizar, en el **gráfico N°6** se encuentran los aspectos relacionados con las condicionantes demográficas que suscitan el envejecimiento de la población, este gráfico presenta un resumen de estas variables, además del crecimiento de la población, la que muestra un descenso acelerado<sup>23</sup> que se presentará a continuación:

**Gráfico N°6: Tasa de Mortalidad, Natalidad, Migración y Crecimiento**



Fuente: INE – CEPAL, Observatorio demográfico n°3, 2007

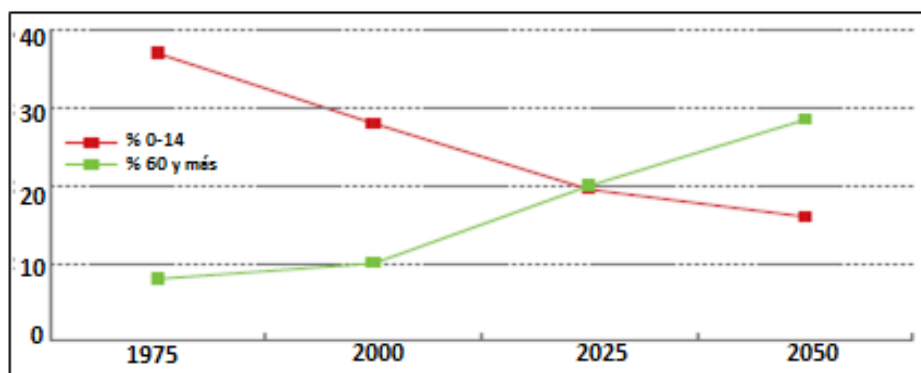
Todo lo anterior se puede explicar mediante el índice de envejecimiento demográfico, el cual define la razón de adultos/as mayores sobre el total de niños/as y adolescentes en una población y que se interpreta como el número de adultos/as mayores por cada 100 niños/as y adolescentes de hasta 15 años de edad, por lo tanto, un aumento de este índice significa que las personas están viviendo más años y esto generará que aumente el porcentaje de población adulta

<sup>23</sup> Las Personas Mayores en Chile, SENAMA.

mayor, así también se puede reflejar una disminución en la tasa de natalidad o ambas.

Lo anterior se refleja en el siguiente **gráfico N°7**, que representa los segmentos etarios de 0 a 14 y de 60 años y más, en el cual las curvas de ambos grupos se superponen cerca del año 2025, y luego el segmento de mayores de 60 años supera al de menores de 15 años.<sup>24</sup>

**Gráfico N°7: Evolución curva menores de 15 y mayores de 59 años. 1975-2050 (Porcentajes)**



Fuente: INE – CEPAL, Observatorio demográfico n°3, 2007

- **Envejecimiento Regional**

La dinámica de la transición al envejecimiento demográfico de la población no se ha dado de igual forma entre las regiones del país, así lo confirma la Encuesta CASEN 2015, donde la Región de Valparaíso presentó un 20,6%<sup>25</sup> en cuanto a la población entre 60 años y más resultó ser la más significativa, siendo la Región de Tarapacá (12,4%), de Antofagasta (12,6%) y de Atacama (14,0%) quienes resultaron obtener los porcentajes más bajos. Por lo tanto, según su distribución poblacional es la que cuenta con el mayor porcentaje de la población de adultos

<sup>24</sup> Las Personas Mayores en Chile, SENAMA.

<sup>25</sup> Encuesta CASEN 2015, Ministerio de Desarrollo Social.

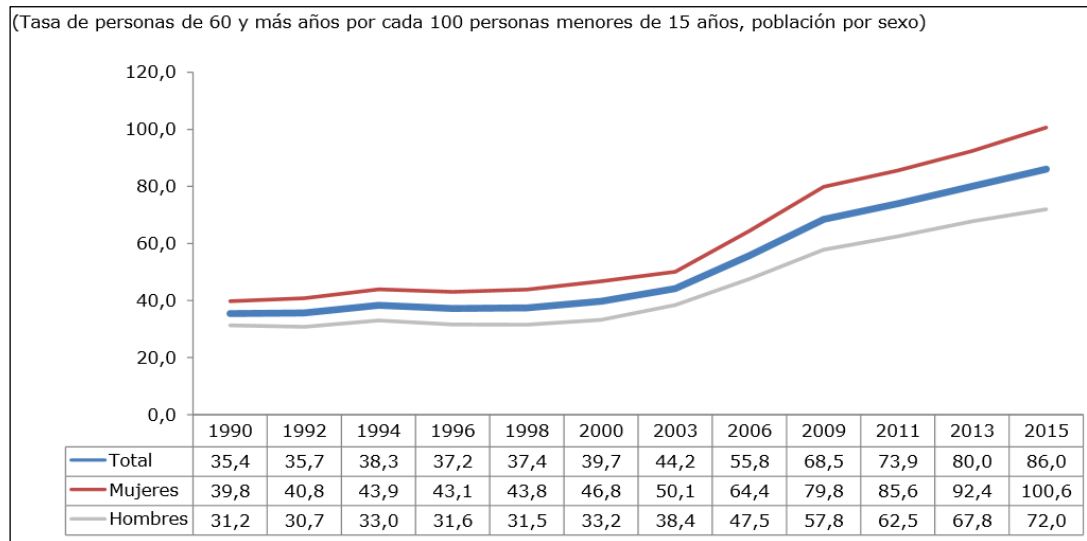
mayores, situación que indicaría que comparada con las otras regiones del país, es la que posee la población más envejecida, esta situación se representa a través de la siguiente tabla:

**Número y porcentaje de personas de 60 años y más por región  
(2009 – 2015)**

Región	2009		2011		2013		2015	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Arica y Parinacota	20.771	11,6	25.322	14,4	25.066	14,6	29.305	17,5
Tarapacá	28.795	9,9	40.512	13,4	38.428	12,2	40.467	12,4
Antofagasta	71.149	13,2	66.976	12,1	62.499	11,1	72.367	12,6
Atacama	25.756	9,5	42.797	15,6	37.371	13,5	39.328	14,0
Coquimbo	108.982	15,6	109.318	15,2	115.456	15,6	133.593	17,6
Valparaíso	267.514	15,7	329.857	18,8	328.332	18,3	376.326	20,6
O'Higgins	142.537	16,5	137.382	15,6	146.948	16,3	162.171	17,7
Maule	149.359	15,1	162.005	16,2	190.931	18,7	191.884	18,6
Biobío	291.825	14,7	314.013	15,6	348.361	17,0	389.191	18,8
La Araucanía	146.221	15,6	165.659	17,4	172.212	17,8	189.076	19,2
Los Ríos	52.398	14,4	63.615	17,3	72.428	19,7	71.990	19,5
Los Lagos	117.570	14,8	127.827	15,5	146.564	17,4	150.241	17,4
Aysén	12.021	12,8	12.890	13,0	14.580	14,4	15.325	14,8
Magallanes	20.242	13,8	28.940	19,2	25.087	16,7	29.298	19,4
Metropolitana	1.031.093	15,3	1.011.238	14,7	1.160.894	16,5	1.185.041	16,6
<b>Total</b>	<b>2.486.233</b>	<b>15,0</b>	<b>2.638.351</b>	<b>15,6</b>	<b>2.885.157</b>	<b>16,7</b>	<b>3.075.603</b>	<b>17,5</b>

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen, 2009-2015.

Por consiguiente, la Región de Valparaíso es la que posee el índice de envejecimiento más alto en comparación a las regiones del país, lo cual se vislumbra en el **gráfico N°8**:



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen, 2009-2015.

Finalmente, la distribución de la población adulto mayor de acuerdo a los sub-rangos etarios se manifiesta de la siguiente forma en la Región de Valparaíso:

Sub-rango etario	N°
<b>60 – 64 años</b>	99.439
<b>65 – 69 años</b>	84.513
<b>70 – 74 años</b>	71.067
<b>75 – 79 años</b>	50.558
<b>80 años y más</b>	70.749
<b>TOTAL</b>	<b>376.326</b>

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen, 2009-2015.

- **Envejecimiento en PADAM**

En cuanto al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor, los adultos mayores han sido su grupo objetivo desde sus inicios. A partir del año 2000 se define como un grupo prioritario de su labor. Esta decisión institucional se refleja en un aumento de la cobertura institucional y de incremento en estrategias ambulatorias para dar respuesta a las distintas necesidades y requerimientos de las personas mayores.

Lo anterior, es generado por el proceso de envejecimiento demográfico que ha ido enfrentando Chile y que por la misma necesidad de nuestro país es que se han ido implementando programas orientados al Adulto Mayor.

El programa acoge a un grupo heterogéneo de Adultos Mayores, generalmente aquellos que viven en situación de pobreza y exclusión social, disponiendo de menos factores protectores para mantener o mejorar su calidad de vida, especialmente cuando su condición de salud y dependencia son afectados, esta situación los hace recurrir a un mayor apoyo social (instrumental, afectiva y funcional) apoyo que sus familias o personas significativas no siempre pueden brindarles

Es por esto que el Hogar de Cristo, en sus programas residenciales y ambulatorios recibe a más de 5000 adultos/as mayores mensualmente. Sin embargo, aun sumando la cobertura con el Estado, existe una brecha significativa entre la oferta actual y el total de Adultos Mayores que requieren de un programa de Atención Domiciliaria para mejorar su calidad de vida.

Acorde a la misión de la institución “Ampliar las oportunidades de una vida mejor” y a lo expuesto, el programa mantiene la prioridad de generar servicios domiciliarios que permitan acompañar a los Adultos Mayores en su medio habitual, fortaleciendo sus vínculos familiares y sociales.

### **III.- Teorías del Envejecimiento**

- **Teorías Biológicas del Envejecimiento**

Existen gran variedad de teorías biológicas que explican el proceso de envejecimiento, es decir, que tratan de esclarecer el por qué envejecemos y por

qué morimos, tratando de buscar las bases que definen las causas de la declinación que se produce en el organismo a nivel biológico.

Como se planteó anteriormente, existe gran diversidad de teorías biológicas, las cuales todas llegan a un punto común, solo diferenciándose entre teorías basadas en factores externos y las basadas en factores internos. Las de **factores externos** están referida a causas externas que identifican factores del medio ambiente y que influyen en nuestra capacidad de sobrevivir a cualquier agresión externa sea voluntaria o involuntaria. Las teorías de los **factores internos** señalan como causas de envejecimiento un deterioro del organismo y entre estas la más señalada es la neuroendocrinológica (Moragas, R., 1991).

Dentro de las teorías biológicas existentes, éstas se señalan continuación:

### **1. Teoría de disfuncionamiento del sistema inmunológico**

El sistema inmunitario es la línea de defensa más importante contra toda sustancia exógena que pueda entrar en nuestro cuerpo a través de variados mecanismos tales como reconocimiento y fagocitosis (ingesta) del agente extraño, producción de anticuerpos, entre otros. La teoría inmunitaria del envejecimiento descansa sobre la premisa de que con la edad, disminuye la capacidad de este sistema a sintetizar anticuerpos en cantidades adecuadas, de la clase indicada, y en el momento oportuno, además “el sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra sí mismo y atacar algunas de sus partes, como si fueran invasores extranjeros”. Lo anteriormente expuesto sucede porque con el tiempo suele aparecer cierto material imperfecto, por lo tanto es tratado como una amenaza.

A medida que envejecemos el sistema inmunológico se vuelve menos eficaz en la lucha contra las enfermedades, y es por esto que en los adultos mayores, los mecanismos corporales de defensa están disminuidos ante una enfermedad

común, es por esto que un síndrome viral puede convertirse en fatal. (Mishara, B. y Riedel, R., 2000)

## **2. Teoría de envejecimiento celular**

Propuesta por Child y admite que el proceso de envejecimiento ocurre en consecuencia de la carga eléctrica de los componentes celulares ligados de modo particular a los iones negativos. Estas se enfocan en la importancia del ADN celular y pretenden que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un número creciente de células en el cuerpo. Toda pérdida de información o codificación deficiente de las células determinada por un defecto en ADN puede provocar la muerte celular.

Dentro de la teoría de envejecimiento celular, se encuentran otras teorías que detallan diversas causas que explican la muerte celular, las cuales se describen a continuación:

- a. Teoría del desgaste natural:** Establece que los animales envejecen porque sus sistemas vitales acumulan daños por el desgaste o estrés de la vida de cada día y erosionan las actividades bioquímicas normales que acontecen en células, tejidos y órganos.
  
- b. Teoría de la acumulación de productos de desechos:** En vida de la célula, se sintetizan sustancias útiles para ella, los que son consumidos convirtiéndose en desechos. Además, con el intercambio del ambiente, las células adquieren innumerable cantidad de toxinas y si se acumulan en la célula más toxinas de las que puede eliminar, estas perjudican la actividad normal. Según esta teoría el funcionamiento normal quedaría debilitado por la acumulación de subproductos inútiles emanados por nuestras funciones corporales. (Mishara, B. y Riedel, R., 2000).

- c. **Teoría de la autointoxicación:** Propuesta por Metchhnikov que señala que la causa del envejecimiento del organismo humano depende de los productos del metabolismo y de la descomposición intestinal.
- d. **Teoría del envejecimiento natural:** Propuesta por Catele y Du Nouy, la cual refiere que todos los órganos tienen una ley de crecimiento y otra de disminución de actividad, en la medida que el tiempo pasa.
- e. **Teoría del entrecruzamiento:** La teoría sugiere que el entrecruzamiento químico que ocurre entre proteínas, lípidos y ADN, como resultado a la exposición a factores exógenos como ambiente y dieta, producen cambios en las características físicas de sustancias como el colágeno y la elastina, y con el tiempo los enlaces cruzados aumentan, los tejidos se vuelven menos plegables y se retraen. (Pulido, M.E., 2003)
- f. **Teoría de errores en la síntesis de las proteínas:** Fue propuesta por Schock y dice que el cúmulo de proteínas deficientes es considerada la fuente más importante de deterioro de la capacidad fisiológica de las células.
- g. **Bioquímica o de los radicales libres:** Esta fue propuesta por Harnan, quien menciona que la vejez es atribuida a los radicales libres y a los peróxidos endógenos, por lo que la causa es más celular que tisular. La teoría descansa en que los radicales libres están involucrados tanto en la formación de los pigmentos de la edad, como en la formación de entrecruzamientos en ciertas moléculas y dañan el ADN, y esto último puede llevar a muerte por apoptosis (muerte celular programada) cuando los sistemas celulares reconocen el daño a este nivel molecular.

Por otro lado, hay evidencias experimentales que confirman que los radicales libres dañan la función celular y que están relacionados con las enfermedades más comunes en el adulto mayor.

### **3. Teoría de las modificaciones del sistema endocrino**

El sistema endocrino es el encargado de la secreción de sustancias llamadas hormonas, que funcionan como mensajeros y actúan sobre las células que tienen receptores específicos para dichas sustancias en el cuerpo, con la finalidad de regular funciones orgánicas relacionadas con el metabolismo, reproducción, síntesis de proteínas, función inmunitaria, desarrollo y conducta.

La secreción hormonal se modifica a medida que envejecemos, por ejemplo el debilitamiento de la función ovárica con la caída de los niveles de estrógeno en sangre, que trae como resultado la menopausia. Entonces, según Lorand plantea que en esta teoría el agotamiento de las glándulas sexuales es la principal causa del envejecimiento.

### **4. Teorías genéticas**

Las teorías genéticas son de especial interés, pues relacionan al envejecimiento con la evolución. El enfoque genético afirma que el envejecimiento está determinado por la expresión de los genes en su interacción con el entorno.

Actualmente los teóricos genéticos creen que para comprender el envejecimiento hay que entender el código genético que determina nuestra longevidad (Mishara, B. y Ríedel, R.; 2000)

## **5. Capiloroopatía Senil**

Esta teoría fue propuesta por Bastal y Dogliotti, admite que los capilares sanguíneos de la piel de las personas mayores sufren una gran cantidad de alteraciones degenerativas de la misma forma que el resto de los capilares del cuerpo.<sup>26</sup>

- **Teorías Psicosociales del Envejecimiento**

El envejecimiento es un proceso dinámico normal del ciclo vital de una persona que aborda el campo de lo biológico, psicológico y social. Aspectos que deben ser considerados en interrelación y evolución permanente. La principal tarea de los/las adultos mayores es la de comprender y aceptar su propia vida, y asimismo utilizar su experiencia para afrontar los cambios personales o pérdidas que se plantean a través de distintas teorías.

### **1. Teoría Psicosocial del Yo**

Erikson establece que el desarrollo funciona a partir de un principio epigenético y postulaba la existencia de ocho fases que se extendían a lo largo del ciclo vital: I sensorio-oral, II anal-muscular, III genital-locomotor, IV de latencia, V de la adolescencia, VI adultez-joven, VII adultez-media y VIII adultez tardía. Los progresos a través de cada estadio están determinados en parte por los éxitos o fracasos en los estadios precedentes, es decir, cada fase comprende ciertas tareas que son psicosociales por naturaleza.

En la etapa de adultez tardía ocurre un distanciamiento social que conlleva un sentimiento de inutilidad dentro del contexto social y la mayoría cree que sus aportes ya no son necesarios. Junto al sentido de inutilidad biológica, surgen las enfermedades y las preocupaciones relativas a la muerte, como respuesta a esta

---

<sup>26</sup> Tribuna del investigador. Julieta Gonzales de Gago.

desesperanza, algunos adultos/as mayores empiezan a preocupar con el pasado. La tarea principal en este estadio es lograr una “integridad yoica”, es decir, llegar a los términos de la vida, y por ende, llegar a los términos del final de ésta. Si el sujeto es capaz de mirar el pasado y aceptar el curso de los eventos transcurridos, las decisiones y la vida tal como ha sido vivida, no necesitarán temerle a la muerte.

## **2. Teoría de la Actividad**

Se fundamenta en la importancia que se les daba a los roles del individuo como la articulación principal entre lo psicológico y lo social. Intenta explicar los problemas sociales y las principales causas que contribuyen a la inadaptación del/la adulto mayor, es decir, describe cómo el proceso de envejecimiento es más satisfactorio respecto a las actividades sociales que realiza el sujeto. Actualmente, la teoría de la actividad enfatiza en la individualidad, en el auto concepto y no en el de la sociedad, puesto que no depende de las expectativas sociales para que el/la adulto mayor determine como provechosa o no la actividad que escoge, no es ésta por sí misma lo que es provechoso sino que lo que para el sujeto realmente tiene sentido.

## **3. Teoría de la Desvinculación**

Propone que el envejecimiento normal está acompañado de un distanciamiento recíproco entre los/las adultos mayores y los miembros del sistema social al que pertenecen, dicha situación puede ser por la propia decisión del interesado o por otros miembros de este sistema, es así como el sujeto poco a poco deja de relacionarse en el ámbito de la vida social, situación recíproca, ya que ésta le ofrece cada vez menos oportunidades.

Esta teoría diferencia variables psicológicas individuales y la distinción de dos tipos de roles que sostienen a la vinculación: los “instrumentales” refieren principalmente a la adaptación activa al mundo exterior y los “socio-afectivos” a la

integración interna del sistema y al mantenimiento de las configuraciones de los valores que influyen sobre sus fines. Para Cumming, la diferencia de género sería distintivo en el proceso de envejecer, pues señala que los hombres han desarrollado principalmente roles instrumentales y las mujeres fundamentalmente roles socio-afectivos.

#### **4. Teoría de la Continuidad**

De acuerdo a esta teoría, no hay una ruptura radical ni transición repentina entre edad adulta y tercera edad, solamente se trata de cambios menores u ocasionales que emergen de las dificultades de adaptación a la vejez, manteniendo siempre una continuidad y estabilidad entre ambas etapas. Se sustenta en dos postulados básicos: a) el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado, prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos y b) al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Desde la perspectiva psicológica, los seres humanos evolucionan de manera distinta, es decir, cada sujeto tiende a producir su propio ambiente en función de su coherencia y éste se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido configurando.

- **Teorías Sociales del Envejecimiento**

Las teorías sociales del envejecimiento consideran a los adultos mayores como una etapa indispensable y de progresiva trascendencia. Por esta misma razón, existen múltiples explicaciones que analizan su implicación en la sociedad, describiendo su impacto demográfico y sus diversas consecuencias de sus

fenómenos y dificultades sociales relacionados al envejecimiento, así como también clarificando el dominio de sus elementos culturales y sociales.

De acuerdo a lo precedente, distintos psicólogos, gerontólogos, sociólogos del artículo *Tribuna del investigador*<sup>27</sup> han propuesto diversas teorías del envejecimiento con el fin de comprender el influjo de los componentes culturales y sociales, así como también se incluirán otros autores que desarrollan sus presunciones respecto a esta temática, los cuales se explicarán a continuación:

### **1. Teoría de la Modernización**

Esta teoría, se asienta en el modelo de Gognalons–Nicolet que acentúa la posición actual del adulto mayor, la que puede ser singularizada por un desplazamiento social, lo cual anteriormente en las sociedades seculares esta población etaria se deleitaba por un estatus de gran prestigio, y de reminiscencia de sus pericias, maestría y erudición. También, desde el punto de vista económico, esta especulación se distingue por una incapacitación a los adultos mayores en el entorno laboral, debido principalmente por los nuevos eventos que producen un mayor sumo de competitividad y superioridad en la configuración de tecnologías de vanguardia. A partir de la generación de este nuevo moderno ambiente progresivo, los adultos mayores se retornan caducados en este sentido, lo cual se origina pugnas intergeneracionales por los cargos de trabajo, apresurando el período para la jubilación con un desenlace de mayor vulnerabilidad y marginación.

### **2. Teoría funcionalista**

Esta conjetura analiza la tarea de las/los adultos mayores desde el punto de vista de la actividad. La cual se explica, por una defensa de la asignación de roles

---

<sup>27</sup> Tribuna del investigador. Julieta González de Gago.

sociales diferentes tras el retiro laboral, y esta misma se vincula con la insuficiencia de actividades que podrían desarrollarse por la población etaria, en relación a la falta de autoestima, generando una disminución del bienestar y calidad de vida. También se postula, que la persona que envejece está exhibida a padecer y a almacenar una sucesión de detrimentos físicos y psicológicos que aminoran su potestad y disminuyen su competencia.<sup>28</sup> Por lo tanto, se infiere que la población mayor en la medida de su procedimiento de socialización, ha incorporado diversas actuaciones sociales que van a determinar sus comportamientos y conductas en relación a las normativas sociales concedidas, independientemente de los eventos que se vayan originando.

Por otra parte, según *los derechos de las personas mayores* de CEPAL<sup>29</sup>, la teoría funcionalista del envejecimiento tuvo su raíz en los años sesenta y setenta del siglo pasado, estimando a la vejez como una forma de ruptura social, y que según la teoría del rol, es una pérdida progresiva de funciones. Del mismo modo, sus críticos la direccionan, como una manera de comprender el envejecimiento, la que se establece como un instrumento doctrinario que evidencia sus razonamientos sobre la condición dificultosa de una población que se deteriora, y que considera a las personas mayores como improductivas o no comprometidas con el desarrollo de la sociedad. También, se aprecia la reiteración en la relevancia de la adecuación personal del individuo, con la que se corre el riesgo de que se desarrolle un egocentrismo y un aislamiento progresivo en este ciclo vital.

---

<sup>28</sup> Tribuna del investigador. Julieta González de Gago.

<sup>29</sup> Los derechos de las personas mayores. CEPAL. Módulo 1 “Hacia el cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez”.

### 3. Teoría económica

Comprende la posición de las personas mayores en las sociedades capitalistas modernas, en donde la calidad de vida durante esta etapa está directamente influenciada por la posición en el mercado laboral al momento de la jubilación. La cual se puede explicar a través de las afirmaciones de los críticos, que postulan que aun cuando esta aproximación resulte útil, debe acordarse por una continuidad pre y post jubilatoria, la cual no existe en la esfera económica, en el nivel de ingreso o en el plano de las relaciones sociales, comprendidas como relaciones de producción, y que tampoco resulta satisfactoria la alternativa de considerar a las personas mayores como una categoría social única, singularizadas por la desvinculación del sistema productivo y la tributación a la seguridad social.

También conforme a la autora Aída Díaz Tendero Bollain<sup>30</sup>, su presunción se centra en el núcleo de la investigación gerontológica en el estudio de los procesos sociales que determinan la distribución de los recursos, considerando que el estatus, los recursos de las personas adultas mayores y la trayectoria del propio proceso de envejecimiento inclusive, están condicionados por factores económicos y sociales. De esta manera se deduce, una destacada importancia del estudio de la variabilidad intracohorte del grupo etario conformado por las personas adultas mayores a partir de dimensiones de la estratificación como la clase, el género y la raza/etnia, lo cual se asocia con las inquietudes desprendidas desde las dimensiones del Estado y las políticas en materia de seguridad social y asistencia social.

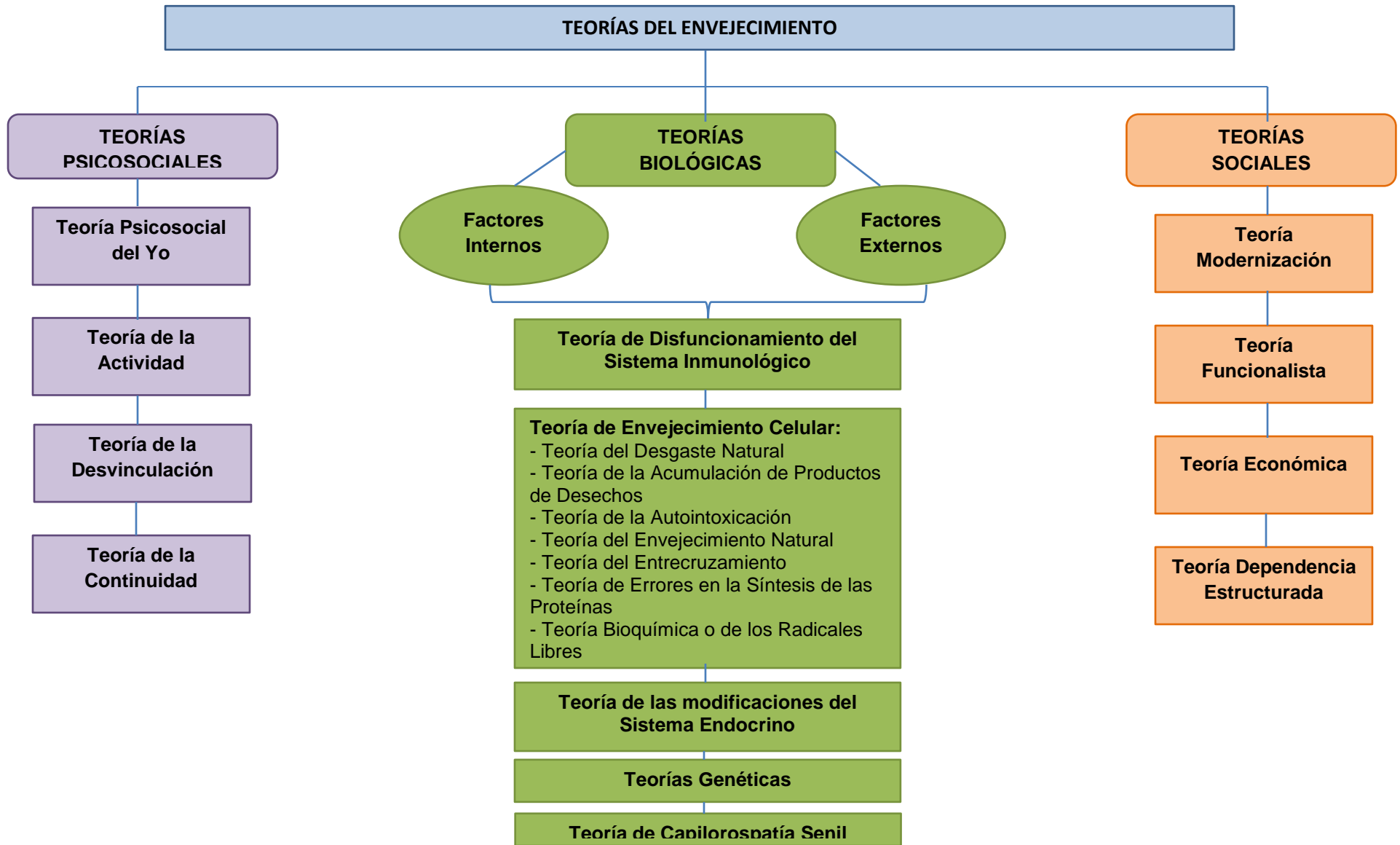
---

<sup>30</sup> La teoría de la economía política del envejecimiento: Un nuevo enfoque para la gerontología social. Aída Díaz Tendero Bollain.

## **6. Teoría de la dependencia estructurada**

En este postulado, se permite esclarecer elementos importantes, respecto a las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas mayores, las cuales a su vez actúan como un correctivo del individualismo. Sin embargo, tal como señala McMullin (1995), todas estas teorías sociales no cuestionan los supuestos que subyacen a la corriente dominante, sino más bien examinan la vida de las personas en el contexto de los marcos sociológicos establecidos, por lo que el ideal respecto al que se juzga a las personas mayores es la vida productiva y reproductiva de las generaciones jóvenes, lo cual permite inferir que es completamente insuficiente para entender la vejez, y se encamina su atención en *el sistema social* en vez de dirigirla a las características de las personas, sugiriendo que la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia, y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social.

A continuación se presenta un mapa conceptual que agrupa de manera sintética, los tipos de teorías que explican el envejecimiento:



#### IV.- Políticas Públicas del Adulto Mayor

- **Protección jurídica internacional de los adultos mayores**

Los adultos mayores han sido valorados como representativos sujetos de protección a través de la certificación de sus derechos consagrados en múltiples declaraciones, tratados y pactos internacionales. Los cuales se expondrán a continuación:

**1. La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948):** Alude inicialmente al adulto mayor como *“Toda persona que tiene derecho a los seguros en caso de vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”*<sup>31</sup> (artículo 25.1).

**2. Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991):** Se refiere al principio de la independencia, el cual respalda el derecho que tiene el/la adulto mayor a radicarse en su propio domicilio, así como también de disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad. Por otra parte, menciona que las/los adultos mayores podrán gozar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados.

**3. Sistema Interamericano de Derechos Humanos:** A partir del artículo 16 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” (1969), se indica que el derecho a la seguridad social es *“Toda persona que tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, le imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia”*<sup>32</sup>.

**4. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en derechos económicos, sociales y culturales, conocido como "Protocolo de San Salvador" (1988):** Abarca las medidas direccionadas a conseguir la *Protección de los Adultos Mayores*, que alude en el artículo 17, que establece que toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad y que los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

---

<sup>31</sup> Declaración Universal de los Derechos Humanos.

<sup>32</sup> Artículo XVI, Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre.

- a. Facilitar emplazamientos aptos, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas.
- b. Efectuar programas laborales dedicados a otorgar a las personas mayores la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos.
- c. Alentar la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

**5. Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1982):** Adoptó el *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*, documento que reúne un conjunto de sesenta medidas en materias de carácter sociosanitario relacionadas con la vejez. Asimismo, diferentes asambleas y conferencias a nivel internacional consagran los derechos de los adultos mayores conforme a sus intereses, necesidades y condiciones de vida particulares.

- **Promulgación de Ley N° 19.828**

Los cambios demográficos del país debido al proceso de envejecimiento conllevaron cambios significativos en todas las áreas de la vida nacional, es por ello que el Gobierno decidió enfrentar este tema con una mirada de presente y especialmente de futuro, es así como emerge la creación de la Comisión Nacional para el Adulto Mayor, en Enero de 1995. La experiencia recogida por ese Comité reflejó de manera fehaciente que los programas específicos para los/las adultos mayores requieren de un enfoque multidisciplinario en su concepción y planificación, situación que requiere la creación de un ente que coordine y promueva el enfoque intersectorial en el mejoramiento de los programas así como también en la creación de nuevas acciones que se puedan realizar a favor de los/las adultos mayores a nivel de Gobierno. Es así como en forma unánime la Comisión propone la creación de una entidad u organismo público del Adulto Mayor con las funciones de coordinar las acciones de los Servicios del Estado y de la sociedad civil en beneficio de esta población.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, se crea el 17 de Septiembre de 2002 mediante la promulgación de la Ley N°19.828, la cual tiene por objeto establecer la creación de este servicio, que velará por la plena integración del/la adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución de la República y las leyes le

reconocen, determinando como adulto/a mayor a toda persona que haya cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres.

SENAMA inicia sus funciones en Enero del año 2003, un servicio público funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se encuentra sometido a la supervigilancia de la Presidenta de la República a través del Ministerio de Desarrollo Social. El cometido principal que compromete a todo el equipo SENAMA es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores de nuestro país.

A continuación, se señalan los objetivos del Servicio Nacional del Adulto Mayor:

SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR	
<b>Misión</b>	Fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas.
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la integración y participación social efectiva de las personas mayores.</li> <li>- Articular una red de servicios sociales dirigida a personas mayores en situación de vulnerabilidad y/o dependencia.</li> <li>- Inducir un cambio cultural que promueva la valoración positiva de las personas mayores.</li> <li>- Fortalecer la gestión territorial de SENAMA.</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia

- **Política Nacional para el Adulto Mayor**

Aproximarse a una política nacional para el adulto mayor refiere a la necesidad de asumir la vejez y el envejecimiento de la población como una preocupación a nivel de Gobierno como también de toda la sociedad, puesto que las problemáticas que afectan a los/las adultos mayores no se solucionan solamente con la acción del Estado, sino que parte importante de su solución requiere de la comunidad y asimismo de la familia, debido a esto la Comisión Nacional para el Adulto Mayor formuló esta política.

El objetivo general que propone es *Lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los Adultos Mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y, alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los Adultos Mayores*<sup>33</sup>. Para alcanzar este propósito se requiere de un cambio cultural en la sociedad chilena, puesto que es necesario que se valore a los/las adultos mayores como un patrimonio moral y experiencial del cual

<sup>33</sup> Comité Nacional para el Adulto Mayor – Gobierno de Chile: Política Nacional para el Adulto Mayor

son portadores, es decir, la percepción que tiene que cambiar en la sociedad es que esta población no es aquella inactiva o pasiva y llena de enfermedades como se tiene conceptualizada, sino más bien, las generaciones deben considerarlos como sujetos sanos y que son un aporte a la sociedad, reconociendo sus derechos y siendo tratados con la dignidad que merecen.

Por lo tanto, se vuelve primordial realizar un cambio desde la esfera familiar y asimismo desde los procesos educativos en los distintos niveles para procurar que niños, niñas y adolescentes aprendan a conocer y valorar a los/las adultos mayores y, al mismo tiempo, a asumir su propio proceso, de manera que las condiciones con que enfrentan su vejez se vean mejoradas debido a las acciones preventivas que podrán adoptar. Además, en forma paralela, emerge como una política complementaria del cambio cultural, la necesidad por razones de justicia y solidaridad de mejorar la calidad de vida de los/las adultos mayores. De esta manera, el país debe hacer un esfuerzo por mejorar las condiciones de vida de la actual población envejecida e igualmente debe asumir las proyecciones del impacto demográfico que implicará el aumento de ésta. De acuerdo a ello, surgen objetivos específicos, a partir de los cuales se operacionaliza el objetivo general:

Objetivo Específico	Descripción
<b>Fomentar la participación e integración social del Adulto Mayor</b>	Fomentar la participación e integración social de los/las adultos mayores en todos los ámbitos de la sociedad. Se debe procurar la interacción de la comunidad toda con éstos, para lograr a valorar sus aportes y percepciones, actitudes y visión de la vida que pueden contribuir en las generaciones posteriores.
<b>Incentivar la formación de recursos humanos en el área</b>	Existe un déficit de profesionales y técnicos especializados en la temática de adulto mayor, lo cual impide la realización de estudios que posibiliten mayor conocimiento de la problemática y la implementación de decisiones en favor de esta población.
<b>Mejorar el potencial de salud de los Adultos Mayores</b>	Incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa específica en la perspectiva de un envejecimiento activo, con el fin de mejorar y mantener las condiciones de autovalencia en los/las adultos mayores.
<b>Crear acciones y programas de prevención</b>	El enfoque preventivo tiene un énfasis educativo para que la población reciba información respecto al proceso de envejecimiento, a la incorporación al sistema de previsión social y su importancia en la vejez.
<b>Focalizar los subsidios estatales en los sectores más carenciados de Adultos Mayores</b>	Las acciones de los servicios públicos deben superar el asistencialismo y procurar acciones más integradas en que el objetivo de mejorar la calidad de vida signifique lograr más desarrollo personal e integración social del adulto mayor.
<b>Fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la familia y comunidad</b>	Las familias deben recibir un apoyo por parte de los servicios públicos que posibiliten una mejor atención y desarrollo de los/las adultos mayores.
<b>Fomentar el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación</b>	Incentivar el uso del tiempo libre del/la adulto mayor en actividades que signifiquen generar un desarrollo personal y en salud mental y física.

Fuente: Elaboración Propia.

Finalmente, cabe señalar que los valores son opciones fundamentales que dan un significado trascendente a las acciones específicas que se pueden elaborar en favor de los/las adultos mayores, es por ello que esta política se basa en la equidad y la solidaridad intergeneracional. Asimismo, se compone de diversos principios tales como autovalencia y envejecimiento activo, prevención, flexibilidad en el diseño de políticas públicas, descentralización y la subsidiariedad del Estado y rol regulador.

- **Política Integral de Envejecimiento Positivo**

Actualmente existe una Política Pública que responde a la demanda de nuestra sociedad y que está destinada a enfrentar los desafíos actuales y del futuro en Chile, es la reconocida **Política Integral de Envejecimiento para Chile**, ejecutada y destinada a aplicarse dentro de los años 2012-2025.

Se reconoce que la *Política Integral de Envejecimiento Positivo* ofrece una respuesta particular a los desafíos del envejecimiento, la que refiere a un conjunto de orientaciones y acciones del Estado. Por lo tanto, esta política es “**integral**” en tanto considera los aportes que pueden realizar los distintos Ministerios y Servicios Públicos en colaboración con otros actores sociales. La política es de “**envejecimiento**” porque responde a procesos dinámicos que ocurren a lo largo del curso de la vida y la historia, y no solamente a la condición estática de ser persona mayor. La política es de **envejecimiento “positivo”**, porque no se limita a solucionar problemas sino que a buscar un futuro deseable donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde las personas mayores sean saludables, integradas y reporten niveles de bienestar subjetivo tan alto como los jóvenes. La política es “**para Chile**” porque a todos los chilenos nos afecta el envejecimiento de la estructura demográfica y todos envejecemos desde el momento en que nacemos. Y la política tiene un plazo de “2012-2025” porque se propone objetivos a trabajar desde el presente hasta el 2025, año en que las personas mayores serán tantas como los jóvenes y en que la vejez habrá envejecido.

La política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile, buscar crear un futuro deseable donde se cumplan **tres objetivos generales**. Para lograr los tres objetivos generales, la política propone **13 objetivos específicos** que quedan señalados en la siguiente tabla:<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025, SENAMA, Ministerio del Desarrollo Local.

Objetivos Política Integral de Envejecimiento Positivo	
<b>Objetivos Generales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proteger la salud funcional de las personas mayores.</li> <li>- Mejorar su integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad.</li> <li>- Incrementar, de forma transversal, el bienestar subjetivo de las personas mayores.</li> </ul>
<b>Objetivos específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la oferta, calidad y eficiencia tanto de los servicios de cuidados como de acción, protección, prevención, atención y rehabilitación de las personas mayores.</li> <li>- Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las personas mayores.</li> <li>- Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.</li> <li>- Aumentar las oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades sociales, recreativas y productivas.</li> <li>- Mejorar el nivel educacional y laboral de las personas mayores.</li> <li>- Proteger la seguridad económica de las personas mayores.</li> <li>- Adecuar vivienda, medios de transporte y ciudades para las personas mayores.</li> <li>- Disminuir la prevalencia del maltrato activo o pasivo contra las personas mayores.</li> <li>- Aumentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos.</li> <li>- Mejorar la cobertura y la calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionada a personas mayores.</li> <li>- Potenciar una identidad social y cultural positiva de las personas mayores.</li> <li>- Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.</li> <li>- Evaluar y optimizar periódicamente la contribución de la política al bienestar subjetivo de las personas mayores<sup>35</sup>.</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia

Para cumplir los objetivos de la política se requiere de un esfuerzo multisectorial. La multisectorialidad de los objetivos específicos de la política agrupa tres grandes líneas de acción interrelacionadas: **Envejecimiento Saludable, Activo y Positivo. La primera línea de acción** se orienta a promover el envejecimiento saludable e incluye compromisos del Programa Elige Vivir Sano, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Deportes y el Servicio Nacional de Adulto Mayor. Entre las acciones de corto plazo se destacan por su escala nacional la promoción de prácticas de vida saludable alineadas con la estrategia sanitaria 2011-2020, la realización de 340 talleres y eventos deportivos para personas mayores y la habilitación de 34 recintos deportivos de uso preferente para personas mayores. Tomando en cuenta que no todas las personas mayores pueden realizar deporte, también se han establecido compromisos para realizar otras acciones en el corto plazo.

<sup>1</sup> Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025, SENAMA, Ministerio del Desarrollo Local.

**La segunda línea de acción** se orienta a promover el envejecimiento activo e incluye compromisos de los Ministerios del Trabajo y Previsión Social, de Transportes y Telecomunicaciones, de Vivienda y Urbanismo, el Servicio Nacional de la Mujer, entre otros. Las acciones de mayor alcance para promover la vida activa incluyen, entre otras: la disminución focalizada en la cotización de salud que beneficio a más de un millón de pensionados el 2012, la capacitación laboral a 450 mujeres mayores emprendedoras a lo largo del país durante el 2013, la operación de 500 servicios de trasportes para personas mayores en zonas aisladas en regiones y un subsidio a la vivienda para familias de cuatro integrantes incluyendo a una persona mayor.

**La tercera línea de acción** se orienta a promover el envejecimiento positivo e incluye compromisos de los Ministerios de Desarrollo Social, de Educación, del Trabajo y Previsión Social, de Justicia, del Interior, de Economía, la Secretaria general de la Presidencia, el Servicio Nacional de la Mujer, entre otros. Los compromisos de corto plazo más significativos incluyen la prevención y atención del maltrato, combinando estudios con atención a través de líneas telefónicas especialmente habilitadas, modificaciones legales y atención especializada en la Corporación de Asistencia Judicial. Estas medidas beneficiarán a todas las personas mayores, con especial atención a todas las que han sido víctimas de cualquier tipo de maltrato, pasivo o activo.

## V.- Cuidados del Adulto Mayor en Chile

- **Cuidador**

Los cuidadores son elementos importantes en el cuidado de adultos mayores con alguna discapacidad física y/o con trastornos cognitivos, por lo tanto, su rol es determinante en la asistencia del sujeto para que pueda realizar sus actividades de la vida diaria, atendándolo con respeto y dignidad para contribuir a la mejora de su calidad de vida. De este modo, se les define como *aquellas personas que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros, en sus actividades cotidianas*<sup>36</sup>, contexto en el cual el/la adulto mayor y su cuidador/a comparten gran parte del tiempo, produciéndose una estrecha relación de dependencia, donde el bienestar de cada uno de ellos es fundamental.

La experiencia de cada cuidador es única, pues son múltiples los aspectos que hacen que la experiencia difiera de cuidador en cuidador, es así como el por qué se cuida, a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el

---

<sup>36</sup> Glosario gerontológico, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile

grado de la dependencia, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se le hagan a los cuidadores, etc., son algunos de esos aspectos que la diferencian (Mintz, 1995). No obstante, a pesar de que los tipos de cuidados y actividades a ejecutar dependen de cada situación en particular, existen tareas que resultan ser comunes a la mayoría de los contextos de cuidado, dentro de ellas se contempla higiene personal, la ayuda en actividades del hogar y en su desplazamiento dentro y fuera de él, supervisión en la toma de medicamentos, colaboración en tareas de enfermería, ayuda para comunicarse con los demás cuando existen dificultades para expresarse, entre otros.

Cabe señalar, que el hecho de ser cuidador formal o informal, también implica que éstos aprendan a cuidarse a sí mismos, sin dejar de enfocar su aprendizaje al adulto/a mayor que se está cuidando, sino que se debe abarcar la importancia del cuidado emocional, físico y psíquico de quien se encuentra a cargo del cuidado, ya que en el proceso de brindar los cuidados al sujeto dependiente son receptores de una carga física y emocional, produciéndose muchas veces estrés en quienes cumplen esta función.

- **Tipos de Cuidadores**

Cuidar a adultos mayores comprende una tarea que exige una gran capacidad humana para respetar la dignidad de éstos y mantener su autonomía, de igual modo, debe mantener una posición positiva hacia el/la adulto mayor que cuida y en la adaptación de todos los cambios que conlleva este proceso. En este contexto, existen cuidadores capacitados y remunerados y otros que sin preparación responden a la realidad familiar que surge. De este modo, se distinguen dos tipos de cuidadores: **los cuidadores familiares o informales y los profesionales o formales**, su elección depende del grado de dependencia que se produzcan así como también de los recursos económicos que cuente el grupo familiar para afrontar la situación de cuidado del/la adulto mayor.

- **Cuidador familiar o informal:** Familiar que ejerce la tarea de cuidado cuando la persona mayor vive en casa y necesita del apoyo de otro. El cuidador informal presta la asistencia básica, no se refiere a cuidados profesionales<sup>37</sup>. La relación que se produce entre cuidador familiar y la persona cuidada se rige por los afectos y solidaridad en la mayoría de los casos, sin embargo, con el transcurso del tiempo puede transformarse en una relación fría e interpersonal, pareciéndose a las que establecen generalmente con los cuidadores profesionales.

---

<sup>37</sup> Glosario gerontológico, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile

Es así que, por diferentes motivos, participan en una labor a la cual le dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo, es decir, permiten que el/la adulto mayor pueda desenvolverse en sus actividades de la vida diaria, ayudándoles en su adaptación en cuanto a las limitaciones que presentan.

Generalmente, es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, siendo las mujeres: esposas, hijas y nueras quienes adjudican este rol. Una de las principales razones de porqué la mayoría de los cuidadores son mujeres se debe a la educación recibida y la construcción cultural que se transmite respecto a la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado. No obstante, a pesar de su claro predominio, los hombres participan cada vez más en este rol, ya sea como cuidadores principales o como ayudantes de las cuidadoras principales.

La mayor información sobre el perfil del cuidador se obtiene de estudios descriptivos, los cuales están orientados a los cuidadores informales. Las características de los cuidadores han sido mostradas como similares en distintas culturas (Lee, 1997; Rubio Montanes, 1995; Rohde *et al.*, 2001).

<b>Perfil Característico de los cuidadores familiares o informales<sup>38</sup></b>	La mayoría de los cuidadores son mujeres (83% del total)
	Mujeres cuidadoras: 43% son hijas, 22% son esposas y un 7.5% son nueras de la persona cuidada
	La edad media de los cuidadores es de 52 años (20% supera los 65 años)
	En su mayoría están casados (77%)
	Una parte muy sustancial de cuidadores comparte el domicilio con la persona cuidada (60%)
	En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%)
	La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar mayor (85%)
	Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%)
	La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20%)
	Percepción de la prestación de ayuda es la de cuidado permanente
	Una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar a sus hijos (17%)

Fuente: Psicogeriatría: Bases conceptuales y clínica y terapéutica integral.

Cabe señalar, que la experiencia de cuidar difiere en cada cuidador pues existe una diversidad de situaciones de cuidado familiar, dentro de las cuales se contempla el parentesco del/la adulto mayor que se cuida, motivos por los que se cuida y la relación previa entre cuidador y la persona cuidada.

**-Parentesco con la persona que se cuida:** De acuerdo a la situación familiar del adulto/a mayor es quién asume el rol de cuidador, dentro de los cuales pueden ser

<sup>38</sup> Psicogeriatría: Bases conceptuales, clínica y terapéutica integral. Pilar Quiroga. Gustav Rohde.

**a) el esposo o esposa como cuidador**, cuando uno de los miembros de la pareja sufre un deterioro en su salud y necesita ayuda para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, el miembro de la pareja con mejor estado de salud asume este rol, situación que es difícil y requiere de adaptación a la nueva realidad puesto que existen tensiones al no ser una relación recíproca como antes; **b) las hijas y los hijos como cuidador**, generalmente el vínculo entre hija/o y persona cuidada tiende a favorecer la disposición de éste, sin embargo, esto no ocurre cuando anteriormente no hubo una buena relación previa. Muchas veces esta situación es de gran impacto, pues los roles se invierten ya que el padre/madre se convierte en quien necesita ser cuidada y los hijos/as asumen el rol de quien cuida; finalmente **c) los hermanos como cuidadores**, en este caso para los/las adultos mayores resulta más fácil aceptar su ayuda que de otras personas.

**-Motivación para el cuidado:** Gran parte de las personas que cuidan a sus familiares creen que esta es una tarea de deber moral y que existe una responsabilidad social y familiar de acuerdo a normas sociales que deben ser respetadas. Surgen distintos motivos para que esta situación se concrete, ya sea por **a) la pérdida progresiva de autonomía del/la adulto mayor**, situación que implica que un familiar se haga cargo de asumir el rol de cuidador; **b) retiro o muerte del cuidador anterior y/o c) problemas económicos de la familia**, cuando uno o ambos motivos se suman a la primera decisión ésta pasa a ser forzada y determina una pérdida en la autonomía, lo que puede provocar sentimientos negativos hacia el rol asumido (Izal, *et al.* 1994; Eyetsemitan, 2000; Quiroga *et al.*, 2001). Sin embargo, también existen otros motivos para prestar esta ayuda, ya sea por motivación altruista, por reciprocidad, por gratitud y estima, por sentimiento de culpa del pasado, para evitar la censura o para obtener la aprobación social. A partir de estas motivaciones, parece lógico suponer que el mayor peso de una u otra razón influirá en la calidad, cantidad y tipo de ayuda que se proporcionará, así como en el grado de satisfacción con la experiencia de cuidado obtenido por el cuidador (Izal, *et al.* 2000).

**-Relación previa con la persona cuidada:** En la experiencia de cuidar influye la relación previa que mantenían ambas personas. Aquellos cuidadores que antes de que ocurriera la dependencia tenían una relación cercana, de afecto e íntima con el/la adulto mayor, presentan con mayor frecuencia una motivación altruista en este rol. Por el contrario, cuando se ha mantenido una mala relación antes de la dependencia o menos cercana con ella, las motivaciones predominantes son de obligación familiar, la aprobación social o evitación de la censura.

Finalmente, es necesario considerar que la mayoría de los cuidadores familiares o informales inician esta experiencia sin conocimientos previos. En nuestro país la mitad de los cuidadores obtienen información acerca de las tareas que deben ejecutar a través de sus propios medios y solamente un 11% mediante un curso técnico o de parte de un profesional de la salud<sup>39</sup>.

- **Cuidador profesional o formal:** Personal que atiende a la persona mayor en una institución (establecimientos de larga estadía) y también puede ser el personal contratado que asiste al adulto mayor en su hogar<sup>40</sup>. Son personas que hacen de su profesión el cuidar a adultos/as mayores que requieran asistencia, la relación que se produce en este caso es de cuidador y paciente, la cual constituye una dinámica de necesidad de subsistencia y tiende a ser más impersonal. No obstante, existen situaciones en que el cuidador se encariña con la persona cuidada, lo cual puede conllevar a una carga afectiva importante, similar a la de los cuidadores familiares.

Por lo tanto, se entiende por cuidado formal las tareas que oferta un profesional especializado y que van más allá de las propias capacidades de las personas para cuidar de sí mismas o de los demás (Rodríguez-Rodríguez, 2005). Corresponden a un grupo de profesionales cuyo trabajo está expuesto a generar problemas físicos como emocionales, dentro de los cuales existen dos tipos, ya sean aquellos que tienen lugar en las instituciones o el que se contrata a través de las familias para que preste sus servicios en el hogar, quienes cuentan con un límite horario en sus actividades a realizar.

Sin embargo, debido a la realidad socioeconómica de las familias, en variadas ocasiones afrontar los cuidados de un/a adulto mayor conlleva altos costos, ingresos que no son suficientes para contratar personal especializado que asuma este rol o en caso de que sea necesario institucionalizarlos en alguna residencial para este grupo etario, ya que es escasa la oferta pública en este ámbito, siendo la mayoría de estos centros de carácter privado y por ende, con valores que la familia no puede costear por sus propios medios, siendo algún familiar quien se adjudica este rol. Asimismo, otro motivo que emerge es que la confianza en los cuidadores informales llega a ser tanta que otros tipos de ayuda son excluidos, pues no aceptan fácilmente ayuda de entidades u organizaciones de asistencia en el domicilio o comunidad, pues adoptan una posición de ser indispensables en esta tarea y/o de lo contrario admitirían un sentimiento de culpa.

---

<sup>39</sup> Psicogeriatría: Bases conceptuales, clínica y terapéutica integral. Pilar Quiroga. Gustav Rohde.

<sup>40</sup> Glosario gerontológico, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile.

- **Carga del cuidador**

Es importante entender que al concepto de carga se le atribuyen diferentes dimensiones o aspectos, determinados por costes económicos del cuidado, carga física asociada al cuidado, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, entre otros. Por otra parte, también es relevante comprender el por qué surge este concepto, entendiendo que la carga del cuidador es un término que se ha llevado a cabo para entender el sentimiento de carga del cuidador, y los problemas prácticos que se asocian al cuidado directo y cotidiano con los pacientes, ya que esto ha revelado un importante factor tanto en la utilización de servicios de larga estancia como en la calidad de vida de los cuidadores y en efecto, de los propios adultos mayores.

La carga es una concepción clave en el análisis de las repercusiones del cuidado de las personas mayores sobre la familia, utilizado recurrentemente para la investigación del proceso de cuidar y sus efectos. La investigación de esta misma en el ámbito gerontológico comenzó en la década de los años 1980 considerando la carga de los cuidadores como la clave del mantenimiento de las personas con demencia en la comunidad (Zarit, *et.*, 1980).

Por otro lado, según la literatura gerontológica, la carga se refiere a las dimensiones de **carga subjetiva** versus **carga objetiva**. Entendiendo la primera como las actitudes y reacciones emocionales que puede sufrir o tener el cuidador, ante la experiencia de cuidar, por ejemplo un autoestima baja, tensión, ansiedad, ira, rabia y depresión. Mientras que la segunda, se define como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores, por ejemplo los cuidados del diario vivir, atención de salud básica y atención de enfermería.

- **Cambios vivenciados por el cuidador**

La vida de aquellas personas que atienden a una persona mayor dependiente puede verse afectada de muchas maneras, ya que no es fácil para ninguna persona enfrentarse al hecho de que alguien cercano dependa de ella para continuar adaptándose a su vida cotidiana, incluso aquellos cuidadores especializados en el tema o que mejor afrontan la situación del cuidado de una persona mayor dependiente tienen que hacerse la idea de que una persona necesita de su cuidado y supervisión casi constante para sobrevivir, y que deben dedicar gran cantidad de tiempo y esfuerzo a esta nueva actividad.

Cuidar a una persona mayor dependiente es una tarea compleja que no sólo implica cumplir las tareas de cuidado familiar dependiente, sino también

enfrentarse a situaciones difíciles en las que participan, además otras personas (Izal, 2000).

Esta tarea ha sido identificada como uno de los acontecimientos que más estrés puede producir en la vida de una familia, al tratarse de una situación de estrés crónico que se mantiene en el tiempo, por ejemplo, cuando el cuidador tiene que compatibilizar las responsabilidades del cuidado de la persona mayor con la atención y dedicación a otros familiares (hijos, cónyuges, etc.), lo cual se da en la mayoría de los casos. También son situaciones estresantes los conflictos familiares que pueden surgir por diferencias de opinión respecto al cuidado familiar.

Tales situaciones estresantes no hacen surgir los sentimientos negativos de forma automática, más bien los cuidadores perciben las situaciones, las interpretan en función de sus experiencias previas, creencias y expectativas y después se sienten mejor o peor en función de dichas interpretaciones (Brodaty *et al.*, 1990). Además el apoyo de la familia, contar con amigos, hablar de lo que uno hace, siente o piensa, acudir a grupos de apoyo, conocer la enfermedad o la causa de la dependencia, hacer ejercicio, tener ratos de descanso, entre otros. Son algunos de los factores fundamentales que ayudan a enfrentar el cuidado del adulto mayor, así mismo aprender a manejar los sentimientos difíciles que puedan surgir en su vida como consecuencia de las dificultades y tensiones asociadas al cuidado (Donaldson *et al.*, 1999).

El cuidado del adulto mayor puede generar sentimientos tanto negativos como positivos, este último hace referencia a que la tarea de cuidar a otra persona hace experimentar a muchos cuidadores sentimientos positivos por el simple hecho de que la persona a la que cuida y a la que quiere se encuentre bien puede hacer experimentar esos sentimientos, mostrarle su agradecimiento, haciéndole sentirse bien al cuidador.

Tomando en consideración que existen ciertos **cambios experimentados** positivos y negativos del cuidador, de la misma forma existen cambios que generalmente padecen en su mayoría los cuidadores del adulto mayor dependiente, cambios que se generan en: a) las relaciones familiares, b) el trabajo y situación económica, e) el tiempo libre, f) su salud y g) su estado emocional.

El primer cambio experimentado, es decir, **las relaciones familiares**, hace referencia a que se deben asumir nuevos roles cuando se requiere el cuidado de un adulto mayor, y la tarea de cuidar puede crear situaciones de conflicto interpersonal entre personas que antes no lo tenían (Vitaliano, 1991). Existen niveles de estrés muy altos en aquellas familias en que un cuidador familiar está a

cargo de una persona con demencia, en efecto pueden aparecer conflictos familiares por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación con el comportamiento, decisiones y actitudes de unos u otros hacia la persona mayor o por la forma en que se proporcionan los cuidados, a veces hay sentimientos del cuidador principal acerca de que el resto de la familia no es capaz de apreciar el esfuerzo que realiza (Gatz *et al.*, 1990)

Otro cambio típico es la inversión de papeles, ya que recurrentemente la hija se convierte en cuidadora de su madre variando así la dirección en la que se produce el cuidado habitual de padres e hijos. Este cambio requiere una nueva mentalidad respecto al tipo de relación que existía anteriormente y exige al cuidador, en definitiva, un esfuerzo de adaptación y esto es especialmente complejo cuando la persona mayor padece demencia en una fase media o avanzada (Dura *et al.*, 1991).

En relación a esta área familiar, es frecuente que la persona mayor dependiente se vaya a vivir con el cuidador principal y su familia. Este cambio puede ser también una fuente de conflictos, puesto que la familia también se ve afectada por la nueva situación, no siempre deseada. El cuidado del adulto mayor requiere de diversas tareas, tiempo y dedicación, los que muchas veces la pareja o los hijos/as echan de menos para ellos.

Dentro de este contexto familiar surgen dos tipos de conflictos, los **abiertos** y **encubiertos**, el primero de ellos son los que se producen por una discusión o choque entre dos o más miembros de la familia, a partir de lo cual puede iniciarse un período de distanciamiento más o menos largo. El segundo conflicto se caracteriza por el surgimiento de sentimientos negativos que, no obstante, no vienen acompañados por una confrontación directa entre las persona implicadas y que, al acumularse sin ser expresados, favorecen el resentimiento y el enfriamiento de la relación.

En segundo lugar se encuentran los cambios que se generan en **el trabajo y la situación económica**, ya que para muchos cuidadores es conflictivo mantener un trabajo a la vez que realizan la tarea de cuidado, por lo que se producen cambios en la situación laboral y económica por ausentismo y aumento de los gastos. En algunas ocasiones tienen la sensación de abandonar a la persona mayor para ir al trabajo y, en otras, la de estar incumpliendo con el trabajo, de hecho la mayoría de los/las cuidadores/as no pueden plantearse trabajar, han abandonado su trabajo o han reducido su jornada laboral. También son frecuentes las dificultades económicas, ya sea porque disminuyen los ingresos o porque aumentan los gastos derivados del cuidado del anciano.

Por otro lado, el tercer cambio que se genera es el **tiempo libre** del cuidador, es posible entender que cuidar una persona mayor dependiente exige mucho tiempo y dedicación. Una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al descanso, a los amigos, se debe dedicar ahora a afrontar esa tarea. Es frecuente que el familiar cuidador perciba que no tiene tiempo para sus distracciones, incluso es posible que no se dedique ese tiempo a sí mismo por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si lo hace está abandonando su responsabilidad. La reducción de actividades en general y, sobre todo, de las actividades sociales es muy frecuente y está estrechamente relacionado con sentimientos de tristeza y de aislamiento.

El penúltimo cambio que enfrenta el cuidador es el ámbito de la **salud**, el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar es una vivencia muy frecuente en los cuidadores. Si se compara a personas que cuidan a personas sin esa responsabilidad, los cuidadores tienen una peor salud, además las personas que cuidan visitan más al médico y tardan bastante más tiempo en recuperarse de las enfermedades.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la edad media de los cuidadores principales es de 52 años y que un 20% representa a mayores de 65 años. Por tanto, es muy probable que en ellos estén comenzando algunos de los cambios que conlleva el envejecimiento, como disminución de la fuerza muscular, cambios en algunas estructuras que permiten el movimiento, siendo sometidos a un esfuerzo físico mayor cumpliendo con actividades que requieren energía y pueden cansar a cualquiera, sobre todo si se suman a otras actividades en el propio hogar.

Además, el hecho de que el cuidador deba levantar y mover a individuos con movilidad limitada, no solo cansa, sino también, puede resultar en golpes o heridas para ambos, incluso en algunas ocasiones existe una responsabilidad adicional de darle mantenimiento a ciertos equipos, como silla de ruedas o camas de hospital (Díaz *et al.*, 1995).

Por último, manifestar que dentro del ámbito de salud está demostrado que los cuidadores tienen un alto riesgo de desarrollar algún trastorno psíquico y elevadas tasas de trastornos del ánimo (depresión) en relación a la población general.

Finalmente, el determinante cambio que se genera en el cuidador es el **estado emocional**, los sentimientos que se experimentan cuando se está cuidando a un familiar mayor son múltiples y diversos. En todos los cuidadores aparecen emociones y sentimientos tanto positivos como negativos hacia la persona que cuida y hacia sí mismo.

El primer paso para aprender a manejar este tipo de sentimientos es reconocer que se tienen, y aceptarlos como algo lógico y normal en determinadas situaciones.

Así cuidar a una persona mayor puede ser muy satisfactorio para él, especialmente cuando se lucha por alguien que se quiere, o se expresa cariño e interés, superando situaciones difíciles a base de fuerza, constancia y dedicación, llevando a descubrir al cuidador nuevas cualidades de sí misma.

Aunque la mayoría de las veces la experiencia de cuidar a una persona dependiente suele llevar asociados múltiples y variados sentimientos negativos que pueden convertir la tarea del cuidado en una labor difícil y, en ocasiones frustrante para las personas que la desempeñan. Algunos cuidadores presentan grandes dificultades para aceptar los sentimientos negativos y tienden a reprimirlos y negarlos, no solo ante los demás sino también ante sí mismos (Aneshensel *et al.*, 1995). Los sentimientos negativos más comunes que sufren los cuidadores son los sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión y desesperanza, al igual sentimientos de enfado e irritabilidad, especialmente cuando los cuidadores sienten que su situación es injusta o su labor como poco reconocida, además de sentimientos de preocupación y ansiedad ante la situación por la que pasan y por último sentimientos de culpa, generalmente por reaccionar con la persona que cuida o por pensar que no hace todo lo que se puede hacer.<sup>41</sup>

- **Demencia**

Las demencias se pueden definir como *un conjunto de enfermedades caracterizadas por una pérdida de las habilidades intelectuales previamente adquiridas, como la memoria, el lenguaje, el juicio o el razonamiento y que también se asocian a trastornos emocionales y del comportamiento, alteraciones tan importantes que interfieren con el funcionamiento diario del sujeto, es decir, la persona afectada pierde su independencia y se ve impedida de efectuar las actividades que anteriormente podría realizar.*<sup>42</sup>

Por lo tanto, de acuerdo a lo precedente, se entiende que un individuo que poseía un intelecto, y memoria habitual, y que por el resultado de un determinado padecimiento cerebral, se comienzan a desvanecer esas capacidades que poseía, lo cual dicha pérdida imposibilita a los sujetos a realizar normalmente sus actividades cotidianas, siendo las más engorrosas, tales como el manejo en los medios de transporte o el dinero, y las más simples, como vestirse o bañarse.

---

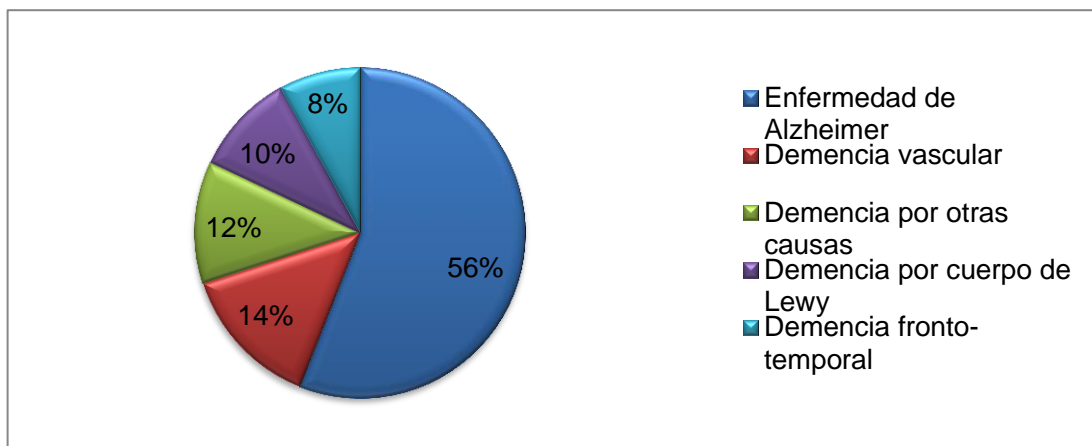
<sup>41</sup> Psicogeriatría: Bases conceptuales, clínica y terapéutica integral. Pilar Quiroga. Gustav Rohde.

<sup>42</sup> Definición de demencias según "Enfermedad de Alzheimer y otras demencias". Guía para familiares y cuidadores.

Asimismo, las demencias se pueden originar a partir de diferentes causas, las cuales pueden deberse a enfermedades del propio cerebro, como la enfermedad de Alzheimer, la demencia fronto-temporal y las demencias por cuerpos de Lewy, las cuales son ocasionadas por la muerte anormal de neuronas en ciertas áreas del cerebro, sin que se comprendiera aún el mecanismo específico que las desencadena. Otras son causadas, por accidentes vasculares cerebrales, infartos o hemorragias, siendo ellas, la demencia vascular o por secuelas de traumatismos cerebrales graves, por tumores cerebrales, por infecciones como la encefalitis por herpes o el SIDA, o inclusive por enfermedades generadas por priones, como la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, emparentada con la “Enfermedad de las vacas locas”.

Por otra parte, existen demencias secundarias debido a las anomalías en el funcionamiento de diferentes órganos del cuerpo que influyen indirectamente en el cerebro, tales como un trastorno de la glándula tiroides o una enfermedad crónica de los riñones o del hígado, así como también a sustancias potencialmente tóxicas en las personas de edad, como el alcohol o fármacos como tranquilizantes y antidepresivos. De acuerdo a lo expresado, se presentarán en el **gráfico N°9**:

**Gráfico N°9: Principales causas de la demencia**



Respecto al gráfico precedente, se puede inferir que las demencias con mayor frecuencia son la enfermedad de Alzheimer y las demencias vasculares, prosiguiendo la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia fronto-temporal. Siendo la menos repetitiva, las demencias secundarias en relación a una infección, a una enfermedad médica general o el abuso de fármacos.

Por otro lado, se ha de mencionar, que las diversas demencias expuestas se diferencian unas con otras, principalmente por los síntomas iniciales que poseen en los individuos que las padecen, es así como la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por comenzar con dificultades con la memoria, tales como olvidar el dinero, de una conversación o de determinados objetos. También en la demencia

fronto-temporal, los sujetos comienzan a presentar problemas en su conducta, tales como aparecer desinhibido o comenzar a expresar improperios, surgiendo escasas dificultades de memoria.

- **Demencia Tipo Alzheimer**

La enfermedad de Alzheimer, es la demencia más relevante y frecuente en la población de adultos mayores, evidenciado por los datos internacionales, los cuales estiman que en Chile, hay más de 150.000 personas que padecen la demencia, de la cuál más del 50% posee la enfermedad de Alzheimer<sup>43</sup>. Respecto a esta enfermedad, aquella está asociada con la edad, ya que con frecuencia se incrementa con el envejecimiento, lo cual no quiere decir que todas las personas mayores desarrollen o la desencadenen.

La causa de la enfermedad de Alzheimer es desentendida, pero se han podido reconocer deterioros en las características del tejido cerebral (las placas de amiloide y los ovillos fibrilares) y una aminoración de la cantidad de neurotransmisores, es decir, se conducen como mensajeros químicos entre las neuronas.

También se ha de considerar que existen un variedad de factores de riesgos asociados a esta enfermedad, siendo el principal de ellos, el envejecimiento, ya que se duplica en su frecuencia cada cinco años a partir de los 65 años, de modo que del 40% de la población mayor de 80 años tienen Alzheimer, otros de los factores de riesgo, se ligan a los factores genéticos, que al tener un familiar directo que posea esta enfermedad, se aumenta el riesgo de su progreso, también los factores vasculares, tales como la hipertensión arterial, obesidad, hipercolesterolemia y la diabetes. Por otra parte, se reconocen los factores protectores, los cuales son el nivel educacional, la mantención de relaciones interpersonales activa, dieta saludable y la práctica habitual de ejercicio físico.

La evolución de la enfermedad de Alzheimer se puede diferenciar por tres etapas siendo las siguientes:

1. **Etapa Leve:** En esta etapa, el sujeto presenta déficits para la memoria reciente, desorientación temporal y dificultades para efectuar tareas complejas. También se pueden producir síntomas emocionales, como ansiedad o depresión y negación de la enfermedad. El sujeto, puede

---

<sup>43</sup> Dato extraído de “Enfermedad de Alzheimer y otras demencias”. Guía para familiares y cuidadores.

mantener suficiente autonomía como para vivir solo/a sin auxilio, o efectúa un trabajo relativamente simple.

**2. Etapa Moderada:** En esta etapa el sujeto presenta alteraciones graves en la memoria y en la orientación. Se incrementan los problemas de comunicación y las reacciones emocionales se acentúan. Así como también aumenta la dependencia en las actividades de la vida cotidiana.

**3. Etapa Severa:** En esta etapa el sujeto presenta desorientación total, con severas dificultades de comunicación, muchos individuos presentan gran agitación, trastornos del sueño, comportamientos repetitivos e incontinencia esfinteriana, y a la vez se es dependiente para todas las actividades diarias.

Estas diferentes etapas desarrolladas anteriormente, son representadas como una decadencia gradual del conjunto de capacidades intelectuales y funcionales que comparecen los adultos mayores, en el sentido inverso a la adquisición de estas mismas habilidades por la persona desde recién nacido hasta la edad adulta, lo cual este proceso ha sido denominado como retrogénesis.

**Principales síntomas en las diferentes etapas de las demencias:**

Adaptado de B. Reisberg y colaboradores, 1982<sup>44</sup>

Etapa de la demencia	Principales síntomas
<b>Demencia leve</b>	Dificultad en el trabajo y en la comunicación verbal. Las principales manifestaciones de esta etapa son: -El sujeto puede haberse perdido en lugar no familiar. -Los compañeros detectan una baja en el rendimiento laboral. -Las personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres. -Pueden asociarse síntomas de ansiedad, depresión y una disminución de la iniciativa.
<b>Demencia moderada</b>	Disminución de la capacidad para viajar, para contar o recordar acontecimientos recientes. Las principales manifestaciones de esta etapa son: -Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes. -Dificultad para organizar viajes, ocuparse de sus finanzas personales y en la toma de medicamentos.
<b>Demencia moderada- severa</b>	Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio, dificultades para recordar nombres. Las principales manifestaciones de esta etapa son: -No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc. -Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc. -Recuerda su nombre y el de su esposa e hija.

<sup>44</sup> Reisberg y colaboradores. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry. 1982;139 (9): 1136-9

<b>Demencia moderada a severa</b>	Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia, desorientación en tiempo y espacio. Las principales manifestaciones de esta etapa son: -Desconoce acontecimientos de su vida. -Mantiene ciertos recuerdos de su vida pasada. -Requiere asistencia en las actividades cotidianas.
<b>Demencia muy severa o etapa terminal de las demencias</b>	Pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora. Las principales manifestaciones en esta etapa son: -Pérdida progresiva de las capacidades verbales. -Incontinencia de orina. -Requiere asistencia en el aseo y en alimentación. -Progresivamente incapaz de caminar sin ayuda. -El sujeto se pone rígido.

## VI.- Teorías de los cuidados del Adulto Mayor

- **Teoría de la dependencia o discapacidad en el Adulto Mayor**

Al aproximarnos al concepto de dependencia resulta esencial diferenciarlo de la enfermedad y deficiencia, puesto que estos últimos se relacionan más con la función orgánica de la persona, mientras que la dependencia es la expresión de una limitación funcional cognitiva en un contexto social, por ende, es la brecha existente entre las capacidades de la persona –condicionadas por su salud– y las demandas del entorno, es decir, lo que exige el medio físico, laboral y/o social. En este sentido, la discapacidad no es únicamente un concepto médico, no es un problema de salud, sino más bien social. Esta dificultad o incapacidad obliga a la persona que la padece a solicitar ayuda de otra, para poder realizar esas actividades cotidianas, en esto consiste la dependencia.<sup>45</sup>

Existen definiciones clásicas acerca de la dependencia, autores como Barthel la definen como “la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”, por su parte, Baltes y Wahl la describen como “la necesidad del individuo de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él”. Asimismo, desde el punto de vista asistencial Abanto refiere “cuando se recurre a un tercero o cuidador y estos cuidados afectan a actos elementales de la vida”.<sup>46</sup>

Distintos organismos han construido sus propias concepciones, la Organización Mundial de la Salud define la dependencia como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”, mientras que el Servicio Nacional del Adulto Mayor la enmarca “dentro de las limitaciones o incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria”. Por su parte, el Consejo de Europa la concibe como

<sup>45</sup> Dependencia de los Adultos Mayores en Chile, Superintendencia de Salud, 2008

<sup>46</sup> DISCAPACIDAD/DEPENDENCIA: Unificación de criterios de valoración y clasificación. Miguel Querejeta González, 2003

“el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y /o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referentes al cuidado”.<sup>47</sup>

En la búsqueda del significado del concepto de dependencia, se ha contemplado como algo no solo asociado con la situación biológica de la persona, sino también fuertemente influenciada por las condiciones ambientales, sociales, culturales, económicas y psicológicas. Desde una concepción más amplia, el concepto de dependencia tiene una naturaleza más compleja en la que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales.

Según Baltes y Wahl, se estaría hablando por lo tanto de una dependencia multidimensional, multicausal y multifuncional en donde influirían factores físicos, psicológicos y contextuales.<sup>48</sup>

Según estos autores, los factores que causan la dependencia serían los determinados en la siguiente tabla:

Factores Antecedentes de la Dependencia		
Factores físicos	Factores psicológicos	Factores contextuales
Fragilidad física Enfermedades crónicas Utilización de fármacos	Trastornos mentales Rasgos de personalidad	Ambiente físico Ambiente social → Contingencias ambientales → Expectativas y estereotipos

Fuente: Envejecer con éxito, prevenir la dependencia, 2009.

La dependencia conlleva dos consecuencias: *a) un estado “anormal” para la persona*, pues ésta ha vivido de forma autónoma durante toda su vida y ahora se encuentra en una situación de dependencia que afecta negativamente el modo en que se ve y se valora, su autonomía y bienestar; y *b) las necesidades básicas de la persona deben ser satisfechas por su entorno más próximo*, siendo generalmente la familia quienes asumen esta responsabilidad, a menos que se presenten otras posibilidades como ingreso a instituciones de larga estadía, ayuda privada, entre otros. Esta ayuda que presta la familia implica múltiples cambios en distintos niveles, ya sea social, emocional, económico, laboral y de salud.

<sup>47</sup> Consejo de Europa, 1998, tomado del Libro Blanco de la Dependencia, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. España, 2004.

<sup>48</sup> Baltes, M.M. y WAHL, H. (1990). Dependencia en los ancianos. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), Gerontología clínica. Intervención psicológica y social. Barcelona: Martínez-Roca.

De acuerdo a lo anterior, se distinguen tres tipos de dependencia.<sup>49</sup>

Tipo de dependencia	Descripción
<b>Dependencia física</b>	Puede aparecer de manera repentina, también puede surgir de manera lenta y progresiva, como pérdida de la visión y audición, dificultades para realizar algunos movimientos, abotonar una camisa, etc., en estos casos la dependencia resulta más difícil de medir tanto por la familia como por la persona afectada, siendo la primera quien se responsabiliza por los cuidados generalmente.
<b>Dependencia psíquica o mental</b>	Es un proceso progresivo, se aprecia en la cotidianidad cuando la comunicación va perdiendo coherencia y finalmente se vuelve casi imposible, para quienes se ven afectados se les dificulta expresar sus necesidades y cuidar de sí mismas, mientras que para sus familias el primer paso consiste en admitir que existe un cambio psíquico en el/la adulto mayor, produciendo impacto en el deterioro que evidencia el familiar
<b>Dependencia afectiva</b>	Puede provocarse por un golpe emocional que implica cambios de comportamiento, la ausencia del/la cónyuge suele ser la más grave, además surgen desorientaciones y demandas de compañía.

Fuente: Elaboración Propia.

De igual modo, la dependencia se puede considerar según el “*Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*” como una constante que va desde lo leve a lo severo, según las actividades de la vida diaria involucradas y su asistencia necesaria para su realización. Lo cual se ilustra a continuación:

Grados de dependencia	
<b>1.- Dependencia Severa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Esta categoría incluye a todos los individuos con limitación funcional severa, los cuales debido a esta condición siempre requieren ayuda.</li> <li>-De acuerdo a la limitación severa, comprende las siguientes situaciones: a) individuos postrados, b) sujetos que presenten demencia, c) presencia de alguna incapacidad para efectuar 1 ABVD y/o incapacidad para efectuar 2 AIVD.</li> <li>- Si las personas cumplen con alguno de los 3 criterios expuestos, son consideradas como personas dependientes severas.</li> </ul>
<b>2.- Dependencia Moderada</b>	-Esta categoría requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incorpora las siguientes situaciones: a) incapacidad para bañarse, b) requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 ABVD, c) requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar 3 AIVD, d) Incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD.
<b>3.- Dependencia Leve</b>	-Esta categoría se ha definido como a) incapacidad para efectuar 1 AIVD, b) necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD y c) necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD. <sup>50</sup>

Fuente: Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores. SENAMA.

<sup>49</sup> Manual del Cuidado de Personas Dependientes y con Pérdida de Autonomía. Servicio Nacional de Salud – SENAMA, 2009.

<sup>50</sup> Tipos de grados de dependencia, según Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores. SENAMA.

Según Casado y López, hay por lo menos dos cuestiones metodológicas de mayor importancia cuando se intenta medir y/o proyectar la dependencia. La primera se refiere a qué entendemos por una persona dependiente y segundo, a cuán dependiente es la persona. Respecto de la primera cuestión, en la literatura se encuentran dos ámbitos a partir de los cuales se define la dependencia.<sup>51</sup> Una es lo que se llama **las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)** son las actividades elementales de autocuidado, están basadas en la realización de forma independiente de las siguientes actividades: vestirse, comer o asearse. La segunda engloba el concepto de **actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**, las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad, incluyendo actividades como utilizar el teléfono, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, entre otras.<sup>52</sup>

De acuerdo a Casado, las principales diferencias se pueden observar según cada propuesta aborda tres cuestiones: 1) las actividades de la vida diaria que deben considerarse; 2) el modo en que la falta de autonomía para realizar cada una de las actividades se agrega para derivar una medida global de dependencia y; 3) el método de recolección de la información: declaración por parte de los individuos o de sus familiares frente a observación directa respecto de las actividades de la vida diaria.

Las diferencias aparecen cuando se evalúa el grado de autonomía del individuo respecto a las actividades que se consideren. De este modo hay instrumentos simples donde lo que se evalúa es si el individuo necesita o no ayuda para realizar las actividades, hasta aquellos que tienden a evaluar grados de ayuda para cada una de las actividades. A continuación se presenta la siguiente tabla que representa las necesidades de ayuda de las personas dependientes, según tipo de actividad.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
Vestirse Bañarse Comer Asearse Levantarse de la cama y acostarse Deambular (moverse dentro del hogar)	Utilizar el teléfono Comprar cocinar Limpieza del hogar Lavar ropa Utilizar medios de transporte Gestionar la medicación Llevar las cuentas

Fuente: Casado (2007:2)

Respecto de la forma de agregar cada una de las distintas actividades existen dos enfoques. El primero, consiste en construir un índice que tiene la característica de ser jerárquico y excluyente, es decir, a cada actividad se asigna

<sup>51</sup> Dependencia de los Adultos Mayores en Chile, Superintendencia de Salud.

<sup>52</sup> Cuidados y Dependencia en Chile, Acciones y Modelos de Intervención-Gobierno de Chile.

un nivel determinado de importancia y cada individuo es clasificado de manera excluyente en cada categoría que agrupa a parte de las actividades consideradas.

Un segundo enfoque, consiste en construir un índice sintético de tipo cardinal a partir de la suma de determinadas puntuaciones asignadas a cada individuo en función de cada una de las actividades consideradas, las cuales se requiere que tengan una evaluación en términos del grado de dependencia en cada una de las actividades, es decir, que considere, por ejemplo, si el individuo es autónomo, necesita ayuda parcial o total.<sup>53</sup>

- **Teoría del Estrés de el/la Cuidador**

Cuidar a una persona mayor es una situación compleja, más aun si el adulto mayor es dependiente. Para poder comprender el significado de lo descrito previamente, es necesario entender variados conceptos en relación al cuidado y estrés, los cuales serán descritos en el apartado siguiente.

Se puede distinguir que en el proceso de cuidado hacia una persona mayor se originan ciertos acontecimientos en la familia, que finalmente son dirigidos a una condición de estrés que afecta a diversos elementos en la relación del cuidado, estos son:

- El cuidador y la persona que recibe los cuidados
- La interacción de estas personas entre sí y con otras personas (familiares, amigos, profesionales de la salud, etc.)
- Las circunstancias que rodean la vida de quienes forman parte de la situación.<sup>54</sup>

Todos estos elementos se ven encasillados directa o indirectamente en un estado de **estrés del cuidador**, entendiendo este último como *“una tensión emocional, que puede llegar a producir depresión, y dificultades físicas provocadas por brindar cuidados a terceros/as que puede manifestarse en ansiedad, irritabilidad, disforia, violencia tanto en el ámbito social como profesional y/o familiar. En relación a la parte somática, se manifiestan en migrañas, fatigas crónicas, asma, hipertensión, colon irritable, ulcera entre otros”* (Mena, Molina, Vega & Mieres, 2016).

El estrés se produce por diferentes síntomas médicos, englobando aflicciones de cabeza, tensión, presión alta, alteraciones digestivas y dolores crónicos, apreciándose entre un 70% y 90% en las personas que lo experimentan. Así como también, ha sido implicado en desórdenes psicológicos, como en

---

<sup>53</sup> Dependencia de los Adultos Mayores en Chile, Superintendencia de Salud.

<sup>54</sup> Psicogeriatría: Bases conceptuales, clínica y terapéutica integral. Pilar Quiroga. Gustav Rohde.

reacciones ansiosas, depresiones, abuso de drogas, insomnio y la violencia inexplicable, etc.

Particularmente se ha de aludir, que según indagaciones, indican que los efectos del estrés en los cuidadores poseen un índice elevado, lo cual se puede explicar, por una investigación que permitió identificar los **rasgos asociados al estrés**<sup>55</sup>, con las personas a cargo de los enfermos en los servicios de cuidado domiciliario de Washington (Lalonde *et al*, 1993), evidenciando una relación entre la autopercepción de estrés y rasgos del cuidador, que no eran controlables por los servicios de salud: edad, estado de salud del cuidador y género del paciente. De esta misma manera, se demostró que la tensión emocional se relacionaba con el estado funcional del paciente, las actividades que requieran ayuda y número de horas dedicadas a realizar esas actividades

Otra de las investigaciones, según Segura Noguera *et al*, infieren que los desórdenes que afectan la autonomía y salud mental de los pacientes crónicos que están siendo cuidados en el hogar, poseen un aumento de la patología psíquica de los cuidadores, especialmente si son familiares de la persona mayor.

Por otro lado, Donaldson en EE.UU (Donaldson *et al.*, 1998) estudia el impacto de los síntomas no cognitivos en 100 cuidadores, reconociendo como predictores de estrés, la presencia de depresión, las alteraciones conductuales, la relación entre cuidador y paciente y el género del cuidador, arrojando el predictor más fuerte entre ellos, la depresión en los pacientes.

De acuerdo a lo precedente, se puede deducir que el estrés juega un papel trascendental en el cuidador y persona que recibe los cuidados, desde sus propias influencias ambientales, fisiológicas, emocionales y susceptibilidades personales.

La gran mayoría de la población mayor en nuestro país, requieren atención y asistencia en sus actividades diarias, debido a que se encuentran imposibilitados para ejecutar sus tareas, de acuerdo a sus deterioros, pérdidas y disminución de sus capacidades. Por esta razón, se incorpora el gran significado que poseen las personas que se hacen cargo del cuidado de los adultos mayores, su compatibilización de obligaciones, deberes, y compromisos que conllevan este proceso. Lo cual se asocia con diversos estudios que demuestran el alto nivel de estrés que se produce como consecuencia de esta labor.

Por lo tanto, el **Síndrome del Cuidador** consiste en *“un trastorno que se presentaría en personas que desempeñan un rol de cuidador principal de una persona dependiente, que se caracteriza por un agotamiento físico y psíquico. La*

---

<sup>55</sup> Rasgos asociados al estrés, Psicogeriatría: Bases conceptuales, clínica y terapéutica integral.

*persona tiene que afrontar una situación nueva, en la que no está preparada y consume todo su tiempo y energía (...)*” (Hospitales Nisa, s.f).

Por otra parte, este síndrome posee una lista de síntomas que ayudan a detectar que el cuidador/a esta en esta situación, la cual se expone en la siguiente tabla:

Síntomas del Síndrome del Cuidador
-Está constantemente irritado/a. -Casi nunca sonríe. -Se siente constantemente cansado/a o bajo presión. -Pierde sueño, pasa horas sin poder dormirse, duerme mal. -Grita, llora o tiene enojos frecuentemente. -Le niega afecto y sentimientos gratificantes a su paciente. -Le niega comida, baños, cambios de ropa, etc. -Se rehúsa a salir, ni siquiera a una caminata, porque su paciente lo necesita. -Se niega a gastar bienes y servicios que el paciente necesite porque se va a morir pronto y es dinero desperdiciado. -Constantemente le echa la culpa al paciente por estar en esta situación. -Agrede verbalmente al paciente constantemente y por cosas poco importantes.

Fuente: Psicogeriatría: Bases conceptuales, clínica y terapéutica integral.

Un aspecto relevante en este Síndrome es la medición del estado de estrés o de las situaciones predictoras, lo cual se debe realizar con frecuencia, pues es una tarea en beneficio no sólo de la calidad de vida del cuidador sino que también de la calidad de los cuidados que entregan. Para este fin existen muchas escalas, desde aquellas simples que solamente son una medición general subjetiva orientada a la toma de conciencia del cuidador respecto al nivel de estrés que presenta así como también escalas con puntuaciones que son validadas, las cuales se utilizan en clínica o investigación.

Una de las escalas simples es la autoevaluación del cuidador:

Escala de autoevaluación para el cuidador
1.- Salgo o hago ejercicio por lo menos una vez a la semana 2.- Duermo bien entre 7 y 9 horas cada noche 3.- Hablo o visito con unos tres amigos cada semana 4.- Tengo chequeos médicos y dentales anualmente 5.- Tomo todas las medicinas según me han sido prescritas para mantenerme saludable 6.- Mis papeles legales o financieros están en orden disponibles 7.- Cada semana reviso algún nuevo recurso sobre el cuidado de pacientes 8.- He leído y estoy al tanto de los Derechos del cuidador 9.- Hago tres comidas balanceadas al día

Fuente: Psicogeriatría: Bases conceptuales, clínica y terapéutica integral.

Respecto al área clínica y de investigación, las más utilizadas son:

**-Entrevista sobre la carga del cuidador (Zarit, 1982):** Este instrumento está diseñado para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado, donde se tienen en cuenta distintos aspectos, tales como salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor receptora de cuidados.

**-Inventario Neuropsiquiátrico (NPI)** (Cummings *et al.*, 1994): Mide la intensidad y frecuencia de presentación de diversos síntomas no cognitivos y el nivel de estrés que ellos provocan en los cuidadores. Asimismo, integra una escala de evaluación de la carga emocional de éstos en situaciones generadas por la tarea de cuidar.

En nuestro país debido al envejecimiento acelerado que se ha producido, existen gran cantidad de cuidadores de adultos mayores. Por ello, en el año 2000 se realizó un estudio transversal descriptivo con una muestra de 26 pacientes de Concepción y Valparaíso, diagnosticados con EA mediante criterios NINCDS-ADRDA y sus correspondientes cuidadores familiares o profesionales a los que se les aplicó la escala NPI (Neuro Psychiatry Inventory)<sup>56</sup> para medir síntomas psíquicos y conductuales y el estrés en cuidadores frente a síntomas no cognitivos de demencia.

De acuerdo al estudio se observó que:

- |  |
|--|
| - La agitación y desinhibición fueron los síntomas que mayor estrés causaron, promedio 3.5 y 3.9 respectivamente   |
| - El síntoma no cognitivo más prevalente fue la apatía, reportado diariamente en el 53% de los casos, siendo considerado severo en un 37%  |
| - La irritabilidad y las alucinaciones se presentaron con escasa frecuencia, cuya severidad fue considerada moderada o leve en más del 80%, generando un significativo nivel de estrés |

Cabe señalar que la aplicación del NPI permite concluir respecto a dos aspectos son fundamentales del estrés que les provocan los síntomas no cognitivos: **1) en el ámbito cuantitativo**, a frecuencia con que se presenta un síntoma sería más “estresante” que la intensidad de éste y **2) en el ámbito cualitativo**, los síntomas que más estrés generaría serían aquellos que implican cambios conductuales, especialmente la hiperactividad psicomotora y/o alucinaciones o ideas delirantes, situación que altera notoriamente las relaciones interpersonales.<sup>57</sup>

De acuerdo a estos hallazgos, se identifica que los cuidadores son quienes sobrellevan las serias repercusiones de la enfermedad como una tarea de familia, donde el principal soporte y apoyo para el adulto mayor son ellos mismos.

<sup>56</sup> Psicogeriatría: Bases conceptuales, clínica y terapéutica integral. Pilar Quiroga. Gustav Rohde.

<sup>57</sup> Psicogeriatría: Bases conceptuales, clínica y terapéutica integral. Pilar Quiroga. Gustav Rohde.

# **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

## Presentación

El presente capítulo da a conocer el diseño metodológico de la investigación llevada a cabo, para el cual se ha seleccionado la metodología de carácter cualitativa, con el propósito de comprender la problemática de estudio y posteriormente alcanzar los objetivos planteados en esta misma.

Asimismo, se determina que el tipo de estudio a utilizar es exploratorio-descriptivo, el cual permite indagar y ampliar el conocimiento sobre el fenómeno observado, para tener una mayor precisión de la problemática a estudiar y, de esta misma manera, permite examinar las realidades y describirlas en forma más completa y diferenciarlas de otro.

Por otra parte, para la realización de este Proyecto de Título, se utilizará el diseño no experimental, entendiendo este como la investigación que se realiza sin la manipulación de variables, sino que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para luego ser analizados. Este tipo de diseño se clasifica en dos partes, las cuales corresponden a la investigación transaccional y longitudinal, siendo la primera determinante para efectos de esta investigación, entendiendo que éste tiene el propósito de recopilar datos en un momento único, describir variables y analizar su incidencia.

A continuación, se describe la problemática de estudio y su fundamentación, la cual concierne principalmente la temática de adulto mayor junto a los efectos del envejecimiento demográfico y, asimismo, la importancia de los/as cuidadores/as formales e informales en el rol que desempeñan con una persona mayor que presenta demencia y/o demencia tipo Alzheimer y los obstáculos que se manifiestan en este contexto.

Posterior a ello, se indica el diseño de este estudio, exponiendo la pregunta de investigación junto a su objetivo general y específicos, para luego señalar el universo y la muestra del mismo, siendo esta última de carácter selectivo, no probabilística e intencionada, la cual en cuanto a la representatividad de la muestra, es catalogada por saturación temática.

Finalmente, se mencionan los criterios de inclusión y de rigor, además de la técnica de recolección de información utilizada, correspondiente a la entrevista focalizada. Por último se plantea el plan de análisis cualitativo, el cual se centra en el análisis de los datos y de contenido, indispensables para codificar diversos elementos en categorías y generar sentido a los datos suscitados en la investigación, del mismo modo poder formular inferencias identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas de la investigación.

## I. Fundamentación Metodológica

La investigación se puede definir como un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno determinado. Para la realización de este Proyecto de Título se utilizará la metodología de carácter cualitativa, la cual permitirá el uso de múltiples perspectivas para comprender la temática de estudio y asimismo alcanzar los objetivos investigación.

De acuerdo a Taylor y Bogdan, la investigación cualitativa, en un sentido amplio, la consideran como *“aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”*. Por ende, este tipo de investigación está orientada al estudio en profundidad de la compleja realidad social, por lo cual en el proceso de recolección de datos, el investigador va acumulando numerosos textos provenientes de diferentes técnicas.

Esta tipología se distingue por su análisis de carácter inductivo explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas, es decir, los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones mediante pautas de datos y no recogiendo datos para evaluar hipótesis o modelos preconcebidos.

Su objetivo es la comprensión, pues la investigación se centra en los hechos, donde se pretende comprender las interrelaciones que se dan en la realidad, por lo cual, se evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad.

Desde esta modalidad, quien investiga concibe a las personas y escenarios desde una perspectiva holística, pues no se reducen a variables y son considerados como un todo, de manera que se analiza una situación o contexto particular para llegar a uno general.

Este enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni completamente predeterminados, por ende, consiste en la obtención de las perspectivas y puntos de vista de los participantes del estudio, sus emociones, significados, prioridades, experiencias u otros aspectos subjetivos. Por lo tanto, el investigador pregunta cuestiones abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe y analiza y los convierte en temas que vincula, reconociendo sus tendencias personales (Todd, 2005).

Debido a lo anteriormente mencionado, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron o

son sentidas y experimentadas (Sherman y Webb, 1988). De acuerdo a Patton (1980, 1990) estos datos cualitativos son definidos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones.

Es así como el investigador se introduce en las experiencias de los participantes y no descubre, sino más bien construye el conocimiento, siempre consciente de que es parte del fenómeno estudiado.

- **Tipo de Estudio**

A partir de los diversos tipos de estudios que se realizan para concretar una amplia gama de investigaciones, se determinará para el presente Proyecto de Título, el estudio correspondiente a la investigación exploratoria, cuyo carácter se entiende como la examinación o exploración de un tema o problema de investigación poco estudiado y/o que no ha sido abordado nunca antes. Por lo tanto, sirve para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos, poco estudiados o novedosos, permitiendo identificar conceptos o variables promisorias, e incluso identificar relaciones potenciales entre ellas.

La investigación exploratoria, también permite conocer y ampliar el conocimiento sobre un fenómeno para precisar mejor el problema a investigar. Puede o no partir de hipótesis previas, aunque en cierta medida se puede exigir al investigador flexibilidad, es decir, no ser tendencioso en la selección de la información. En la investigación exploratoria se estudian qué variables o factores podrían estar relacionados con el fenómeno en cuestión y termina cuando uno ya tiene una idea de las variables que juzga relevantes, es decir, cuando ya conoce bien el tema.<sup>58</sup>

Por otro lado, este tipo de investigación, se caracteriza generalmente por ser un estudio que habitualmente tiene su objeto un tanto indeterminado. Algunos autores consideran que este tipo de investigación sería la primera etapa de cualquier investigación que se efectúe sobre la realidad social y que presenta las siguientes características:

- La formulación del problema puede ser un tanto vaga e imprecisa.
- Puede no haber un sistema teórico que proporcione una respuesta bien fundada.

---

<sup>58</sup> Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales, Pablo Cazau.

- Tendrá como objetivo principal aclarar aspectos del problema o definir más precisamente los conceptos involucrados.
- Enuncia las hipótesis una vez que la exploración ha terminado.
- Incluye una variedad de situaciones y de unidades de análisis.<sup>59</sup>

Debido a lo descrito anteriormente, es posible determinar que este estudio debe poseer un carácter exploratorio, ya que de esta manera se puede conocer de una forma más amplia y enriquecedora la temática de Adulto Mayor y sus cuidadores/as, debido al insuficiente alcance que tiene en específico esta temática, para posteriormente poder realizar una descripción más detallada haciendo referencia a otro tipo de investigación.

Asimismo, es importante destacar que la investigación exploratoria constituye un valioso aporte al conocimiento y también es posible que lleve hipótesis desde un comienzo y no sólo al final de ella. Su adecuada elaboración, permite transferir conocimientos a las próximas fases del estudio, convirtiéndose en un complejo y profundo trabajo de investigación.

Por otra parte, el proceso de investigación también se adquirirá en la singularidad de obtener el carácter descriptivo, lo cual consta primordialmente en *“examinar un fenómeno para describirlo más completamente o para diferenciarlo de otro”*<sup>60</sup>. Por lo tanto, se trata de reflejar y analizar la ostentación de una realidad y sus elementos, precisándose en la medición de sus peculiaridades.

Para Mario Bunge la descripción<sup>61</sup> se construye planteando los siguientes interrogantes:

¿Qué es? (referente).
¿Cómo es? (Propiedades).
¿Dónde está? (Lugar).
¿De qué está hecho? (Composición).
¿Cómo están sus partes, si las tiene, interrelacionadas? (Configuración).
¿Cuánto? (Cantidad)

De esta misma manera, la investigación descriptiva consiste *“en un estudio descriptivo, donde se seleccionan una serie de conceptos o variables y se miden*

<sup>59</sup> Metodología de la Investigación Social, Fernando Pastén Cordovez.

<sup>60</sup> Estudio descriptivo, como diseño de investigación. Metodología de la investigación social. Fernando Pastén Cordovez.

<sup>61</sup> Bunge, Mario. La investigación científica; su estrategia y su filosofía. México: Siglo XXI. 2000. p. 171.

*cada una de ellas independientemente de las otras, con el fin de describirlas. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno”.*<sup>62</sup>

De acuerdo lo anterior, el propósito de la investigación descriptiva a conseguir se cimienta a través del conocimiento de las situaciones, tradiciones y actitudes preponderantes, alcanzadas por medio de una descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Debido a que su objetivo, no se basa exclusivamente en la recolección de datos, sino en la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables, recogiendo los datos sobre el asiento de una teoría, exponiendo la información de manera cuidadosa y considerando minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

Asimismo, es significativo indicar que este tipo de investigación descrita previamente, emplea técnicas delimitadas para la recolección de información, entre las cuales se encuentran la entrevista indispensable para nuestro estudio. Sin embargo cuando la población total a investigar es numerosa la recogida de información se efectúa a partir de un muestreo, ya que a partir de lo precedente, se puede englobar elementos representativos y característicos de la población mayor.

- **Tipo de Diseño**

El presente Proyecto de Título, se realizará a través del diseño no experimental, entendiendo este último, como aquel estudio donde se realizan investigaciones sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

Por otra parte, se trata de estudios donde no se hace variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Por lo tanto, lo que se realiza en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

De la misma forma, un estudio no experimental no genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En el estudio no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas,

---

<sup>62</sup> Universidad San Carlos de Guatemala, Seminario General 1-2017.

no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.<sup>63</sup>

El actual diseño no experimental, se clasifica en dos partes, las cuales corresponden a la investigación **transaccional o transversal y longitudinal**, siendo la primera de ellas la determinante y seleccionada para esta investigación.

La investigación transaccional es definida principalmente como aquellas investigaciones que recopilan datos en un momento único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es decir, es como tomar una fotografía de algo que sucede. Este tipo de investigación puede abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos.<sup>64</sup>

Finalmente, es posible distinguir que este estudio es transaccional, debido a que la investigación se realiza en base a un solo período, por lo tanto se debe analizar bajo la mirada de la situación actual de un grupo de cuidadores/as de Adultos Mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer, y a partir de aquello recoger la información necesario para éste tipo de investigación.

## **II. Problemática y Fundamentación de la Investigación**

Hoy en nuestro país, al igual que los países desarrollados se está viviendo un envejecimiento demográfico, el cual se singulariza por un aumento de las personas que tienen 60 años o más, puesto que en los años sesenta se produce una modificación de la estructura de la población, disminuyendo el aporte porcentual de los menores de 15 años y aumentando el de los adultos mayores, por cada uno de dos niños y niñas, por lo cual, se espera que para el año 2025 esta relación sería de 102 por cada cien menores.

Este fenómeno encuentra explicación en diversos factores, entre los que se cuentan cambios en el ámbito económico, cultural y social, además de otros elementos particulares, como la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral, el retraso de la maternidad, la disminución de las tasas de natalidad y mayores expectativas de vida.

---

<sup>63</sup> Metodología de la Investigación, Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio.

<sup>64</sup> Metodología de la Investigación, Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio.

Bajo este progresivo envejecimiento demográfico de nuestra urbe, sumado al estilo de vida de éstos y generalmente a las condiciones económicas deficientes, conllevan a un mayor grado de vulnerabilidad en el adulto mayor, afectando su autonomía, ya que se hacen cada vez más dependientes de otras personas para realizar sus actividades de la vida diaria, debido a que las necesidades que requieren las y los adultos mayores, principalmente los que son dependientes, son de carácter físico, social y emocional, requiriendo de alguien que atienda sus necesidades cotidianas y que les suministre este apoyo. Es por esta razón, que se origina la figura de los **cuidadores formales e informales**, los cuales asumen un rol de colaboración en las principales tareas y responsabilidades de asistencia en las diligencias vitales de los adultos mayores que no son capaces de desarrollar por sí mismos.

Por lo tanto, cuando la responsabilidad recae en los **cuidadores informales**, la ayuda que han de entregar es en general una carga constante e intensa para él o ella, y es asumida, principalmente, por sólo una persona, esta atención sobrepasa la propia capacidad física y emocional del cuidador, lo que conlleva un estado estresante crónico, en cambio para los **cuidadores formales** al presentar una preparación o capacitación para desempeñar esta labor, a diferencia del cuidador informal, tiene un horario previamente establecido y recibe remuneración por su labor, que se particulariza por exhibir amenazas de salud, perjudicando su bienestar de asistencia, pero estos mismos, se encuentran enmarcados dentro de lo que se considera un sistema formal de cuidados.

A partir de lo precedente y de las características que presentan los cuidadores en sus dos categorías, surgen una serie de determinantes que afectan y conllevan a la **sobrecarga**, la que se define como el *“resultado de la combinación de estrés psicológico, tensión física y la presión emocional en relación con la carga objetiva de la asistencia”*. Esta misma, puede provocar en los cuidadores estados de ansiedad, estrés y depresión, además de la existencia de un aumento de las dificultades derivadas de diferentes enfermedades, el cual es un factor que se asocia a la sobrecarga personal y que influye en el papel del cuidador obstaculizando su actividad.

Por otra parte, las funciones de los cuidadores dependen del grado de discapacidad del/la adulto mayor y están ligadas a la evolución de la enfermedad, en este caso la demencia y/o demencia tipo Alzheimer, por ello las necesidades del cuidador también irán cambiando a medida de la evolución de esta misma. De esta forma, la afectación de la sobrecarga en los cuidadores, se sustenta cada día

en un reto diferente e imprevisto y en muchas ocasiones sufre pérdidas de control personal y presenta alteraciones en la salud, incluso esta situación lleva a considerar la necesidad de identificar los trastornos que más padecen, para poder establecer una medida de educación e intervención que impida que estos se presenten.

Se ha percatado también que el cuidador lleva grandes cargas de trabajo tanto objetivas como subjetivas; **las cargas objetivas** hacen referencia al tiempo ocupado en el cuidado del enfermo y el cumplimiento de las demandas debido a la gravedad de las alteraciones a nivel físico, cognitivo y social del paciente, y **las cargas subjetivas** a los sentimientos y las percepciones negativas que el cuidador tiene de su rol (De la Rica y Hernando, 1994; Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viafara y Herrera, 2006).

En efecto, mediante la presencia de sobrecarga se pueden desprender variables que pueden afectar el bienestar físico, porque requiere de esfuerzo y reducción de horas de sueño, lo que genera agotamiento, fatiga y cansancio (Roca, Ubeda, Fuentelsaz, López, Pont y Gracia, 2000). También afecta el ámbito psicológico, emocional y social del cuidador, ya que la atención de un paciente o adulto/a mayor dependiente genera un excedente para su cuidado, la cual se conoce como carga del cuidador. Dicho concepto posee dimensiones múltiples donde aparecen el estrés, los sentimientos negativos y las dificultades en el cuidado, haciendo parte de la carga subjetiva. De esta manera como lo menciona Rivera, Dávila y Gonzales (2011) la tarea de convertirse en cuidador es algo que genera y despierta sentimientos conflictivos, por lo que los intereses propios y las dolencias pasan a un segundo plano para enfrentarse al desafío de cuidar a otra persona, el enfrentarse a este, supone mantener el equilibrio entre la atención de quien se está cuidando y la conservación de la salud y la vida del cuidador.

De acuerdo a los principales **factores de riesgo** relacionados al **adulto mayor con demencia o demencia tipo Alzheimer** conciernen al deterioro cognitivo, la discapacidad funcional y los trastornos de conducta, los cuales influyen en la sobrecarga del cuidador puesto que se produce un progresivo estado de dependencia a medida que avanza la enfermedad. Por lo tanto, van en aumento las demandas asistenciales que requieren, las cuales pueden ser canalizadas a través de cuidadores formales o informales, así como también surge el aumento de ingresos hospitalarios, los cuales resultan ser determinantes en la sobrecarga como también del incremento de ingresos a instituciones.

Asimismo, la ayuda que han de suministrar los cuidadores por las propias características de la dependencia es en general constante e intensa y asumida por una única persona denominada cuidador principal. En variadas ocasiones, esta atención sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico que genera sobrecarga.

Es por ello que se pueden evidenciar factores de riesgo en cuanto a los **cuidadores informales**, dado que su rol evoluciona con el tiempo, pues se inicia con la asimilación del diagnóstico para posteriormente supervisar y ayudar en las actividades instrumentales, la progresiva tolerancia ante los trastornos del comportamiento que comienzan a aparecer y la atención en las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor.

De acuerdo a esta tipología, se evidencia una feminización de este rol, considerando de igual modo que cada vez hay más adultos mayores haciéndose cargo de otros, lo cual se suma a la carga que representa esta labor en sí misma y la necesidad de recibir apoyo y/o atención a las propias complicaciones de salud que conciernen a la edad. Asimismo, estos cuidadores se encuentran sometidos a una situación de estrés crónico con importantes repercusiones tanto en su estado de salud física como emocional debido al tipo de labor que realizan en el cuidado del/la adulto mayor, debido a esto suelen presentar elevados índices de ira, sintomatología ansiosa y depresiva, menores niveles de bienestar subjetivo y autoeficacia, así como una mayor probabilidad de sufrir alteraciones en su sistema cardiovascular e inmune; todo ello, como consecuencia del impacto del estrés al que se somete diariamente. Por lo cual, se hace concurrente una sobrecarga subjetiva en el cuidador, la cual implica la afectación, así como el sentimiento de que su vida ha cambiado desfavorablemente debido a la actividad de cuidado que realiza, dicha afectación incluye problemas de diversa índole, ya sean físicos, psicológicos, socioeconómicos, calidad de relaciones sociales y uso del tiempo del tiempo libre.

Por otra parte, los **cuidadores formales** deben enfrentar múltiples factores estresores similares a los cuidadores informales, no obstante, su rol específico de cuidar como ocupación por la cual se recibe una remuneración y el cumplimiento de un horario hace que esta labor difiera de manera considerable de la realizada por la otra tipología. A pesar de que se considera que estos cuidadores están capacitados para el manejo de la demencia o demencia tipo Alzheimer, aquellos que no se encuentran en la misma condición, tienen una mayor probabilidad de presentar altos niveles de estrés y de sufrir afectaciones en su salud mental.

De acuerdo a lo anterior, los factores de riesgo a los cuales se someten estos cuidadores suelen ser de tipo laboral como personal, lo cuales pueden resultar ser una carga emocional así como también generar repercusiones en su ajuste personal al entorno laboral donde se desempeña, afectando la forma en que lleva a cabo el cuidado del adulto mayor.

El cuidar a una persona con Alzheimer genera altos niveles de compromisos biopsicosociales que pueden afectar la salud de quien ejerce este rol. El cuidar no sólo implica la inversión de tiempo y energía para el cumplimiento de las actividades derivadas del mismo, sino que también la persona que ejerce este rol debe ocuparse de las actividades pertinentes a su propia vida.<sup>65</sup>

En toda enfermedad crónica, como es el caso de la Demencia y/o Demencia tipo Alzheimer, suele existir una persona (familiar o profesional) que asume el papel de cuidador principal, quien debe dedicar gran parte de su tiempo y esfuerzo para permitir que la persona cuidada pueda desenvolverse en la vida diaria. El cuidar a una persona mayor en esta situación implica una gran variedad de actividades y responsabilidades altamente demandantes y estresantes, inclusive en mayor escala que en los casos de cuidado de personas con otro tipo de demencias.

Así mismo, existen diversas consecuencias para el/la cuidador/a de un Adulto Mayor con Demencia y/o Demencia tipo Alzheimer. Específicamente las y los cuidadores principales, ya sean formales o informales están sometidos constantemente a una situación de estrés crónico con importantes repercusiones en su estado de salud física y emocional, además del cambio en sus relaciones sociales, esto se explica por el tipo de labor que deben realizar en el cuidado a pacientes con Demencia y/o Demencia tipo Alzheimer.<sup>66</sup>

En primer lugar es importante establecer que las **consecuencias biopsicosociales** que se generan en el cuidador por el rol que ejerce en el cuidado del/la adulto mayor con demencia y/o demencia tipo Alzheimer, son diferenciadas para el cuidador informal y para el formal. El/la **cuidador/a informal** de una persona con demencia y/o demencia tipo Alzheimer, generalmente es un familiar que asume la mayor responsabilidad del cuidado, no recibe remuneración económica y ofrece atención sin límites de horarios. Este cuidador, por ser familiar

---

<sup>65</sup> Sobrecarga, afrontamiento y salud en Cuidadoras de pacientes con Demencia tipo Alzheimer, Gilberto Aldana y Leticia Guarino.

<sup>66</sup> Sobrecarga, afrontamiento y salud en Cuidadoras de pacientes con Demencia tipo Alzheimer, Gilberto Aldana y Leticia Guarino.

del/la adulto mayor, comúnmente presenta mayor cercanía por el lazo familiar que los une, por tanto un mayor grado de compromiso con él mismo.<sup>67</sup>

Es por ello, que los efectos de la sobrecarga del cuidador informal son infinitos. Es así como dentro de las **consecuencias psicológicas**, se encuentran la generación de preocupación, incertidumbre y temor incluyendo todos estos sentimientos en la familia, aumentando la ansiedad y el estrés del cuidador informal. Además es posible que surjan ciertos síntomas como irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad y culpabilidad. Todo lo anterior genera que el/la cuidador/a disminuya su capacidad de resolución de problemas y la capacidad de confrontación, frente a la circunstancia a la que se enfrenta.<sup>68</sup>

Por otra parte, las **consecuencias físicas** que se generan en el cuidador, por el rol que cumple, son variadas, entre las principales se encuentran: síntomas como la astenia, cefalea tensional, insomnio, hipersomnia diurna, pesadillas, alteraciones del sueño-vigilia, respiratorias, hematológicas, infecciones, gastrointestinales, osteomusculares e incluso alteraciones inmunológicas. En cuanto a lo descrito previamente, se considera que se produce por las tareas que realiza el cuidador/a, ya que éstas cambian a lo largo del proceso, aumentando progresivamente la carga física, debido al aumento de actividad, vigilancia y atención que debe de prestar al paciente.

En cuanto a las **consecuencias** que se producen en el **ámbito social**, se establecen que son diversas, ya que se ven afectadas variadas áreas dentro de éste ámbito, el primero de ello es la **familia**, siendo una parte fundamental de todo este proceso, es probable que exista el temor en la familia ante ésta situación, provocando cambios de rol entre sus miembros, e incluso puede aparecer aislamiento, rechazo, abandono, soledad, disminución o pérdida del tiempo libre.

El **área laboral**, también se ve afectado por la disminución del tiempo libre y por tanto del tiempo laboral, generando grandes consecuencias como absentismo laboral, bajo rendimiento, irritabilidad, tensión, pérdida del puesto de trabajo, y además puede aumentar la siniestralidad. De esta manera, se relaciona directamente con la producción de un quiebre económico, y además disminuye los recursos disponibles tanto por la pérdida de ingresos como por el aumento de gastos.<sup>69</sup>

---

<sup>67</sup> Sobrecarga, afrontamiento y salud en Cuidadoras de pacientes con Demencia tipo Alzheimer, Gilberto Aldana y Leticia Guarino.

<sup>68</sup> Enfermos de Alzheimer: La sobrecarga del cuidador, Nuria Cruz Escrich.

<sup>69</sup> Enfermos de Alzheimer: La sobrecarga del cuidador, Nuria Cruz Escrich.

Por otra parte, y tal como se mencionó anteriormente, también existen consecuencias para el/la **cuidador/a formal** en el cuidado del/la adulto mayor con demencia y/o demencia tipo Alzheimer. En cuanto a esta tipología, son pocas las investigaciones que se reportan respecto a su perfil, preparación para el cuidado o los efectos (positivos o negativos) que tiene para ellos la labor que desarrollan, pues el cuidador más recurrente, siempre ha sido el de tipo informal, es por ello la mayor importancia que se le otorga.<sup>70</sup>

El/la **cuidador/a formal** suele ser caracterizado por la preparación que tiene al cuidado de la persona con Alzheimer, ya que éste se considera como parte de su trabajo en un horario establecido y recibe honorarios por las tareas que realiza.<sup>71</sup> Pese a su preparación o experiencia en el cuidado del/la adulto mayor que se le atribuye, se sigue encontrando que los altos niveles de estrés y las múltiples demandas resultantes de la labor del cuidado de pacientes con demencia pueden desencadenar la denominada sobrecarga en el cuidador tanto formal como informal, la cual implica la afectación, así como el sentimiento que experimenta el cuidador de que su vida ha cambiado desfavorablemente debido a dicha actividad de cuidado que ahora realiza.

Por ello, es posible determinar que el **área laboral** del cuidador formal, es una de las principales áreas afectadas, generadas por la sobrecarga y el cambio de vida que se provoca luego de ser cuidador de un adulto mayor con demencia y/o demencia tipo Alzheimer. Así mismo, esta sobrecarga laboral produce problemas físicos, mentales, socioeconómicos, de uso del tiempo libre, calidad de sus relaciones sociales, y desajustes en su equilibrio emocional. Ocasionando de la misma forma que el cuidador informal, consecuencias biopsicosociales en el cuidador formal.

Todo lo anterior se explica, debido a que los/as cuidadores/as formales, deben enfrentarse a múltiples estresores de forma similar a los cuidadores informales, sin embargo, el rol específico de cuidar como ocupación de la cual se recibe un salario y se cumple un horario hace que la labor difiera de forma considerable de la realizada por los cuidadores informales.<sup>72</sup>

---

<sup>70</sup> Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales, Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Mayra Juliana Galvis Aparicio.

<sup>71</sup> Sobrecarga, afrontamiento y salud en Cuidadoras de pacientes con Demencia tipo Alzheimer, Gilberto Aldana y Leticia Guarino.

<sup>72</sup> Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales, Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Mayra Juliana Galvis Aparicio.

Aunque generalmente se considera que estos/as cuidadores/as están capacitados para el manejo de la enfermedad, quienes no están cualificados para la misma, tienen mayor probabilidad de manejar altos niveles de estrés y sufrir afectaciones en su salud mental, por lo tanto, han de ser perjudicados enormemente en su **ámbito psicológico**, ya que éstos se ven sometidos a una serie de estresores, tanto a nivel laboral como personal, que pueden cargarles emocionalmente, generar repercusiones en su ajuste personal al entorno laboral donde se desempeña y afectar la forma en que lleva a cabo el cuidado de las personas mayores.

Asimismo, dependiendo del contexto en que realicen su labor, las fuentes de estrés y las tareas requeridas no serán las mismas para estos cuidadores, siendo diferentes las demandas para los que atienden un paciente en su domicilio que para aquellos que trabajan en hogares geriátricos.

Los resultados de estudios como los de Durante y Hernando muestran en los/las cuidadores/as formales, niveles bajos de motivación hacia su trabajo, lo cual podría traducirse en actitudes de desesperanza, cansancio, impotencia, llevándoles a centrarse en la prestación de los cuidados más básicos, dejando de lado otros de igual importancia como la comunicación y estimulación del mayor.<sup>73</sup>

### III. Diseño de Investigación

- **Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son los significados biopsicosociales que atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes a PADAM de la comuna de Valparaíso y al ELEAM Residencia Asunción de Peñablanca?

---

<sup>73</sup> Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales, Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Mayra Juliana Galvis Aparicio.

- **Objetivos de Investigación**

- **Objetivo General:**

Conocer y analizar los significados biopsicosociales que atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia Alzheimer.

- **Objetivos Específicos:**

1.- Identificar los significados que le otorgan los cuidadores formales e informales a los **procesos cognitivos, afectivos y conductuales** en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer.

2.- Identificar los significados que le otorgan los cuidadores formales e informales a sus **relaciones socio-familiares** en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer.

3.- Identificar los significados que le otorgan los cuidadores formales e informales a su **estado de salud** en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer.

- **Universo y Muestra de Investigación**

El **universo** de un estudio, refiere al conjunto de todos los casos que concuerdan en una serie determinada de especificaciones. Asimismo, las unidades de análisis dentro de una investigación se entienden como los seres humanos y sus productos. O sea, son individuos, grupos, países, textos, etc., que pueden constituir materia- objeto de estudio. Lo constituyen también todos los seres vivos y no vivos que existen en la naturaleza como rocas, fósiles, minerales, flora, fauna, etc.<sup>74</sup>

Para efectos de esta investigación cualitativa, el universo se compone de 30 cuidadores/as de adultos mayores pertenecientes a PADAM de la comuna de Valparaíso y 32 cuidadoras formales de adultos mayores pertenecientes a ELEAM Residencia Asunción de Peñablanca.

---

<sup>74</sup> Concepto de universo, Metodología de la Investigación Social. Fernando Pastén Cordovez, 2015.

También se utilizará una **muestra**, la cual se entiende como la parte o fracción representativa de un conjunto de una población, universo o colectivo, que ha sido obtenida con el fin de investigar ciertas características del mismo.<sup>75</sup> Para asegurar su representatividad se debe recurrir a la selección de esta parte o de los elementos que la componen con técnicas de rigor estadístico.

De acuerdo al universo, se utilizó una muestra de 11 cuidadores/as formales e informales, de los cuales 6 corresponden a cuidadoras formales y 5 a cuidadores/as informales de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes a PADAM de Valparaíso y ELEAM Residencia Asunción de la comuna de Peñablanca.

La muestra será de **carácter selectivo**, pues la clasificación de las personas participantes del estudio se orienta hacia aquellas que pueden proporcionar la información necesaria para comprender el significado y las actuaciones que se desarrollan en contextos determinados.

De acuerdo a lo precedente, la muestra es de naturaleza **no probabilística** la cual es aquella que no permite que cada elemento del universo tenga la misma posibilidad de ser incluido en aquella. Asimismo, se constituye de manera **intencionada**, donde los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de alguna forma deliberada. En ella, no hay modo de estimar la probabilidad que cada elemento tiene de ser incluido en la muestra ni la seguridad de que cada elemento tiene alguna oportunidad de ser integrado. Por lo tanto, la modalidad de muestreo que se utilizará se denomina **opinático**, en el cual se escogen los informantes que han de componer la muestra, siguiendo un criterio estratégico personal, que se singularizan por el conocimiento de problemática a investigar, y se componen por ser los más idóneos y representativos de la población a estudiar.

Finalmente, en cuanto a la representatividad de la muestra es posible catalogarla como **saturación temática**, ya que esta alude al fenómeno por el que superado un cierto número de entrevistas, el análisis indica que no aparecen nuevos elementos que permitan reflexiones relevantes para la investigación. La saturación puede darse temprana o tardíamente, lo anterior dependerá del tema a investigar y del tipo de investigación que se realice.

---

<sup>75</sup> Concepto de muestra, Técnicas de Investigación Social. Ezequiel Ander-Egg, 1995.

- **Criterios de Inclusión**

- Cuidadores formales e informales que cuiden a hombres y/o mujeres mayores de 60 años y que estos últimos cuenten con aplicación de Test Mini Mental que avale condición de demencia y/o demencia tipo Alzheimer.
- Cuidadoras formales de adultos mayores que estén inscritos en ELEAM Residencia Asunción de la comuna de Peñablanca.
- Cuidadores/as informales de adultos mayores que estén inscritos en PADAM de la comuna de Valparaíso.
- Cuidador/a formal e informal que desee participar libre y voluntariamente en la investigación.

- **Técnicas de Recolección**

Para efectos de esta investigación se empleará como técnica esencial de levantamiento de información la **entrevista**, la cual consiste *“en una conversación entre dos personas por lo menos, en la cual uno es el entrevistador y otro u otros son los entrevistados; estas personas dialogan con arreglo a ciertos esquemas o pautas acerca de un problema o cuestión determinada, teniendo un propósito profesional”*. Presupone, pues, la existencia de personas y la posibilidad de interacción verbal dentro de un proceso de acción recíproca. Como técnica de recopilación va desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre; en ambos casos se recurre a una guía o pauta que puede ser un formulario o un esquema de cuestión que han de orientar la conversación.<sup>76</sup> Por otra parte, es reconocida por la gran capacidad de cambio especialmente en lo que se refiere a opiniones o percepciones que tenemos los seres humanos.

Según Sabino (1992: 116), la entrevista desde el punto de vista del método es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una investigación. El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un dialogo peculiar, asimétrico, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esa información. Asimismo, la ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, cosa que por su naturaleza es casi imposible de observar desde fuera.

---

<sup>76</sup> Concepto de entrevista, Técnicas de investigación Social, Ezequiel Ander-Egg, 1995.

- **Entrevista Focalizada:** Merton, Fiske y Kendall la describen como un estilo de entrevista cualitativa dirigido a la obtención de las fuentes cognitivas y emocionales de las reacciones de los entrevistados ante algún suceso. Trata a los entrevistados como sujetos cuya respuesta al suceso es el material a estudio, más que como informantes del suceso mismo.<sup>77</sup>

Este tipo de entrevista para que resulte productiva ha de basarse en cuatro criterios:

**1.- No dirección,** es decir, tratar que la mayoría de las respuestas sean espontáneas o libres, en vez de forzadas o inducidas.

**2.- Especificidad,** se debe animar al entrevistado a dar respuestas concretas, no difusas o genéricas.

**3.- Amplitud,** requiere indagar en la gama de evocaciones experimentadas por el sujeto.

**4.- Profundidad y contexto personal,** la finalidad de la entrevista es sacar las implicaciones afectivas y con carga valorativa de las respuestas de los sujetos, para determinar si la experiencia tuvo significación central o periférica, es decir, debería obtener el contexto personal relevante, las asociaciones idiosincráticas, las creencias y las ideas.

Por lo tanto, se requiere de un entrelazamiento de criterios, debido a que la aproximación abierta o semidirigida conlleva en parte la obtención de profundidad, especificidad y amplitud en las respuestas.

- **Criterios de Rigor**

Se entenderá por criterios de rigor un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación minuciosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos.<sup>78</sup>

A continuación se presentan los criterios de rigor que refieren a la científicidad y posibilitan asegurar la rigurosidad del proceso de levantamiento de información y su análisis:

---

<sup>77</sup> Concepto de entrevistas focalizada, Técnicas de conversación, narración: La entrevista en profundidad.

<sup>78</sup> Concepto de criterios de rigor, Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

VALOR	CRITERIO
Verdad	Credibilidad
Aplicabilidad	Transferibilidad
Consistencia	Dependencia
Neutralidad	Confirmabilidad

Fuente: Elaboración Propia

- **Credibilidad:** Se obtiene cuando el investigador por medio de observaciones y conversaciones prolongadas por los participantes del estudio, recolectan información que producen hallazgos y luego estos son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Asimismo, es el grado o nivel en el cual los resultados de la investigación reflejan una imagen clara e ilustrativa sobre una realidad o situación dada. Por consiguiente, la credibilidad consiste en cómo los resultados de un estudio son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para quienes lo han vivenciado o han estado en contacto con el fenómeno investigado.

De este modo, según Castillo y Vásquez (2003) la credibilidad se puede lograr principalmente por los investigadores confirmando los hallazgos y revisando los datos particulares que vuelven a los informantes durante la recolección de la información.

Producto de nuestra indagación de estudio, se aplicarán los siguientes procedimientos referente al criterio precedente, centrándonos en la **triangulación de técnicas** que posibilitará dilucidar las diferentes partes complementarias de la totalidad del fenómeno y analizando las distintas técnicas, arrojando una variedad de resultados, en la **triangulación de teorías** se establecerán múltiples conjeturas para observar un fenómeno con el fin de producir un entendimiento de cómo diversas premisas afectan los hallazgos e interpretaciones de un mismo grupo de información, es decir, se analizará esta información para poder obtener la confrontación de las teorías y la **triangulación fuentes de datos**, la que consistirá en la verificación y comparación de la información obtenida en los diferentes momentos de las técnicas empleadas en el estudio.

Así como también se utilizará la **comprobación con los y las participantes de investigación**, que tiene la finalidad de constatar continuamente los datos e interpretaciones, con la capacidad de demostrar tales comprobaciones, como resultado de una retroalimentación de los sujetos concurridos en el estudio de investigación.

- **Transferibilidad:** Da cuenta de la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln (1981) indican que se trata de

examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto. Es de recordar que la investigación cualitativa los lectores del informe son quienes determinan si se pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente. Para ello se necesita hacer una descripción densa del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado, así el grado de transferibilidad es función directa de la similitud entre los contextos donde se realiza un estudio.

De acuerdo a lo precedente, los procedimientos a utilizar para efectos de esta investigación será la **recogida de abundante información**, de este modo se conseguirá información que sea sustentable y comprobable para este estudio, es decir, se requiere contar con la información necesaria para comprobar el grado de correspondencia. Asimismo, se contempla el uso de desarrollo de descripciones minuciosas, pues se requiere de una información detallada de los sujetos a investigar en cuanto a la problemática en que se enmarcan para otorgar una completa descripción de los factores que conciernen la investigación.

- **Dependencia:** Se relaciona con la posibilidad de obtener los mismos resultados al replicar el estudio con los mismos sujetos o contextos. Implica la estabilidad de los resultados, como el conocimiento de los factores que explicarían la variación observada en los mismos al replicar el estudio.

En cuanto a este criterio, el procedimiento a realizar serán las **pistas de revisión**, considerando aquellas como el cuaderno de campo y las notas de entrevistas recabadas en el proceso de levantamiento de información para el estudio. Estas pistas posibilitarán la exploración de los procesos por los cuales se recogieron y analizaron los datos, así como también de qué manera se hicieron las interpretaciones.

- **Confirmabilidad:** Consiste en la independencia de los descubrimientos frente a inclinaciones, motivaciones, intereses o concepciones teóricas del investigador. Así como también hace referencia a un análisis de los datos aportados en el cuerpo teórico del trabajo y en los anexos del mismo, dichos resultados pueden ser trasladados y ajustados a otros contextos. En este sentido, la negociación sistemática entre toda la investigación, va generando fiabilidad, dejando todo clarificado en cada caso oportuno. De igual manera, según Rodríguez Gómez (1996:288), la forma en que se intenta ofrecer evidencia de la confirmabilidad de los datos se basa durante el desarrollo de la presente investigación, en el empleo de estrategias de triangulación y sobre todo en el ejercicio de la reflexión.

En efecto de esta investigación se utilizará el **ejercicio de reflexión** como procedimiento del criterio anteriormente expuesto, que consistirá en un sistema

indispensable en favor a la práctica de cavilación, arrojando introspecciones diarias, y a la vez comprobándose por un juicio crítico. Así como también, en el sentido de revelar intencionadamente a la audiencia, los supuestos epistemológicos subyacentes, que llevan a formular un conjunto de preguntas de modo particular y presentar los descubrimientos de modo determinado.

ASPECTO	TERMINO PARADIGMA CUALITATIVO	PROCEDIMIENTOS
VERDAD	Credibilidad	-Triangulación (técnicas, fuentes de datos y teorías) -Comprobación con los y las participantes.
APLICABILIDAD	Transferibilidad	-Muestreo teórico -Recogida de abundante información -Desarrollo de descripciones minuciosas
CONSISTENCIA	Dependencia	-Pistas de revisión
NEUTRALIDAD	Confirmabilidad	-Ejercicio de reflexión

Fuente: Elaboración Propia.

- **Plan de Análisis Cualitativo**

La investigación cualitativa tiene un potencial muy importante para el estudio de nuestra sociedad y es un tipo de metodología que ha ganado espacio en los círculos académicos. Entendemos que una de las tareas cruciales de este tipo de investigación es el manejo de la información que nos permite la construcción de datos, esa tarea que llamamos el análisis.

Es por este motivo, que en nuestra investigación cualitativa de estudio, nos centraremos en el **análisis de los datos**, que trata sobre un método que consiste en clasificar y/o codificar los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer de manera adecuada su sentido (Mayer & Quelle, 1991). Es decir, la dirección cualitativa de la información, indaga categorías conceptuales, instaurando un sinfín de códigos relacionados a los fragmentos que comparten una misma idea, posibilitando la operación de un orden de datos en torno a términos o palabras claves.

Berelson (1952 p.18) sostiene que el **análisis de contenido** es “una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación”. No obstante, desde la perspectiva cualitativa, para Hostil y Stone el análisis de contenido “es una técnica de investigación para formular inferencias identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un texto”. En esta definición, desaparecen en contraposición a lo propuesto Berelson, en cuanto a que los requisitos del **análisis**

**de contenido** sean “cuantitativos” y “manifiestos” admitiéndose de esta manera la posibilidad de que dichos análisis puedan ser “cualitativos” haciendo referencia al contenido “latente” de los textos”. Además se añade un nuevo elemento muy importante como la inferencia, es decir, el propósito fundamental del análisis de contenido es realizar “inferencias”, las cuales se refieren a la comunicación simbólica o mensaje de los datos, que tratan en general, de fenómenos distintos de aquellos que son directamente observables.

En este sentido, Krippendorff (1990, p 28) define el **análisis de contenido** como “una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto”. El elemento que añade esta definición es el “contexto” como marco de referencias donde se desarrollan los mensajes y los significados, por ende, cualquier análisis de contenido debe realizarse en relación con el contexto de los datos y justificarse en función de éste. En definitiva, el investigador social puede reconocer el significado de un acto situándolo dentro del contexto social de la situación en la que ocurrió.

Para Taylor y Bogdan (1998), el **análisis de datos**, constituye un proceso en continuo progreso de investigación cualitativa, donde la producción y análisis de los datos van unidos permanentemente, a un proceso dinámico y creativo, el cual se singulariza por un carácter flexible de los procedimientos de análisis.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente y en concordancia con nuestra investigación, la finalidad del análisis durante el proceso de estudio se basará en examinar la indagación de datos para la producción de un nuevo conocimiento, describir los elementos de ciertas conductas y comportamientos de los sujetos en las dimensiones a investigar, registrarlas de forma ordenada y de esta manera revelar el verdadero significado o valor del material que permitirá descubrir el sentido integrado de todos los elementos a verificar.

#### IV. Matriz de Programación

<b>OBJETIVO N° 1</b>	Identificar los significados que le otorgan los cuidadores formales e informales a los procesos cognitivos, afectivos y conductuales en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer.
<b>VARIABLES</b>	Dimensión psicológica del/la cuidador/a formal o informal.
<b>TÉCNICAS</b>	-Entrevista focalizada.
<b>FUENTES</b>	Cuidadores/as formales y/o informales de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes al programa PADAM y cuidados domiciliarios, de la comuna de Valparaíso y Quilpué.
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	Análisis de datos.

<b>OBJETIVO N° 2</b>	Identificar los significados que le otorgan los cuidadores formales e informales a sus relaciones socio-familiares en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer.
<b>VARIABLES</b>	Dimensión socio-familiar del/la cuidador/a formal y/o informal
<b>TÉCNICAS</b>	-Entrevista focalizada.
<b>FUENTES</b>	Cuidadores/as formales y/o informales de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes al programa PADAM y cuidados domiciliarios, de la comuna de Valparaíso y Quilpué.
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	Análisis de contenido.

<b>OBJETIVO N° 3</b>	Identificar los significados que le otorgan los cuidadores formales e informales a su estado de salud en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer.
<b>VARIABLES</b>	Dimensión biológica del/la cuidador/a formal y/o informal
<b>TÉCNICAS</b>	-Entrevista focalizada.
<b>FUENTES</b>	Cuidadores/as formales y/o informales de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes al programa PADAM y cuidados domiciliarios, de la comuna de Valparaíso y Quilpué.
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	Análisis de contenido.

**CAPÍTULO IV:**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE**  
**LOS RESULTADOS**

## Presentación

El presente capítulo corresponde al análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante el proceso de levantamiento de información, procedimiento que fue realizado mediante la aplicación de una entrevista focalizada a cuidadoras formales del Establecimiento de Larga Estadía Residencia Asunción de la comuna de Peñablanca y asimismo a cuidadores/as informales de adultos mayores pertenecientes a PADAM de Valparaíso, instrumento que fue creado por las estudiantes que componen el equipo investigador de este Proyecto de Título, con el propósito de conocer los significados biopsicosociales que atribuyen las y los cuidadores/as al rol que desempeñan como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer.

En base a lo anterior, se desarrolla un análisis de contenido, el cual favorece la obtención de resultados integrales, profundos e interpretativos más allá de los aspectos léxico-gramaticales. Es por ello que fue necesario analizar los tres objetivos específicos que han sido planteados para esta investigación, a partir de los cuales, se distinguió una categoría de primer orden, de la cual se desprenden múltiples categorías de segundo orden que contienen las codificaciones pertinentes que permitieron reducir los datos obtenidos a través la técnica de recolección de datos utilizada.

Cabe señalar que, debido a las diferencias que se presentan en las categorías y codificaciones resultantes en los sujetos estudiados, se presentará un análisis por cada tipo de cuidador/a. Por lo tanto, a continuación, en el primer apartado del capítulo se expone aquel análisis ejecutado a partir de las percepciones de las cuidadoras formales, exhibiéndose en el apartado siguiente el que concierne a las y los cuidadores informales que han sido entrevistados para fines de esta investigación.

Para finalizar, a partir del análisis de contenido expuesto, se detalla un análisis integrado de acuerdo a las distintas tipologías de cuidadores/as partícipes en esta investigación, a modo de brindar una mirada integral de la realidad social observada y estudiada.

I- Análisis de la Información - Cuidadoras Formales

OBJETIVO	CATEGORÍA DE PRIMER ORDEN	CATEGORÍA DE SEGUNDO ORDEN	CODIFICACIÓN
1.- Analizar los significados que le otorgan las y los <b>cuidadores formales</b> a los procesos cognitivos, afectivos y conductuales en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer	Significados que le otorgan a sus procesos cognitivos, afectivos y conductuales	Comportamientos y conductas	a) Pérdida de memoria b) Violencia/Agresividad c) Cambios en el estado de ánimo d) Alteración del estado mental e) Afasia
		Experiencia	a) Positiva b) Negativa
		Sentimientos y emociones	a) Alegría b) Afectividad c) Empatía d) Tristeza
		Habilidades interpersonales	a) Amabilidad b) Empatía c) Paciencia d) Resolución de problemas e) Escucha activa
		Frustraciones	a) Intolerancia al maltrato b) Baja comprensión de la conducta del A.M

OBJETIVO	CATEGORÍA DE PRIMER ORDEN	CATEGORÍA DE SEGUNDO ORDEN	CODIFICACIÓN
2.- Analizar los significados que le otorgan las y los <b>cuidadores formales</b> a sus relaciones socio-familiares en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer	Significados que le otorgan a sus relaciones socio-familiares	Relación con el/la A.M	a) Cercana b) De cuidado
		Relaciones familiares	a) Compatibilización trabajo/familia b) Compatibilización parcial trabajo/familia
		Relaciones sociales	a) Compatibilización trabajo/amistad b) Compatibilización parcial trabajo/amistad
		Redes de apoyo	a) Institucional b) Escaso soporte interinstitucional c) Interinstitucional
		Recursos económicos	a) Parcialmente suficientes b) Suficientes c) Insuficientes
		Ambiente físico	a) Adecuado

OBJETIVO	CATEGORIA DE PRIMER ORDEN	CATEGORIA DE SEGUNDO ORDEN	CODIFICACION
3.- Analizar los significados que le otorgan las y los <b>cuidadores formales</b> a su estado de salud en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer	Significados que le otorgan a su estado de salud	Estado de salud física anterior al cuidado del A.M	a) Más activo b) Similar al actual
		Estado de salud física posterior al cuidado del A.M	a) Cansancio b) Dolor articular c) Dolor muscular d) Similar al anterior
		Condición física	a) Adecuada b) Parcialmente adecuada

## a.- Análisis de Objetivo N°1

**Objetivo Específico N°1:** “Analizar los significados que le otorgan las y los cuidadores formales a sus **procesos cognitivos, afectivos y conductuales** en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer”

De acuerdo al objetivo anterior, se puede determinar una categoría de primer orden, que se desprende con la intención de orientar la investigación hacia la naturaleza de la problemática a indagar, correspondiendo a los significados que le otorgan las cuidadoras formales a sus procesos cognitivos, afectivos y conductuales.

Los **procesos cognitivos**, se refieren a los procedimientos que lleva a cabo el ser humano para incorporar conocimientos, y en dichos procesos intervienen facultades diversas como memoria, inteligencia, atención y lenguaje.<sup>79</sup> En relación a los **procesos afectivos**, se definen como conjuntos del acontecer emocional que ocurre en la mente del hombre y se expresan a través del comportamiento emocional, los sentimientos y las pasiones.<sup>80</sup> Finalmente, los **procesos conductuales**, comprenden una serie de herramientas de ejecución y habilidades cognitivas que permiten el logro de una meta futura.<sup>81</sup>

Por lo tanto, respecto a lo descrito se trata de diferentes procesos que pueden presenciar las personas, a partir de las propias características en concreto que puedan poseer. Así como también, se identifican como procedimientos innatos y originados de manera natural en las cuidadoras formales a cargo de adultos mayores.

Por otra parte, se reconocen diferentes consideraciones por parte de las personas al cuidado de adultos mayores tales como la adquisición de patrones comunes y similares en relación a un entorno de atención y asistencia de estos mismos. De esta forma, se generan **comportamientos y conductas, experiencia, sentimientos y emociones, habilidades interpersonales y frustraciones**. Por consiguiente, es posible visualizar los elementos primordiales para detectar los significados que le otorgan a sus *procesos cognitivos, afectivos y conductuales*.

A continuación, se analizará cada dimensión expuesta anteriormente con sus respectivas codificaciones, las cuales tienen como objeto la deducción de los

---

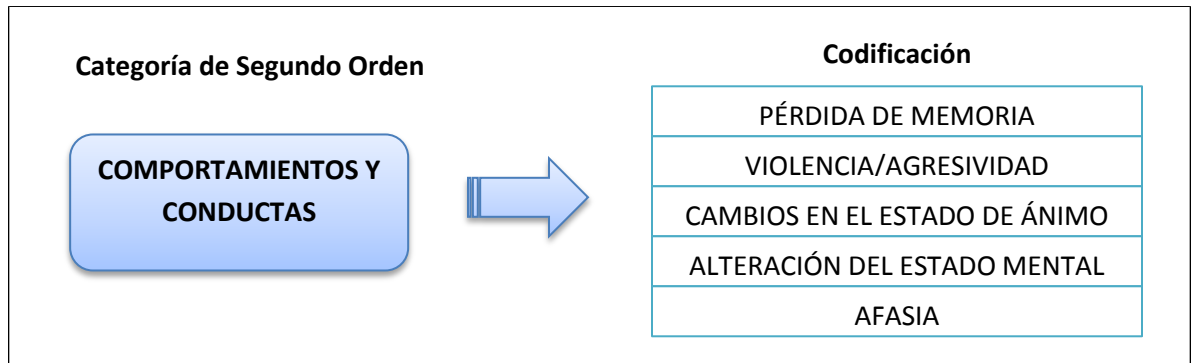
<sup>79</sup> Concepto procesos cognitivos por autores Julián Pérez Porto y María Merino.

<sup>80</sup> Concepto de procesos efectivos por autor Egen Blener.

<sup>81</sup> Concepto procesos conductuales, por Centros de desarrollo cognitivo.

datos recopilados durante la aplicación del instrumento (entrevista focalizada) utilizada en la presente investigación

### Categoría de Segundo Orden: Comportamientos y conductas



En base al mapa conceptual anterior, es necesario mencionar que los **comportamientos y conductas** son un conjunto de respuestas, bien por la presencia y ausencia que presenta un ser vivo en relación con su entorno y estímulos.

A partir de lo anterior, es posible determinar y definir las codificaciones esenciales que se han vislumbrado en el presente fenómeno:

- **Pérdida de memoria:** También denominada como amnesia según la Neuropsicología, refiere a un defecto mental general, demencia o confusión, un defecto atencional o perceptual o a síndromes específicos (afasia, agnosia, etc.), durante el cual el individuo es incapaz de conservar o recuperar la información almacenada con anterioridad.

*“Él no se acuerda de las cosas, pierde la noción del tiempo y espacio, sobre dónde está y retrocede en su vida” (CF1-41)*

A partir del fragmento expuesto, es posible dilucidar que los relatos de las cuidadoras formales entrevistadas, en su mayoría definen una pérdida de memoria en los adultos mayores a su cargo, que padecen demencia y/o demencia tipo Alzheimer, y que estas mismas se van deteriorando y empeorando en el transcurso de los años. Así a la vez, se puede deducir respecto a esta codificación que poseen una imposibilidad de retener los recuerdos generados en su vida, la cual esta información desaparece y no es recuperada en sus lapsos de tiempo actuales.

- **Violencia/Agresividad:** Según la OMS, la define como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de

causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

*“A veces se enoja con nosotras mismas, ya que la persona que está ahí, como por ejemplo, él le llama cañete, le da orden para que él haga lo que está haciendo, en ese momento se le presentan cambios, se pone muy violento” (CF1-41)*

De acuerdo al extracto expuesto, se puede distinguir una característica predominante en los/las adultos mayores a cargo de cuidadoras formales, ya que estos/as presentan períodos de agresividad y violencia hacia las personas que los asisten, generando actos repetitivos de arrebatos y brusquedad en sus acciones, los cuales son originados de la propia enfermedad que poseen y que la conforman en coacciones desafortunadas.

**- Cambios en el estado de ánimo:** Según Revista Científica frente a la Psicología Popular, corresponde a los resultados de nuestras vivencias cotidianas y respuestas a las experiencias de nuestro entorno tales como (las situaciones cotidianas, noticias recibidas, la actuación de las personas con las que nos relacionamos, las consecuencias de lo que nosotros mismos hacemos, entre otras). Lo que posibilita asociarlo al siguiente extracto.

*“Puede que esté triste y puede que quiera irse, después pasa un rato y está feliz” (CF5-55)*

Según el fragmento anterior, se puede dilucidar que por las entrevistadas, las/las adultos mayores presentan frecuentemente alteraciones en sus estados de ánimo, afectando a diario el estado emocional tanto ellos que padecen demencia y/o demencia tipo Alzheimer, así como también a las personas que la asisten periódicamente, con la posibilidad de incrementar riesgos de enfermedades.

**- Alteración del estado mental:** Hace referencia a una interrupción en el funcionamiento de su cerebro que causa cambios de comportamiento. Este cambio puede pasar de repente o en el transcurso de unos días. La alteración del estado mental varía entre una leve confusión hasta una desorientación total y un aumento de sueño hasta estar en estado de coma.

*“El generalmente cuando yo lo estoy asistiendo, el siempre habla con otra persona parte de nosotros y afirma que la persona que está ahí y la persona le dice las cosas que tiene que hacer” (CF1-41)*

En relación al fragmento presentado, es posible identificar modificaciones en el estado mental de los/as adultos mayores, a partir de las entrevistadas cuidadoras formales en sus relatos, infiriendo cambios en la función cognitiva y/o

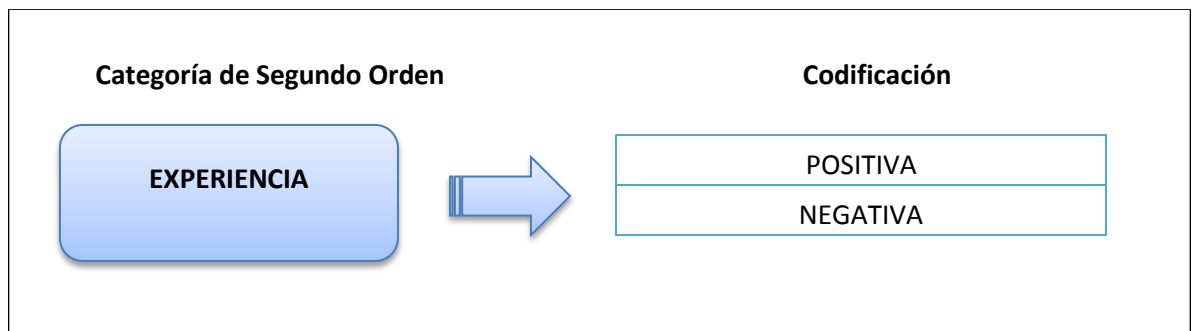
nivel de consciencia de estos mismos, presentando una incapacidad de pleno conocimiento de sí mismos y de sus relaciones con el entorno.

- **Afasia:** Según DSM IV TR, esta consiste en una alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje en cualquiera de sus formas tales como, lectura, escritura o habla debida a traumatismos o enfermedades de los centros cerebrales implicados en el lenguaje.

*“Mm.. yo llevo aquí tres años y nunca la he escuchado hablar, o sea, uno le pregunta ¿como esta? Y a veces responde bien y otras veces nada” (CF4-51)*

En base al fragmento anterior, es posible concluir que las personas mayores tienen trastornos del lenguaje, asociado a la enfermedad que conllevan, lo cual les dificulta la comunicación mediante el habla, escritura, así como también afectadas por sus lesiones cerebrales. Es por lo tanto, un componente que es común en este rango etario, y que es visualizado frecuentemente por las personas que están a su cargo.

### Categoría de Segundo Orden: Experiencia



La presente categoría denominada **experiencia** corresponde al conocimiento de algo, o habilidad para ello, que se adquiere al haberlo realizado, vivido, sentido, sufrido una o más veces.

Es posible identificar y definir las siguientes codificaciones para vislumbrar el fenómeno:

- **Positiva:** Hace referencia a las experiencias positivas que conllevan el cuidar a adultos mayores, que aluden a las diversas prácticas y sucesos en los cuales se adquieren conocimientos y habilidades relacionados a vivencias de los mismos. Así como también incluyen sentimientos de emociones agradables respecto a las acciones efectuadas.

*“Generalmente para mí satisfactorio y excelente, ellos llegan para acá esperando y se entregan solamente a nosotras, a mí de primera me causaba mucha pena” (CF6-59)*

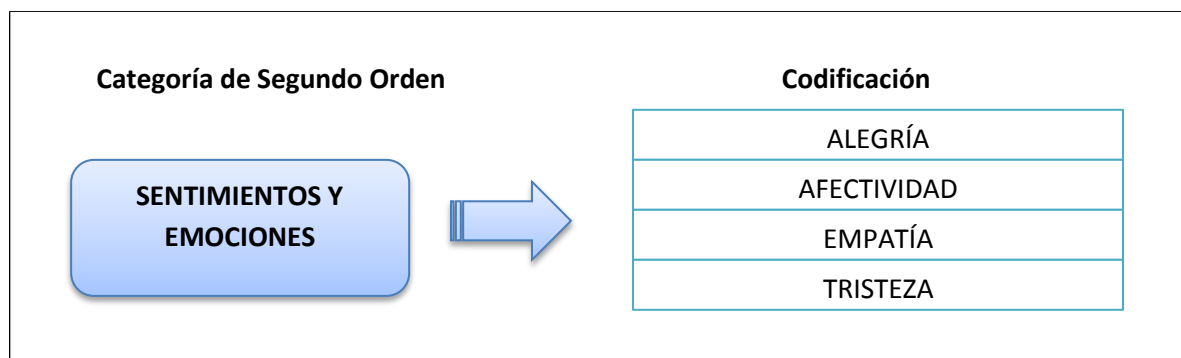
Por consiguiente, a partir del extracto se puede inferir mayoritariamente una experiencia positiva, en la mayoría de sus casos, relacionados con sentimientos y emociones armónicos y gratificantes, siendo buenas, agradables y bonitas por parte de las cuidadoras que se hacen cargo regularmente de los adultos mayores.

- **Negativa:** Hace referencia a las experiencias negativas, que conllevan el cuidar a los/as adultos mayores, que aluden a las distintas formas de conocimiento y habilidades derivadas de la observación, la participación, y de la vivencia de eventos provenientes de aquellas. A la vez, incluyen sentimientos y emociones desfavorables respecto a las continuas acciones a realizar con los/as adultos mayores.

*“A veces igual es desgastante o sea psicológicamente, no físico pero psicológicamente a veces sí, porque estas como todo el día escuchándolos y aguantando que te peguen, que te traten mal, que te digan garabatos y que estas agresiones no son físicas, no te duelen físicamente pero si psicológicamente. Por lo tanto es un período desgastante” (CF2-24)*

Por consiguiente, en base al extracto anterior, nos permite dilucidar también la existencia de experiencias negativas en relación al cuidado de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer que se asocian a sentimientos negativos, principalmente por el agotamiento del estado mental que genera la asistencia, auxilio y atención a estos mismos.

### **Categoría de Segundo Orden: Sentimientos y emociones**



La presente categoría denominada **sentimientos y emociones** alude a los estados del ánimo que se producen por causas que lo impresionan, siendo ellas las siguientes codificaciones que se identifican en la investigación:

- **Alegría:** Según la autora Carla Valencia, es definida como un estado mental caracterizado por sentimientos de amor, placer, y satisfacción. Por otra parte, Helen Keller define la alegría como una emoción que se logra a través de la fidelidad hacia un propósito valioso.

*“A mí me gusta mucho este trabajo, para mí es gratificante, o sea mis sentimientos son más positivos que negativos” (CF4-51)*

En base al extracto anterior, se puede inferir que predominan los sentimientos y emociones positivas en cuanto a la experiencia de cuidar a los/as adultos mayores, que se dilucida en los estados emocionales armónicos de bienestar expuestos por las entrevistadas, lo que permite conocer la gran satisfacción del trabajo a realizar con estos mismos.

- **Afectividad:** Es un área de estudio de la Psicología que presenta una estrecha conexión con el área de la salud. El hombre siente, piensa y actúa, distinguiéndose por tanto, los procesos emocionales (sentimientos, emociones, estados emocionales, humor, pasiones, tendencias, instintos, etc.) de procesos cognitivos (percepción, atención, memoria, inteligencia, lenguaje, etc.) y de la conducta (actos volitivos, actitudes, motivaciones, aprendizaje, etc.).

*“Es que no sé, él ya no es como un residente más po, es como cariño que yo siento”*  
(CF3-47)

En base al fragmento anterior, es posible concluir que las cuidadoras formales poseen valores positivos en relación al cuidado de los/as adultos mayores, evidenciado por el respeto hacia ellos, la aceptación de sus limitaciones y reconocimientos de sus virtudes, así como también presentando principalmente un gran cariño y amor por ellos, como aspecto relevante de valor positivo a la etapa de vida que se encuentran.

- **Empatía:** Según D. Goleman, es considerada como un conjunto de capacidades que empieza en uno mismo (sin la capacidad de darnos cuenta de nuestros sentimientos, jamás podremos contactar con las emociones y estado anímico de los demás) y que nos permite reconocer y entender las emociones de los demás como un “radar social”.

*“Porque uno igual piensa que un día uno también podría estar en el mismo lugar, y es como ponerse en el lugar de otro, y saber que esa persona no tiene una familia”*  
(CF1-41)

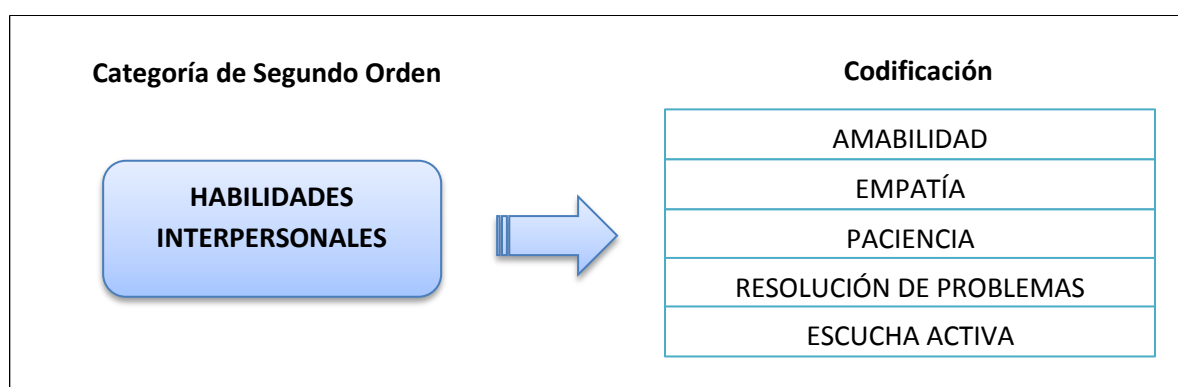
Por lo tanto, para las personas entrevistadas, la empatía es sumamente importante debido a las condiciones de vulneración social y familiar que poseen los/as adultos mayores a su cargo, por ende, constituye una característica trascendental a su consideración, por lo cual se sienten acopladas a su estado de salud, las que las hace comprender aún mayor sus atenciones de cuidado.

- **Tristeza:** Según el gabinete psicológico en Madrid Capital es un sentimiento que coge todo el ser, provocando la caída del estado de ánimo y es una sensación de pesar que se experimenta en el cuerpo, que se hace lento, y en la mente, que se llena de pensamientos oscuros.

*“De repente me pongo triste, por diferentes situaciones, por ejemplo cuando fallece la gente, especialmente cuando uno siente un vínculo con el adulto mayor” (CF5-55)*

En base al fragmento anterior, se posibilita concluir que en los relatos de las entrevistadas (cuidadoras formales), se pueden dilucidar sentimientos negativos, tales como tristeza y sufrimiento, lo cual va asociado principalmente al estado de salud cada vez más deteriorado de los/as adultos mayores a su cuidado.

### **Categoría de Segundo Orden: Habilidades interpersonales**



La presente categoría denominada **habilidades interpersonales** se refieren a aquellas que permiten tener una mejor comunicación con otras personas, las cuales se presentarán en sus respectivas codificaciones:

- **Amabilidad:** Según la Real Academia de la lengua Española, se define como una cualidad de ser afable, complaciente, y afectuoso en el trato con los demás, y por tanto, por esa condición es digno de ser amado y esto se relaciona estrechamente al concepto de amabilidad y amor de los demás.

*“Mis habilidades interpersonales con don Mario, es el cariño que me demuestra a mí, entonces yo me siento bien po, o sea sé que yo voy a poder enfrentar cualquier situación con él, y esa es mi fortaleza” (CF3-47)*

De acuerdo a lo anterior, es posible identificar a partir del fragmento expuesto, un valor fundamental y característico por parte de las cuidadoras formales de los/as adultos mayores, que es la amabilidad y que se concreta en una disponibilidad permanente y la cual es asumida por las encargadas, y ejercida por las expresiones de afecto, confianza, aceptación y seguridad hacia los asistidos.

- **Empatía:** Según la autora Gloria Ronderos la define como la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir de sus sentimientos e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él/ella.

*“Ponerse siempre en el lugar de ella, pensar siempre que uno también va para allá, entonces me gustaría que me trataran a mí” (CF4-51)*

Por lo tanto se puede desprender a partir de los extractos descritos, por parte de las entrevistadas en una capacidad de escuchar al otro, sin emitir juicios ni consejos, sino más bien a través de sentimientos de afecto, así como de compartir las mismas emociones. Es por ello que la empatía es predominante entre las asistentes como una de sus fortalezas y/o habilidades interpersonales, que se constituye ser fundamental para la comunicación humana.

- **Paciencia:** La palabra paciencia es de origen latín, proviene del verbo “*pati*” que significa “*sufrir*”, por lo tanto, la paciencia se ve reflejada cuando una persona soporta en silencio situaciones desagradables.

Según el filósofo y científico, Aristóteles, la paciencia es aquella que permite al individuo sobreponer a las emociones fuertes generada por las desgracias o aflicciones. En virtud de ello, se puede decir que la paciencia está ligada con la personalidad madura, educada y humana de un ser humano, ya que faculta al ser humano a ser atento, saber escuchar, hablar y ser cuidadoso en cada una de las acciones y decisiones a tomar.

Además este concepto describe la capacidad que posee un sujeto para tolerar, atravesar o soportar una determinada situación sin experimentar nerviosismo ni perder la calma. De esta manera, se puede decir que un individuo con paciencia es aquel que no suele alterarse.

*“Yo tengo mucha paciencia con todo la verdad, y eso es bueno, porque si la verdad no tuviera tanta paciencia pasaría que ella me agrede y la trataría mal y la tironeo o cualquier cosa así.” (CF2-24)*

A partir del relato anterior es posible comprender que la paciencia es un aspecto fundamental en el cuidado de los/las adultos mayores, ya que las mismas cuidadores rescatan que la paciencia es algo que deben presentar e implementar al momento de estar a cargo de un adulto mayor, por lo tanto, esto permite un mejor cuidado y calidad de vida para la persona mayor y repercute positivamente en la satisfacción de las cuidadoras de poder cuidar a alguien y hacerlo la manera más adecuada.

Además, es esencial aplicar la paciencia en este tipo de situaciones, ya que en el caso contrario el ejercicio del trabajo que realizan las cuidadoras no se estaría realizando de la forma correcta, debido a que este tipo de ocupación tiene como requerimiento de este concepto para tolerar aquellos aspectos que pueden ser de dificultad para las cuidadoras.

- **Resolución de problemas:** En primer lugar, la resolución es el acto y el resultado de resolver. Este verbo puede referirse a encontrar una solución para

algo o a determinar alguna cuestión. Un problema, por otra parte, es una dificultad, un contratiempo o un inconveniente

Por lo tanto, la resolución de problemas es el proceso a través del cual podemos reconocer las señales que identifican la presencia de una dificultad, anomalía o entorpecimiento del desarrollo normal de una tarea, recolectar la información necesaria para resolver los problemas detectados y escoger e implementar las mejores alternativas de solución, ya sea de manera individual o grupal.<sup>82</sup>

*“Son cosas más que nada materiales que hacen que a veces se te dificulte el trabajo, porque si uno lleva tantos años que los conoce, ya sabe por qué lado puede llegar para que te salgan más fácil la comunicación con ellos.” (CF3-47)*

En la resolución de problemas, es posible identificar que las cuidadoras en su mayoría se adaptan a las dificultades que se les presentan a diario, como lo son principalmente la falta de recursos. Las cuidadoras son conscientes de que no siempre van a tener de forma inmediata todo lo que ellas necesitan y así mismo, lo que necesitan los/las adultos/as mayores, por lo tanto, se esfuerzan en buscar diferentes métodos para resolver los problemas que comúnmente se generan en ese espacio. A partir de aquello, es posible dilucidar que la capacidad de resolver problemas cotidianos, es una aptitud necesaria para ejercer este tipo de cuidados y aminorizar las complicaciones frecuentes en este tipo de trabajo.

- **Escucha activa:** La escucha activa es un elemento indispensable en la comunicación eficaz y se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a una persona se precisa cierta empatía. La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla.<sup>83</sup>

*“Uno escucha infinidades de veces lo mismo, pero igual tiene que escucharlos, porque ellos no saben el mundo en el que están ahora, ellos se pierden en los pasillos, y no reaccionan como personas que están bien de la cabeza. Están perdidos en el tiempo y en el espacio y ahí está uno para apoyarlos y estén mejor.” (CF6-59)*

Respecto al relato expuesto previamente sobre la escucha activa, es posible entender que las cuidadoras se encuentran un poco limitadas a poder emprender la escucha activa, básicamente porque se encuentran con sujetos que presentan una condición de deterioro cognitivo, algunos con mayor nivel de deterioro y otros con menos, pero de igual forma se debilita esta habilidad

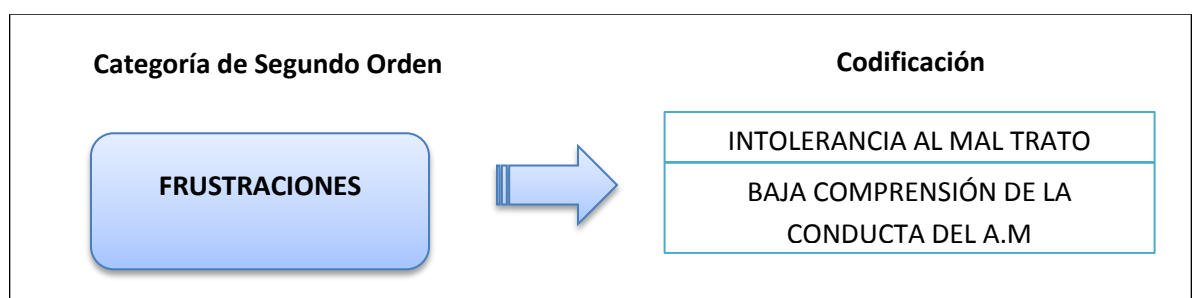
<sup>82</sup> Resolución de problemas, Julián Pérez Porto y Ana Gardey.

<sup>83</sup> Escucha Activa, Araceli Castelló.

interpersonal, ya que no puede ser ejercida en toda su dimensión, sin embargo, las cuidadoras plantean que a pesar de aquello de igual forma se esfuerzan por tratar de comprender y escuchar activamente a los/las adultos/as mayores y de esta forma satisfacer de manera oportuna las necesidades que puedan presentar.

En este punto, se comprende la dificultad de comunicación y escucha activa por parte de las cuidadoras, es por ello que también se obstaculiza la necesidad de discernir lo que precisan los/las adultos/as mayores, por lo tanto existe la carencia de satisfacer de manera extendida sus necesidades.

### Categoría de Segundo Orden: Frustraciones



También se ha establecido como categoría de segundo orden la denominación **frustraciones**, entendido como *el sentimiento que se genera en un individuo cuando no puede satisfacer un deseo planteado. Ante este tipo de situaciones, la persona suele reaccionar a nivel emocional con expresiones de ira, de ansiedad o disforia, principalmente.*<sup>84</sup>

Para una cuidadora, hay diversas situaciones que suceden en su quehacer laboral que generan ciertos sentimientos de desgano y dificultad, debido a que se está tratando con personas que no se encuentran totalmente activos/as tanto físico como psicológicamente. Es por ello que en esta categoría, se codifican las siguientes situaciones que han presentado las cuidadoras:

**- Intolerancia al mal trato:** El término intolerable es un adjetivo que describe una cosa o alguien que no se puede tolerar, básicamente no se tolera el mal trato o la violencia psicológica. Se hace referencia a la intolerancia de aceptar que algo o alguien que está fuera de su estado natural, que obra con ímpetu o fuerza, y que se dirige a un objetivo con la intención de forzarlo. Puede ser física y verbal, puede emplear la amenaza, la persecución o la intimidación (García, 1999) como formas de ejercicio del poder, y se va imponiendo como forma para resolver los conflictos o reclamar los derechos ciudadanos (Rosario, 1999).

<sup>84</sup> Frustración, Elisabet Rodríguez Camón.

*“A veces igual es desgastante, o sea psicológicamente, no físico pero psicológicamente a veces sí, porque estas como todo el día escuchándolos y aguantando que te peguen, que te traten mal, que te digan garabatos, y que esas agresiones no son físicas, no te duelen físicamente pero si psicológicamente, o sea si al final a nadie le gusta que te traten mal pero uno igual tiene que ponerse en el lugar que la persona igual no lo está haciendo porque tiene algo en contra hacia ti, o porque no sé, te tenga mala, o porque te odie o nada de eso. Uno debe tener claro que esa persona lo está haciendo porque no está bien su mente.” (CF2-24)*

A partir de lo anteriormente descrito por cuidadoras, es oportuno describir que la intolerancia al mal trato es algo surge a medida que se exponen a una serie de situaciones frente a los/las adultos/as mayores, es decir la demencia o demencia tipo Alzheimer genera conductas como agresividad en la persona mayor, por lo tanto las cuidadoras generalmente estarán expuestas a este tipo de conductas. El asunto es que muchas de ellas se les dificultan enfrentar este tipo de situaciones, por lo tanto, comienzan a surgir las frustraciones y desánimos por parte de ellas, ya que la constante agresividad física y psicológica de una u otra forma repercute en las personas que lo reciben.

También se aprecia que las cuidadoras comprenden el carácter de esta situación, conocen que es una reacción involuntaria y es en consecuencia de la enfermedad que presentan, no obstante provoca en las cuidadoras un cansancio y desgaste emocional.

- **Baja comprensión de la conducta del adulto/a mayor:** El concepto de comprensión está relacionado con el verbo comprender, que refiere a entender, justificar o contener algo. La comprensión, por lo tanto, es la aptitud o astucia para alcanzar un entendimiento de las cosas. De esta manera la baja comprensión de la conducta o manera de comportarse de una persona en una situación determinada, es no poder entender o comprender al Adulto/a Mayor en su manera de comportarse.<sup>85</sup>

*“Eh a veces cuando uno no entiende lo que le pasa, porque a veces pasa también eso, que uno no sabe lo que le pasa, entonces cuando uno la ve decaída o cuando está enferma igual a veces no sabe qué hacer, entonces esa sería mi debilidad, no poder atenderla como corresponde, no poder atender la necesidad que ella tiene en ese momento porque no habla.” (CF4-51)*

En el relato descrito anteriormente sobre la baja comprensión de la conducta del adulto/a mayor, se aprecia confusión por parte de las cuidadoras, ya que no se precisa exactamente lo que manifiesta el/la adulto/a mayor. La conducta en una persona mayor con demencia y/o demencia tipo Alzheimer es impredecible, ya que debido a la pérdida de memoria, no son coherente en su

---

<sup>85</sup> Comprensión, Julián Pérez Porto y Ana Gardey.

actuar y dificulta el quehacer de las personas que están a cargo de las personas mayores.

En reiteradas oportunidades las cuidadoras no entienden realmente que le pasa al adulto mayor, lo que desea comunicar o que está sintiendo específicamente, por lo tanto esto complica el accionar de las cuidadoras y muchas veces puede generar una equivocación al tratar de inferir su necesidad.

## **b.- Análisis de Objetivo N°2**

**Objetivo Específico N°2:** *“Analizar los significados que le otorgan las y los cuidadores formales a sus **relaciones socio-familiares** en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer”*

Respecto al presente objetivo, se identifica una categoría de primer orden que se desprende con el propósito de focalizar la investigación hacia la materia del problema a explorar, la cual refiere a *los significados que le otorgan a sus relaciones socio-familiares.*

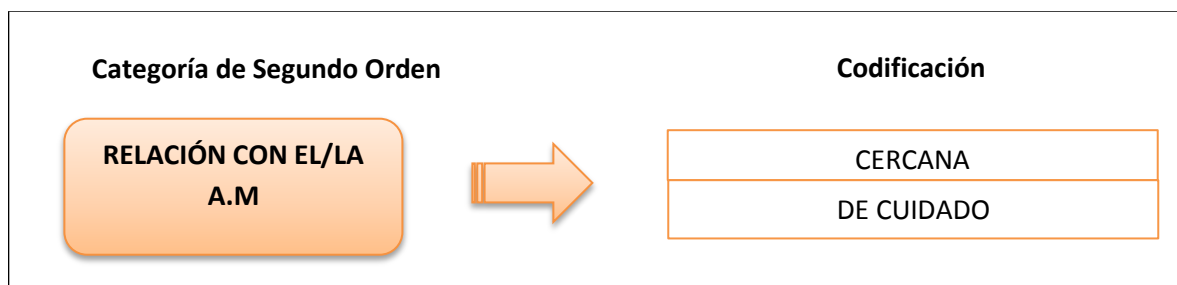
Las **relaciones socio-familiares** comprenden aquellas interacciones sociales que se encuentran reguladas por normas sociales entre dos o más personas, las cuales, de alguna manera, establecen las pautas de la cultura de grupo y su transmisión a través del proceso de socialización, fomentando la percepción, motivación, el aprendizaje y las creencias. Este tipo de relaciones son un complemento en la vida del ser humano, pues el hecho de relacionarse con otros es una cuestión primordial y necesaria de la vida cotidiana.

Del mismo modo, se constituyen de las relaciones que se producen en el núcleo familiar, las cuales determinan los valores, afectos y actitudes de una persona. De acuerdo a las interacciones que se establecen entre los miembros de la familia se configura el ambiente familiar, donde cada familia participa en estas relaciones de manera particular que las diferencian a unas de otras.

A partir de esta categoría se desprenden otras dimensiones, las cuales se desarrollan en el contexto laboral de las cuidadoras, tales como la **relación con el/la adulto mayor** que se está cuidando, **las redes de apoyo** que se presentan en su quehacer y los **recursos económicos** que permiten su desempeño, así como también la compatibilización del trabajo con las **relaciones familiares** y **relaciones sociales.**

A continuación se analizan las categorías de segundo orden anteriormente mencionadas y las codificaciones que han permitido reducir los datos obtenidos a través de la aplicación de la entrevista focalizada.

### Categoría de Segundo Orden: Relación con el/la A.M



De acuerdo a este diagrama, es necesario comprender que los cuidadores formales de adultos mayores son personas capacitadas a través de cursos teórico-empíricos de formación para otorgar atención preventiva, asistencial y educativa a éste y, en caso de que exista, a su grupo familiar (Valderrama, 1997). En este contexto, **la relación con el/la adulto mayor** refiere a la interacción entre cuidador y el sujeto que se encuentra bajo su cuidado.

A partir de lo anterior, se puede identificar y definir las codificaciones que se desprenden a través de esta categoría de segundo orden:

- **Relación cercana:** Es aquella unión que genera un vínculo entre una persona o con otra, es una relación que implica afectividad entre los sujetos involucrados.

*“Yo con él tiro la talla, me voy a sentar con él al sillón, hay una complicidad con él, nos conocemos más, hay cosas que yo sé que puedo hacer de esa manera pero sé que con otros abuelos no me voy a ir a sentar ahí al lado de él con esa confianza porque esa es la complicidad que hay entre nosotros, nos conocemos”. (CF3-47)*

En cuanto al fragmento expuesto e información recabada, es posible vislumbrar que las cuidadoras formales mantienen una relación cercana con los/las adultos mayores que están bajo su cuidado, demostrando empatía y afectividad en el desempeño de su rol, predominando esta tipología por sobre la relación profesional de asistente de cuidado, pues se señala que hay una entrega de cariño en esta relación independientemente que exista una asimetría en ésta, por lo tanto, en este contexto se genera un vínculo afectivo con el/la adulto mayor.

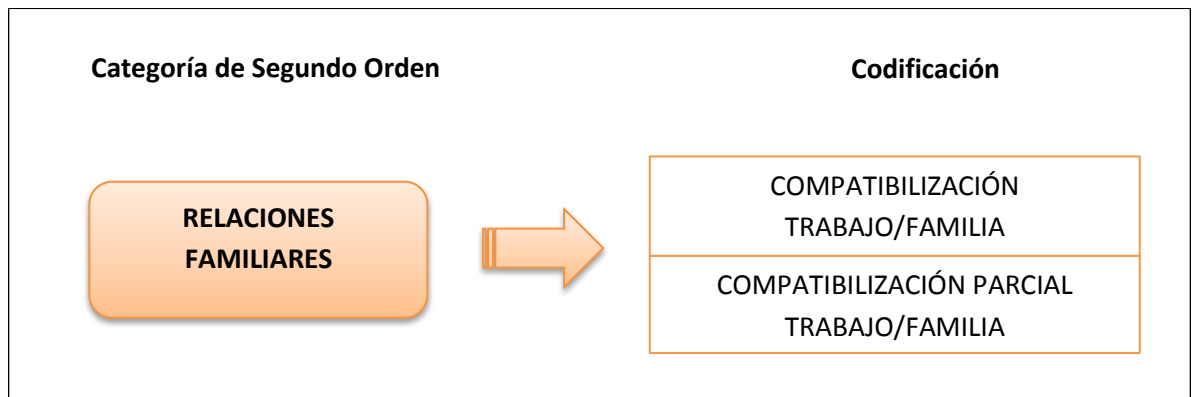
Asimismo, se configura en el contexto de la relación de cuidado del/la adulto mayor, un ambiente familiar y de protección en este rol, donde se deben poner en práctica las habilidades blandas de cada persona para realizar contención hacia los/las adultos mayores respecto a sus cambios de ánimo, siendo un soporte y factor protector para ellos.

- **Relación de cuidado:** Refiere a aquella relación que se basa en brindar la asistencia que requiere el/la adulto mayor dependiente.

*“...Independiente de su condición, ya que a pesar de todo esto por ejemplo si la veo llorar, me parte el corazón y le digo ya María por favor, te parte el corazón aunque a*

Asimismo, de acuerdo al extracto, se identifica que en la relación de cuidado se procura considerar constantemente a la persona mayor –independiente de si se encuentra o no completamente consciente de su entorno– como sujeto de derecho que requiere de un buen trato y además propiciar una buena calidad de vida en esta etapa del ciclo vital, teniendo en cuenta de qué manera afecta la demencia o demencia tipo Alzheimer en su actuar.

### Categoría de Segundo Orden: Relaciones familiares



En base a este diagrama, las **relaciones familiares** surgen de yoes y vínculos, diferentes entre sí, mancomunados y ligados en el conjunto del parentesco. Para efectos de esta investigación, se explora en cuanto a la administración del tiempo de las cuidadoras entre trabajo y familia, de las cuales se desprenden las siguientes codificaciones:

- **Compatibilización trabajo/familia:** La Real Academia Española define compatibilizar como “hacer compatibles dos cosas”, en este contexto se hace referencia a hacer compatible el tiempo entre trabajo y familia.

*“Sí, me lo permite, es como mitad y mitad, yo trabajo dos por dos, dos días de trabajo y dos días libres, entonces es equitativo lo que yo hago con mis relaciones familiares y con mi trabajo. Logro compensar aquello, entre familia y trabajo”. (CF2-24)*

A través del fragmento expuesto y la información recopilada, se identifica que las cuidadoras entrevistadas logran compensar el tiempo que dedican a su rol como asistentes de cuidado así como también a sus relaciones familiares. Esta situación se debe a la modalidad de turnos de trabajo, por lo cual, les permite equilibrar su quehacer laboral como también el rol que cumple en su grupo familiar, logrando organizar sus actividades familiares en equilibrio con el cumplimiento de sus desempeños como cuidadoras.

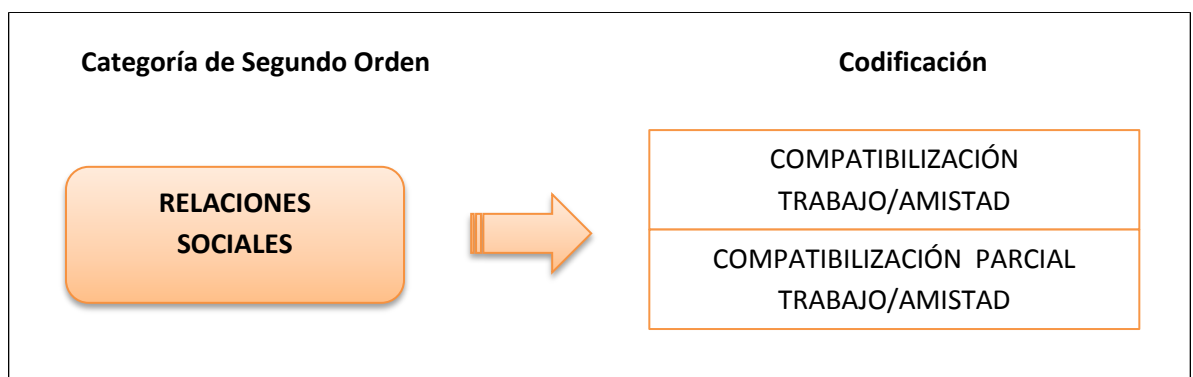
- **Compatibilización parcial trabajo/familia:** La Real Academia Española define compatibilizar como “hacer compatibles dos cosas”, en este contexto se identifica

una compatibilización de manera parcial entre la administración del tiempo de trabajo y la familia.

*“...Los días que trabajo de día sí, es poco el tiempo en lo que uno llega a la casa y tiene que venir al otro día, es entre llegar a cocinar e igual se hace poco, pero por ejemplo yo en mi caso siempre tomo once con mis hijos, ellos me esperan a mí para tomar once, porque es el único momento que tenemos para conversar, cómo nos fue en el día, qué hicimos, para después cada uno partir a sus labores...” (CF4-51)*

Respecto al extracto expuesto, se puede vislumbrar que, a pesar del trabajo de modalidad en turnos, la asistente de cuidado entrevistada compatibiliza parcialmente el tiempo que administra en cuanto a su trabajo y relaciones familiares, pues los días en que trabaja en jornada diurna disminuyen su presencia en el hogar, sin embargo, se identifica que existe una buena relación familiar en los cortos períodos en que puede compartir madre e hijos.

### Categoría de Segundo Orden: Relaciones sociales



En relación al diagrama expuesto, las **relaciones sociales** se entienden como las múltiples interacciones que se dan entre dos o más personas en la sociedad, por las cuales los sujetos establecen vínculos laborales, amistosos, profesionales, deportivos o de otra índole recreativa.

De acuerdo a este estudio, se realiza una exploración en cuanto a la administración del tiempo de las cuidadoras entre trabajo y amistad, de las cuales se desprenden las siguientes codificaciones:

- **Compatibilización trabajo/amistad:** La Real Academia Española define compatibilizar como “hacer compatibles dos cosas”, en este contexto refiere a hacer compatible el tiempo entre trabajo y amistad.

*“Sí y sabes que es súper bueno, porque les voy hablando a mis amistades y como que ellos van empatizando y dicen ah en realidad es verdad, uno les explica que si no se cuidan a los abuelitos les pasan tales cosas, incluso mi suegro era muy desordenado para comer y todo, entonces yo le dije suegro Ud. sabe po’, yo lo voy a terminar cuidando y mudando, entonces eso le sirvió y cambió, entonces en la sociedad sirve mucho”. (CF3-47)*

En base a este fragmento, la entrevistada señala que sí logra compatibilizar el tiempo que dedica a su trabajo y asimismo a sus relaciones de amistad, situación en la que también comparte sus experiencias como asistente de cuidado y transmite los conocimientos adquiridos a su entorno con el propósito de concientizar a sus cercanos en cuanto a los cambios que surgen en la adultez mayor. De este modo, realiza educación informal a su círculo más cercano en cuanto a medidas preventivas en salud y enfatiza en lo primordial que es la empatía en el trabajo de cuidado de adultos mayores.

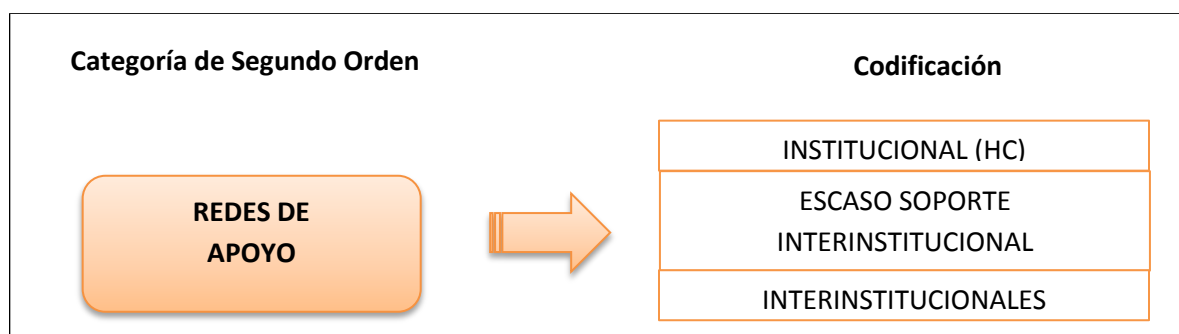
Este equilibrio entre trabajo y relaciones sociales actúa como factor protector en las cuidadoras, pues alivian la carga laboral compartiendo con sus amistades y realizando actividades extra programáticas, lo cual fortalece el ámbito de autocuidado.

- **Compatibilización parcial trabajo/amistad:** La Real Academia Española define compatibilizar como “hacer compatibles dos cosas”, en este contexto refiere a hacer compatible en forma parcial el tiempo entre trabajo y amistad.

*“Acá tengo todas las amistades, antes iba a la iglesia, pero acá hacen actividades espirituales y hacen paseos, siempre me junto con el grupo de las chiquillas, pero salir con ellas a parte no se puede, porque el tiempo es corto y estamos en distintos turnos...” (CF5-55)*

A través de este extracto, se identifica la existencia de relaciones de amistad, pues realiza actividades recreativas, sin embargo, éstas se encuentran en el contexto laboral. Por lo tanto, se vislumbra que hay una compatibilización de manera parcial en cuanto a la administración del tiempo respecto a su trabajo y sus relaciones de amistad con sus compañeras, debido a que la diferencia de horario en las jornadas de trabajo obstaculiza la realización de actividades fuera de la institución.

### Categoría de Segundo Orden: Redes de apoyo



En relación al presente diagrama, las **redes de apoyo** se definen como “una serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su

identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información” (Walker y colaboradores, 1977).

Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002) definen las redes de apoyo como un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.

De acuerdo a esta categoría de segundo orden, se desprenden tres codificaciones representativas de la información obtenida:

- **Institucional:** Refiere al vínculo de apoyo que representa y se genera entre la propia institución para con los/las trabajadores/as que se desempeñan en ésta.

*“Nosotras aquí realmente tenemos muchas capacitaciones, tenemos psicólogos que vienen para acá, para ver nuestras emociones, entonces yo he hecho tantos cursos, de contención cuando se va un adulto mayor, hemos tenido mucho apoyo acá”.* (CF6-59)

El fragmento extraído representa la percepción de apoyo manifestada mayormente por las cuidadoras formales, las cuales refieren al apoyo brindado por parte de la Residencial Asunción, destacándose el trabajo en equipo, cuya ejecución permite una mejor realización de sus funciones en su rol de asistentes de cuidado. Del mismo modo, enfatizan en la constante retroalimentación con el equipo médico, el cual las provee de nuevos conocimientos así como también una mejor prestación del servicio a los adultos mayores de la Residencia, institución que constantemente se encuentra capacitando a sus trabajadoras para brindar una asistencia óptima de acuerdo a los requerimientos particulares de los/las usuarias de la institución.

- **Escaso soporte interinstitucional:** Las redes interinstitucionales refieren a aquellos vínculos que se crean entre diferentes tipos de instituciones, sin embargo, en ocasiones estas relaciones pueden ser escasas.

*“...Falta mucho en demostrar alrededor a los vecinos, mostrarle la sociedad, o en el mismo hospital cómo se sienten, porque al adulto mayor lo miran como número (...) La verdad es que nosotros siempre defendemos esos derechos, pero falta mucho, que se mejore la red de apoyo desde el hospital, pero acá en la institución que trabajo siempre se da apoyo...”* (CF1-41)

De acuerdo al extracto, es posible identificar una escasez en el soporte interinstitucional, donde se percibe que no hay relaciones frecuentes con otras instituciones que transmitan a la comunidad el trabajo que se realiza en la institución, es decir, a través de la percepción de la entrevistada, se requiere que se visibilicen las funciones que se desempeñan en el Hogar y además se concientice a quienes trabajan en otras instituciones de los cuidados particulares

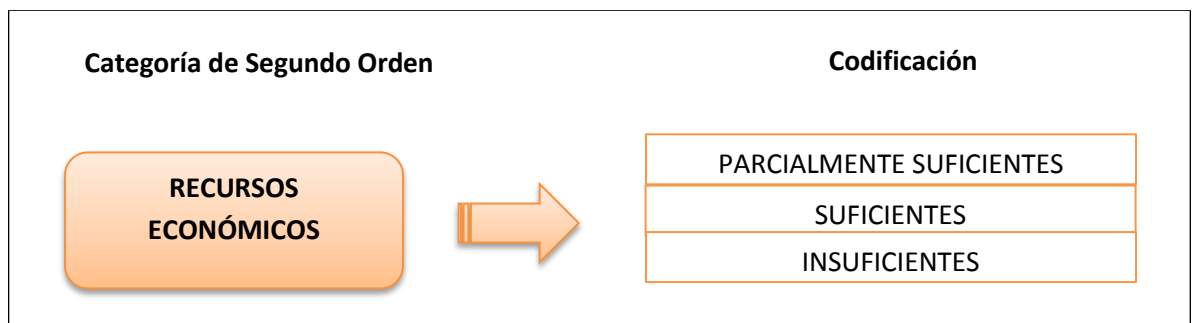
que demandan los/las adultos mayores en caso de ser hospitalizados, enfatizando en la protección de sus derechos y cuidado de su integridad física y psíquica. Asimismo, se vislumbra la necesidad de realización de actividades extra programáticas para las personas mayores con el propósito de mantener un contacto frecuente entre los usuarios y la comunidad.

- **Interinstitucionales:** Corresponden a las diferentes redes que se pueden crear entre diversos tipos de instituciones con fines específicos.

*“De afuera vienen a veces Colegios a visitar a los abuelos, son redes que hacen entre la Asistente Social con la gente de afuera, entonces todo eso a nosotros nos ayuda a que ellos estén más despiertos, que estén con más ganas de seguir viviendo...”*  
(CF3-47)

En relación al extracto, se vislumbra que existen en algunas ocasiones vínculos interinstitucionales, los cuales se consideran como un aporte a la institución por parte de las cuidadoras ya sea como apoyo para la realización de su labor cuidado y asistencia así como también para fomentar espacios de recreación para los adultos mayores. En este contexto, el establecer redes de apoyo con establecimientos educacionales permitiría instancias que potenciarían instancias intergeneracionales.

**Categoría de Segundo Orden: Recursos económicos**



En base al diagrama, los recursos económicos se definen como los medios materiales o inmateriales que permiten satisfacer ciertas necesidades de una persona, un grupo o comunidad.

De acuerdo a la investigación, se requiere explorar en cuanto a los recursos económicos que posee la institución y que contribuyen al desempeño en el rol de las cuidadoras formales. Por lo cual, se desprenden las siguientes codificaciones de acuerdo a esta categoría de segundo orden:

- **Parcialmente suficientes:** Se define de esta manera a la existencia de recursos gradualmente carentes para el desempeño del rol en el cuidado del/la adulto mayor y para abordar las necesidades que presentan.

*“Yo creo que nunca son suficientes pero, dentro de todo, yo no he trabajado en otros hogares pero de lo que he escuchado aquí es muy buena la atención en lo que refiere a otros hogares, acá están muy bien, muy bien cuidados, bien alimentados, tienen sus medicamentos, sus mudas, su ropita limpia, lo necesario está.” (CF4-51)*

El fragmento extraído señala las percepciones que tienen las cuidadoras formales respecto a los recursos económicos con que cuentan en la institución para desempeñar sus funciones. De acuerdo a este párrafo, es posible vislumbrar que poseen recursos parcialmente suficientes para el quehacer laboral, sin embargo, destacan que pueden realizar de manera óptima lo que les exige el contexto. Del mismo modo, es posible identificar que las cuidadoras poseen una capacidad de adaptación al cambio, pues cuando surgen situaciones imprevistas logran solucionarlas con los recursos existentes.

- **Suficientes:** Refiere a la proporción adecuada de recursos económicos necesarios para el desempeño en el cuidado del/la adulto mayor y cobertura de sus necesidades.

*“Sí, a pesar de que uno dice Hogar de Cristo debe ser pobre pero, la verdad que nunca nos ha faltado algo, siempre están las cosas ahí... Tenemos también nuestros materiales, nuestras cosas, los abuelitos también siempre tienen sus mudas, sus cosas, su ropa limpia, todo”. (CF2-24)*

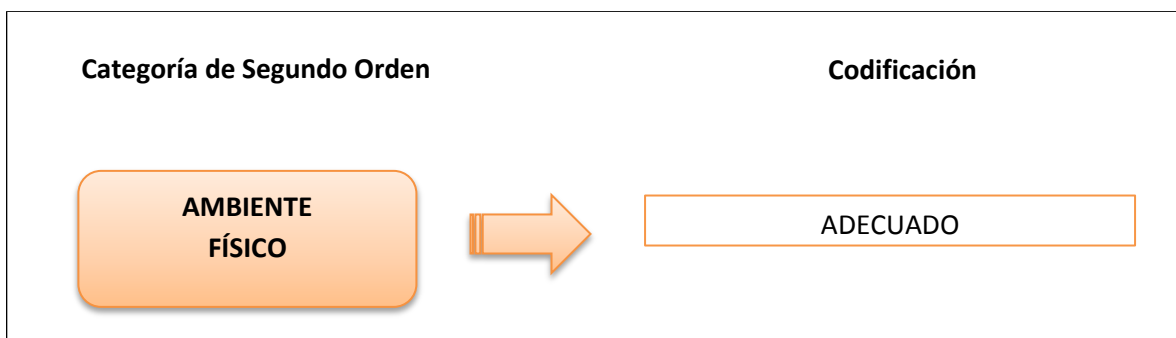
En concordancia al fragmento anterior, es posible identificar que para algunas de las cuidadoras los recursos económicos existentes en la institución sí son suficientes para proveer su desempeño en el cuidado y asistencia de adultos mayores, así como también de implementos que contribuyen a las necesidades particulares de los sujetos, señalando tales como vestimenta y alimentación adecuada, además de la prestación de atenciones médicas y kinésicas en la Residencia.

- **Insuficientes:** Alude a la escasez de recursos necesarios para desempeñar el rol como cuidadora del/la adulto mayor y satisfacción de necesidades.

*“A veces no, pero en mi situación siempre he estado adaptándome a los recursos que hay, y el trabajo tiene que salir si o si, con los recursos grandes o pequeños que hayan, uno tiene que hacerlo y lograrlo, por ejemplo si un día no hay algodón para lavarlos, uno va a la ropa y saca unos trapitos, buscar los recursos si no son suficientes”. (CF6-59)*

En base al presente extracto, la entrevistada señala que en ocasiones no existen los recursos suficientes para el desempeño como cuidadora, sin embargo, alude a su capacidad de adaptación al cambio para enfrentar las situaciones en que se presenta esta escasez de recursos para realizar óptimamente su trabajo, pues resulta primordial llevar a cabo la atención hacia los/las adultos mayores de la Residencia.

## Categoría de Segundo Orden: Ambiente físico



En concordancia al diagrama, el **ambiente físico** corresponde al espacio en que se desenvuelve el/la adulto mayor, considerando las adaptaciones que se requieren de acuerdo a sus necesidades. Cabe señalar que el ambiente físico tiene especial influencia en las personas que se encuentran en situación de dependencia y en quienes tienen deterioro cognitivo.

De acuerdo a esta categoría de segundo orden, se desprende una codificación respecto a la información obtenida:

- **Adecuado:** Refiere a las condiciones apropiadas de instalación de la institución para el desplazamiento de los/las adultos mayores con o sin ayudas técnicas, además del sistema de iluminación, barras de seguridad, tamaño de las habitaciones y baños, condiciones higiénicas, temperatura adecuada, entre otros.

*“Sí, por ejemplo para caminar y esas cosas está bueno y grande el lugar, claro porque en algunas piezas hay dos camas y hay harto espacio, porque pueden entrar dos personas con carros al mismo tiempo”. (CF6-59)*

De acuerdo al fragmento, es posible identificar que para las cuidadoras formales el ambiente físico responde a las características apropiadas para el desempeño de sus funciones en el cuidado y asistencia en las actividades de la vida diaria, por lo tanto, el espacio en que realizan sus quehaceres fortalecen la ejecución de éstas. Asimismo, destacan que las condiciones son óptimas para el bienestar y calidad de vida de los/las adultos mayores, pues cuentan con un espacio amplio para su desplazamiento y barreras de seguridad, lo cual permite un cierto grado de independencia en los sujetos.

### c.- Análisis de Objetivo N°3

**Objetivo Específico N°3:** *“Analizar los significados que le otorgan las y los cuidadores formales a su **estado de salud** en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer”*

El presente objetivo, contiene la categoría de primer orden entendida como *los significados que le otorgan los/las cuidadores/as a su estado de salud,*

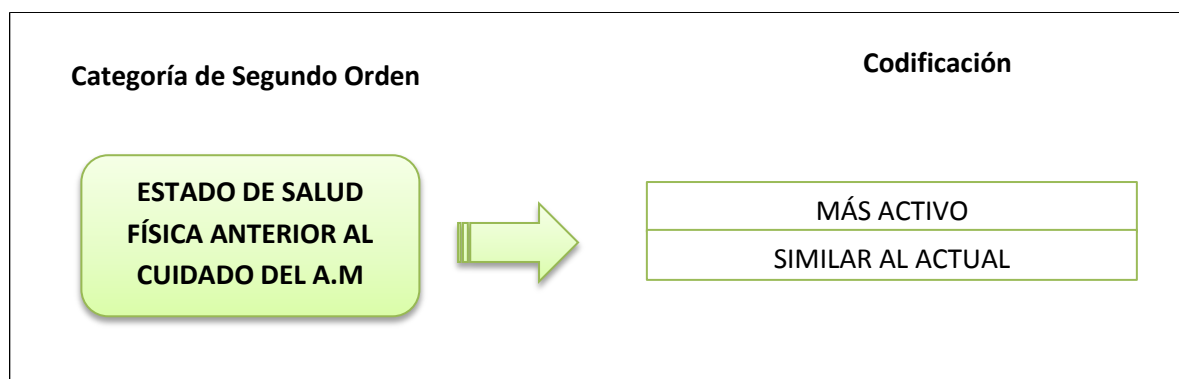
principalmente el ámbito físico de la persona, el estado y funcionamiento del organismo.

La salud es el medio que permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades, es decir, es la condición de posibilidad que permite la realización del potencial humano de cualquier persona. De hecho, las modernas antropologías ya no la consideran como una simple ausencia de enfermedad. No basta tener un cuerpo vigoroso o saludable; es preciso vivir a gusto "dentro" de él y con él. No es suficiente sentirse útil y tener una dedicación o trabajo; es necesario realizar una misión en la vida. Ni siquiera basta con perdurar en el tiempo; es necesario encontrarles un sentido a los años.<sup>86</sup>

Es relevante detallar que una buena salud física suele repercutir positivamente en el resto de dimensiones personales y viceversa. Es ahí la importancia de analizar el estado de salud física de las cuidadoras de la presente investigación.

A continuación se analizarán diversas categorías correspondientes al estado de salud y sus determinadas codificaciones:

#### **Categoría de Segundo Orden: Estado de salud física anterior al cuidado del A.M**



- **Estado de salud física anterior al cuidado del Adulto/a Mayor:** Hace referencia al estado de salud física que presentaban las cuidadoras antes de que comenzaran con la labor de cuidar a un adulto mayor con demencia y/o demencia tipo Alzheimer.

Este estado de salud fue representado a partir de dos codificaciones, siendo las más representativas el ser más activo y una condición física similar al actual.

<sup>86</sup> El concepto de salud, Gregorio Piédrola Gil.

- **Más activo:** Entendiendo este concepto como aquella persona que antes de realizar su labor de cuidadora se encontraba con más energía para desarrollar sus actividades, o concebida de otra manera, actuaba de manera más eficaz y diligente ante sus quehaceres.

*“Primero que nada estaba más joven, porque hace diez años que trabajo acá, y estaba más activa, de repente me duele un poco la muñeca porque hay postrados muy rígidos y ahora me encuentro quizás con mayor dolencia y antes me fracture el tobillo, y me duele un poco, pero dolores del trabajo no tanto.” (CF5-55)*

A partir del extracto anterior, las cuidadoras han expresado presentar un estado de salud más activo anterior al cuidado de los adultos mayores, donde se refleja la situación en que se encuentran algunas de ellas, ya que muchas han ejercido la labor de cuidadora por un largo tiempo, por lo tanto, de alguna forma su estado de salud se ha deteriorado, reconociendo mayor vitalidad antes de comenzar su trabajo como cuidadoras. Es de comprender que las actividades diarias que realizan las cuidadoras con los/las adultos/as mayores son de gran demanda, por lo tanto, ha repercutido en algunas de ellas.

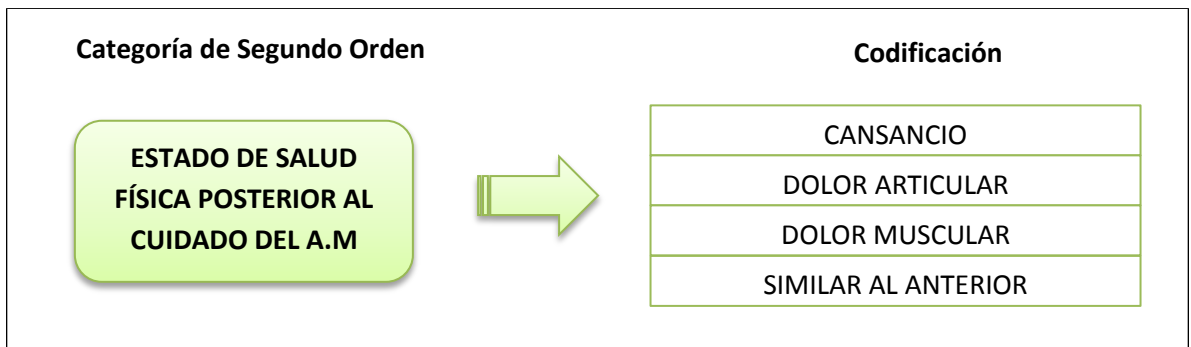
También es trascendental involucrar el factor tiempo en todo esto, ya que es natural que en un periodo, el cuerpo se vea desgastado por el mismo transcurso.

- **Similar al actual:** Esta consideración se entiende por un Estado de salud física de que no ha tenido gran cambio a pesar del transcurso del tiempo y del quehacer laboral que han ejercido. En pocas palabras, el estado de salud anterior al ejercicio del cuidado, es similar al actual, es decir ya ejerciendo.

*“Antes de trabajar acá que llevo como 3 a 4 años, bueno anteriormente físicamente es igual, no he tenido mayor complicación.” (CF2-24)*

De lo descrito anteriormente por las cuidadoras, es posible entender que una parte de ellas no han tenido mayores complicaciones por el ejercicio laboral y las posibles dolencias que han presentado durante el transcurso laboral desaparecen durante el descanso, por lo tanto, su estado de salud física no se ha visto deteriorado por su labor.

## Categoría de Segundo Orden: Estado de salud física posterior al cuidado del A.M



Esta categoría de segundo orden corresponde al **estado de salud de las cuidadoras posterior a la labor de cuidado del adulto/a mayor**, las cuales fueron codificadas de la siguiente manera:

- **Cansancio:** Es la debilidad o falta de fuerza física, generalmente provocada por la realización de un esfuerzo o trabajo. El término cansancio es el que se utiliza para designar a un tipo de condición del organismo tanto del ser humano como de otros animales que se manifiesta a través de la falta de energías, el sueño, la falta de concentración y de atención, entre otros.

El cansancio es una de las formas más comunes en las que el organismo puede darnos a entender que necesita descansar y recuperar energías.

*“Con el tiempo el cansancio se siente, pero aquí a uno igual la van preparando, van haciendo capacitaciones, tanto física como mentalmente, porque es un trabajo pesado en ambas cosas, entonces tienes que saber hacer la fuerza (...) Pero siempre tenemos el apoyo siempre hacia nosotros si nos sentimos mal, esta kinesiología que también nos ayuda, pero mi salud es más un cansancio físico” (CF1-41)*

Como se puede revisar en el extracto anterior sobre el cansancio, las cuidadoras manifiestan evidentemente que su labor genera cansancio, pero al mismo tiempo declaran que es un cansancio temporal, ya que con las capacitaciones, técnicas y ejercicios logran paliar esta situación.

Es importante mencionar que estar a cargo del cuidado de un adulto mayor siempre va a generar un cierto tipo de cansancio físico, pero va a depender de cómo se enfrenta esta situación, es decir, si se aplican técnicas y ejercicios que favorecen la salud física, es cuánto va a concernir en la persona, y es justamente lo que relataban las cuidadoras.

- **Dolor articular:** Es la percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; específicamente en las articulaciones, esta procede, a veces, de estructuras extra articulares, como ligamentos, tendones o músculos. Ejemplos de estos trastornos son las bursitis y las tendinitis.

*“Y ahora generalmente me duelen como mis rodillas, pero con los años esto se acentúa más, pero nada complicado.” (CF1-41)*

En cuanto al extracto anterior, se puede evidenciar cómo ha afectado el dolor articular a las cuidadoras, generado por las funciones que deben ejercer al estar al cuidado de los/las adultos/as mayores, sin embargo, no se inquietaban ni se enfocaban en esta situación.

Aun así es importante destacar que al ejercer de cuidadora de adulto/a mayor, es probable que se generen este tipo de dolencias, ya que muchas veces se realiza mucho trabajo físico, percutiendo directamente, como lo es en estos casos, en las articulaciones.

- **Dolor muscular:** El dolor muscular (mialgia) es cualquier sensación de dolor aguda, convulsiva y tirante en un músculo. El dolor muscular puede experimentarse de forma extendida (difusa) o en un punto concreto del cuerpo (local). El dolor muscular y cualquier clase de dolor son una señal importante para el cuerpo.

El dolor muscular puede aparecer por diferentes razones, en estos casos generalmente se ocasiona normalmente, por un sobreesfuerzo físico que se manifiesta con agujetas, o tras una lesión muscular.

*Nos comentaba que Ud. sentía algunas dolencias... “Sí, las típicas de uno que son los brazos, las piernas donde uno camina harto, pero en general es un dolor del trabajo”. Entonces sería un dolor del cansancio propio del trabajo, no es algo que repercute en días en que no está trabajando, por ejemplo un fin de semana que tenga libre... “No, no es un dolor permanente” (CF4-51)*

A partir del relato anterior es posible determinar que el dolor muscular también es recurrente dentro de las consecuencias de ejercer el cuidado de un Adulto/a Mayor, pero al igual que el dolor en las articulaciones, son dolores que trascienden de manera parcial a la cuidadora, es decir, son focalizados y no afectan en la calidad del cuidado o condición de vida de la cuidadora. No obstante, es sustancial realizar movimientos adecuados con manejo y técnica para no obstaculizar la ocupación de las cuidadoras.

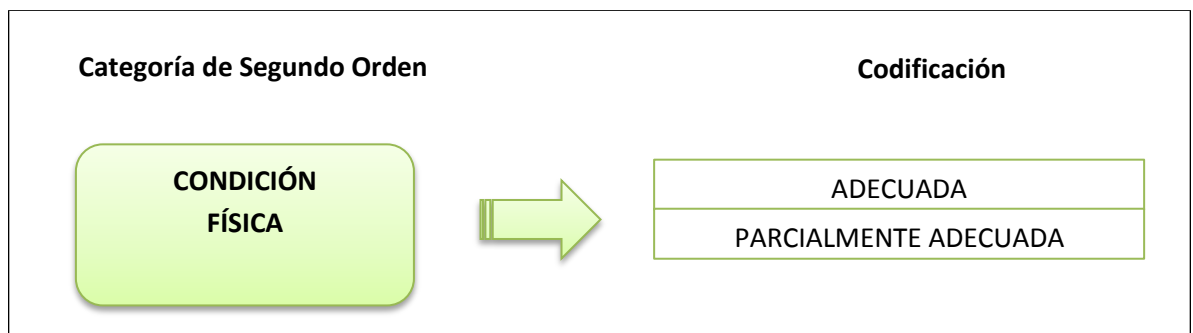
- **Similar al anterior:** Esta codificación da a conocer que el estado de salud física posterior a cuidar un adulto/a mayor, es similar al presentado antes de ejercer la labor de cuidado de un adulto/a mayor.

*“Yo siempre trate de acercarme a los cursos de movilidad de adulto mayor, yo me se todas las técnicas, siempre lleve al pie de la letra todo, levantar las rodillas hacer las fuerzas en las piernas, no tengo ningún dolor de espaldas, porque siempre hice la fuerza de acuerdo a los ejercicios que me daban.” (CF6-59)*

Como se aprecia en el extracto anterior, la cuidadora no presenta dolencia por causa del trabajo que realiza, más bien da a conocer que siempre se rigió por los ejercicios y posiciones adecuadas para no tener ninguna consecuencia a nivel físico por el tipo de labor que ejerce, es decir, la cuidadora posee amplio conocimiento acerca de las técnicas necesarias para realizar su tipo de función.

Es posible especificar que ser cuidadora es una función que tiene altas probabilidades de afectar el estado de salud física, sin embargo, depende del conocimiento acerca de las técnicas y la carga que posea la cuidadora, es si va a trascender de mayor o menor manera en su estado de salud.

### Categoría de Segundo Orden: Condición física



La siguiente categoría de segundo orden hace alusión a la **condición física** que presentan las cuidadoras, en primer lugar se entiende por condición, al estado o la situación en que se encuentra alguien o algo. La noción de física, por su parte, puede relacionarse con la naturaleza corporal o con la constitución exterior de una persona como el estado del cuerpo de un individuo.

La condición física, por lo tanto, hace referencia al estado del cuerpo de un individuo.<sup>87</sup>

- **Adecuada:** Un estado de condición física adecuada hace mención a quien está capacitado para realizar diversas actividades con efectividad y vigor, evitando las lesiones y con un gasto de energía reducido.

*“Sí, todavía me siento capaz.” (CF3-47)*

A partir de las concretas respuestas de las cuidadoras, es posible extraer que en su mayoría, presenta un estado de salud adecuada para seguir ejerciendo sus funciones como cuidadoras, al plantear su aprobación con determinación y seguridad. Ellas creen presentar una condición física que aún es apto para realizar todo tipo de actividades y quehaceres con los/las adultos/as mayores.

<sup>87</sup> Condición física, Julián Pérez Porto y Ana Gardey.

- **Parcialmente adecuada:** Un estado de condición física parcialmente adecuada, hace alusión a una condición que no está totalmente apta o perfecta para para ejercer el cuidado, de igual forma puede seguir ejerciendo la función determinada no implicando excesivas consecuencias.

Un ejemplo de aquello es sentir cansancio al poco tiempo de iniciado el trabajo, experimentando un deterioro de su capacidad y de su efectividad.

*“Si aún presento una condición adecuada para cuidar, pero no total, no puedo ahora por la falencia de mi brazo que me operaron, un nódulo que afloro por el cáncer, que paso de la mama al brazo, un día equis amanecí con ese dolor, me hicieron una resonancia y hace poco volví con un certificado médico de no poder hacer mucha fuerza. Pero yo he tenido mucho apoyo de la dirección y los jefes mayores, incondicionalmente me siento muy apoyada y eso me hace tirar para arriba.”*  
(CF6-59)

Como es posible dilucidar en el extracto anterior, la cuidadora manifiesta que aún cree poder realizar su función de cuidadora pero no totalmente, sin embargo, es importante destacar que esa parcialidad corresponde a una situación externa al trabajo, es decir, una enfermedad que presento. Por otro lado, declara tener todo el apoyo necesario para seguir ejerciendo su labor, siendo un aspecto importante dentro de esta ocupación.

## II- Análisis de la Información – Cuidadores/as Informales

OBJETIVO	CATEGORÍA DE PRIMER ORDEN	CATEGORÍA DE SEGUNDO ORDEN	CODIFICACIÓN
1.- Analizar los significados que le otorgan las y los <b>cuidadores informales</b> a los procesos cognitivos, afectivos y conductuales en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer	Significados que le otorgan a sus procesos cognitivos, afectivos y conductuales	Comportamientos y conductas	a) Pérdida de memoria b) Disociación c) Violencia/Agresividad d) Trastornos del sueño e) Incontinencia urinaria f) Afasia
		Experiencia	a) Negativa b) Positiva
		Sentimientos y emociones	a) Tristeza b) Alegría c) Ambivalencia d) Impotencia
		Habilidades interpersonales	a) Resolución de problemas b) Amabilidad
		Escasez de procedimientos básicos y manejo emocional	a) Escaso manejo de emociones b) Realización de AVD

OBJETIVO	CATEGORIA DE PRIMER ORDEN	CATEGORIA DE SEGUNDO ORDEN	CODIFICACION
2.- Analizar los significados que le otorgan las y los <b>cuidadores informales</b> a sus relaciones socio-familiares en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer	Significados que le otorgan a sus relaciones socio-familiares	Relación con el/la A.M	a) Cercana b) De cuidado
		Relaciones familiares	a) No compatibiliza cuidado/familia b)Compatibilización cuidado/familia c)Compatibilización parcial cuidado/familia
		Relaciones sociales	a) No compatibiliza cuidado/amistad b)Compatibilización cuidado/amistad c)Compatibilización parcial cuidado/amistad
		Colaboración entorno familiar	a) Presenta apoyo familiar b) No presenta apoyo familiar
		Recursos económicos	a) Parcialmente suficientes b) Insuficientes
		Ambiente físico	a) Adecuado b) Inadecuado

OBJETIVO	CATEGORIA DE PRIMER ORDEN	CATEGORIA DE SEGUNDO ORDEN	CODIFICACION
3.- Analizar los significados que le otorgan las y los <b>cuidadores informales</b> a su estado de salud en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer	Significados que le otorgan a su estado de salud	Estado de salud física anterior al cuidado del A.M	a) Más activo b) Similar al actual
		Estado de salud física posterior al cuidado del A.M	a) Cansancio b) Dolor articular c) Similar al anterior
		Condición física	a) Adecuada b) Inadecuada

## a.- Análisis de Objetivo N°1

**Objetivo Específico N°1:** “Analizar los significados que le otorgan las y los cuidadores informales a los **procesos cognitivos, afectivos y conductuales** en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer”

El presente objetivo permite identificar la categoría de primer orden, entendida como los significados que le otorgan a los *procesos cognitivos, afectivos y conductuales*, es decir, conocer todos aquellos aspectos del ámbito psicológico por los cuales transcurren los cuidadores/as al ejercer su rol con los/las adultos/as mayores. Dichos procesos, son aquellos procesos que dan a conocer los conocimientos, sentimientos y emociones, y conductas que poseen sujetos dentro de un contexto determinado.

Los **procesos cognitivos** son los procedimientos que lleva a cabo el ser humano para incorporar conocimientos. En los cuales intervienen facultades muy diversas, como la inteligencia, la atención, la memoria y el lenguaje. Esto hace que los procesos cognitivos puedan analizarse desde diferentes disciplinas y ciencias.<sup>88</sup>

Los **procesos afectivos** según Egen Blener (1857-1939), son aquel conjunto del acontecer emocional que ocurre en la mente del hombre y se expresa a través del comportamiento emocional, los sentimientos y las pasiones. La afectividad es el conjunto de sentimientos inferiores y superiores, positivos y negativos, fugaces y permanentes que sitúan la totalidad de la persona ante el mundo exterior.

Finalmente, los **procesos conductuales** son aquellos en donde se ve representada la conducta, la que a su vez está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.<sup>89</sup>

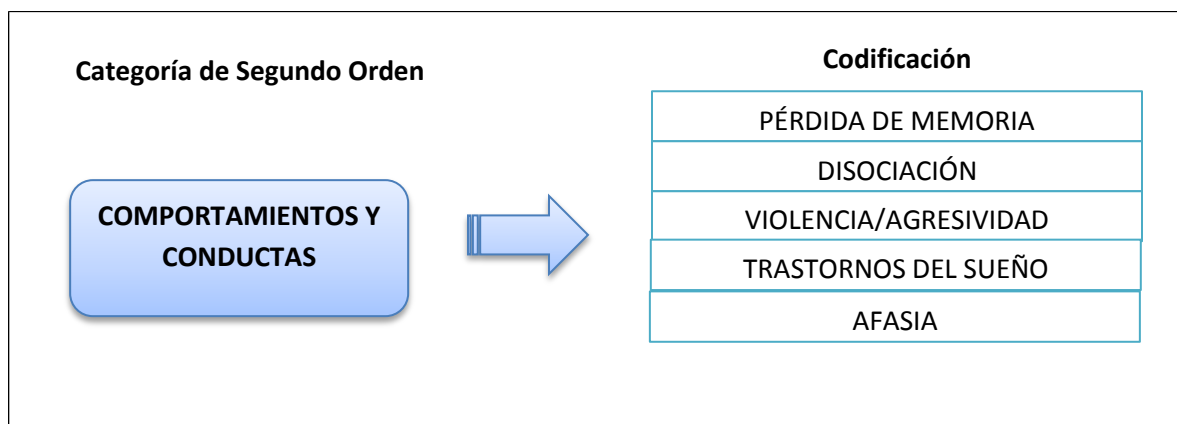
A continuación se describirán aquellas categorías de segundo orden que se desprenden de esta categoría, las cuales se denominan **comportamientos y conductas, experiencia, sentimientos y emociones, habilidades interpersonales y la escasez de procedimientos básicos y manejo emocional**, y asimismo, sus codificaciones correspondientes.

---

<sup>88</sup> Procesos cognitivos, Julián Pérez Porto y María Merino.

<sup>89</sup> Conducta, Julián Pérez Porto y María Merino.

## Categoría de Segundo Orden: Comportamientos y conductas



Los **comportamientos y conductas** son conceptos que están relacionados, pero a su vez se diferencian de la siguiente manera, en primer lugar conducta, según el diccionario de psicología se encuentra que en latín, el término "conducta" proviene de "conductus" que significa "conducir" y se refiere básicamente al modo en que un organismo se conduce en relación con los demás, según una norma moral, social o cultural. Se refiere también a la conducta global de un determinado grupo social en sus relaciones hacia los otros.

En segundo lugar, el comportamiento es la manera de proceder que tienen las personas, en relación con su entorno de estímulos. Este puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según sean las circunstancias que afecten al organismo.<sup>90</sup>

Teniendo en cuenta los significados de ambos conceptos, es posible determinar las siguientes codificaciones:

- **Pérdida de memoria:** La pérdida de la memoria (amnesia) es el olvido inusual, la persona afectada no es capaz de recordar hechos nuevos o acceder a uno o más recuerdos del pasado, o ambos.

La pérdida de memoria puede presentarse por un corto tiempo y luego resolverse (transitorio), o puede no desaparecer y, dependiendo de la causa, puede empeorar con el tiempo, por lo tanto este último corresponde a la pérdida de memoria por demencia y/o demencia tipo Alzheimer, ya que no desaparece e incluso empeora con el tiempo.

*"Bueno él tiene demencia, por un accidente cardiovascular hace seis años atrás y se recuerda a mis sobrinas de chicas y ellas están grandes, pero son recuerdos a ratos (...) Igual nos reconoce, a mí y a mi familia, aunque igual a veces se le olvida las personas, pero no todo el tiempo". (CI3-61)*

<sup>90</sup> Diferencia entre conducta y comportamiento, Roberto Reyes.

A partir del comentario anterior, es posible destacar que la pérdida de memoria es una clara conducta de las personas con demencia y/o demencia tipo Alzheimer, y los/las cuidadores/as identifican claramente la pérdida de memoria como la principal conducta dentro de lo que convoca a esta enfermedad.

Los y las cuidadores/as reconocen este comportamiento como algo ambiguo en los/as adultos/as mayores, ya que la mayoría plantea que las personas mayores tienen ratos de claridad y momentos de oscurecimiento de la memoria.

- **Disociación:** Entendida como la alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico.<sup>91</sup>

*“Como les contaba, el otro día se escapó hacia arriba y tuve que salir a buscarla, otro día era temprano en la mañana y estaba lloviznando y ella estaba afuera de la casa con casi nada de ropa y se estaba mojando, ahí tuve que entrarla a la casa para secarla y cambiarle de ropa”. (C12-74)*

Como se aprecia en el relato anterior de disociación, es posible identificar aquellas conductas características de este trastorno, principalmente por la falta de conciencia y memoria que plantean los/las cuidadores/as, ya que dan a conocer las situaciones por las cuales pasan las personas mayores y concuerdan efectivamente con disociaciones, por ejemplo, cuando una de las personas mayores se desnuda en la calle mientras llueve da a entender la falta de conciencia de la situación, percepción del ambiente en el que se encuentra y efectivamente su pérdida de memoria.

- **Violencia/Agresividad:** Ambos conceptos poseen una relación, pero al mismo tiempo se diferencian, por una parte, la agresión es el acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño; mientras que violento es aquello que está fuera de su natural estado, situación o modo.<sup>92</sup>

*“Hay veces en que ella me corretea, me echa de la casa, me dice ¿Por qué no te vas? Y tengo que explicarle quién soy y que yo vivo acá con ella”. (C12-74)*

Desde el extracto anterior sobre violencia/agresividad, las y los cuidadores/as manifiestan que las personas mayores de las cuales están a cargo han presentado series de agresividad y violencia, y al ser ellos/as quienes se encuentran al cuidado de los/las adultos/as mayores, son los principales afectados de estas conductas, quienes reciben un lenguaje agresivo y una conducta violenta.

<sup>91</sup> Trastorno disociativo, DSM-IV-TR.

<sup>92</sup> Real academia de la lengua española.

- **Trastornos del sueño:** Son problemas relacionados con dormir, estos incluyen dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales durante el sueño.

*“A ella se le olvidan las cosas de la cocina, la deja encendida y no se da cuenta de eso, también deambula en las noches porque le cuesta dormir”. (CI2-74)*

De los relatos anteriores sobre trastornos del sueño, es posible determinar que las y los cuidadores/as identifican el insomnio como una de las conductas más frecuentes y permanentes de los/las adultos/as mayores que cuidan, así mismo una de las situaciones que más se les ha dificultado para ejercer el cuidado de ellos.

Los trastornos del sueño, son usuales en las personas mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer, la mayoría presenta este trastorno y afecta de sobremanera a las personas que están a cargo de ellas/os, ya que deambulan por la madrugada y por lo tanto, requieren de su atención tanto en el día como en la noche.

- **Afasia:** Alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje en cualquiera de sus formas -lectura, escritura o habla- debida a traumatismos o enfermedades de los centros cerebrales implicados en el lenguaje.<sup>93</sup>

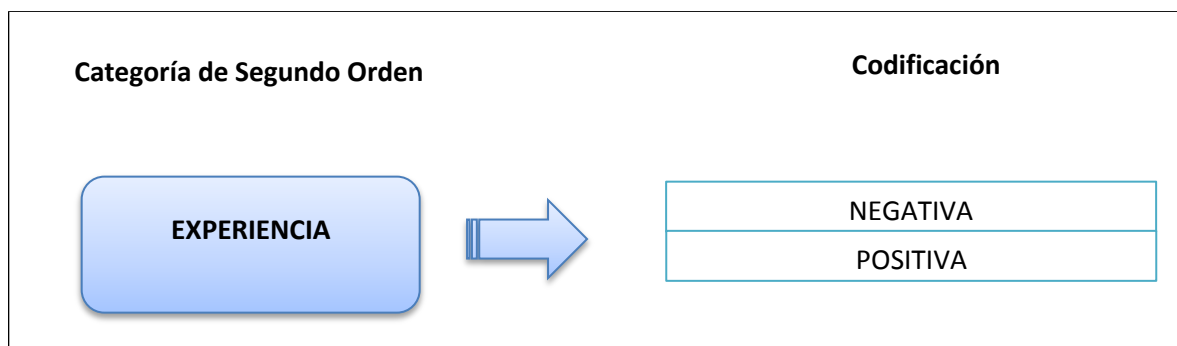
*“Tiene palabras que ella siempre va a decir, desde que empezó con su enfermedad como “lindo cotele”, cosas así, también es mañosa para comer, habla de su pasado porque sus recuerdos son del pasado, lo tiene grabado en su mente y los repite constantemente”. (CI5-69)*

Tal como se aprecia en el extracto anterior, el/la cuidador/a da a conocer con exactitud la alteración lingüística que presenta el/la adulta mayor, ya que es consciente de que al momento en el que surgió su enfermedad comenzó a repetir frases y a disminuir su léxico y lenguaje.

---

<sup>93</sup> Glosario de términos técnico, DSM-IV-TR.

## Categoría de Segundo Orden: Experiencia



La **experiencia**, del latín *experientia*, es el hecho de haber presenciado, sentido o conocido algo. La experiencia es la forma de conocimiento que se produce a partir de estas vivencias u observaciones. Otros usos del término refieren a la práctica prolongada que proporciona la habilidad para hacer algo, al acontecimiento vivido por una persona y al conocimiento general adquirido por las situaciones vividas.<sup>94</sup> De acuerdo a lo anterior, se presentan las codificaciones que se desprenden de esta categoría de primer orden:

- **Negativa:** Refiere a la experiencia negativa vivenciada por los/las cuidadores del/la adulto mayor, es decir, a la experiencia de cuidar a la persona mayor del cual está a cargo.

*“Yo me siento cansado porque no duermo, no puedo dormir. También me siento aprisionado con todo esto, no tengo salidas, pucha dan ganas de salir los días Sábado o Domingo, a veces salgo a caminar para despejarme pero ya en la noche uno empieza a “hacer caldo de cabeza”, ahí me pongo a pensar qué puedo hacer, porque mi hija igual tiene que estar con su esposo, con su familia.” (CI2-74)*

En el extracto anterior, sobre experiencia negativa en el cuidado del adulto mayor, se aprecia un gran agotamiento tanto físico como mental por parte del/la cuidador/a, debido a su falta de descanso y distracción, por ello la experiencia se define como negativa. A demás se comprende que es un proceso que involucra mucha demanda por parte del/la cuidadora, por lo tanto, no es un proceso agradable de presenciar por su parte.

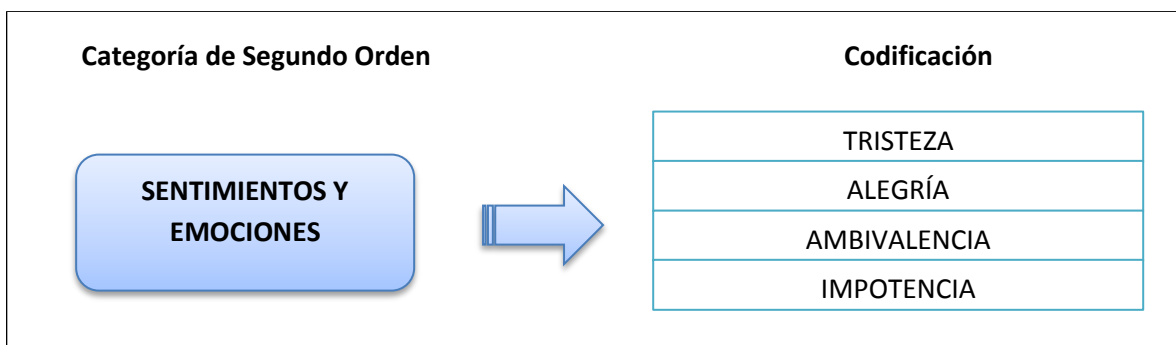
- **Positiva:** Refiere a la experiencia positiva vivenciada por los/las cuidadores del Adulto mayor, es decir, a la experiencia de cuidar a la persona mayor del cual está a cargo.

*“Buena, porque ya uno aprende otras cosas, porque uno no sabía cuidar a un adulto mayor postrado y uno aprende cosas que uno no sabe y cosas que nadie le enseña a uno, por ejemplo a mudarlo, cuidarlo como bañarlo, los remedios que tiene que tomar, todo eso. Todo ha sido bueno.” (CI4-55)*

<sup>94</sup> Experiencia, Julián Pérez Porto y María Merino.

A partir de la siguiente codificación, siendo esta una experiencia del cuidado de tipo positiva, se puede analizar desde el extracto, una percepción de gratitud por parte del/la cuidador/a al estar a cargo del/la adulto mayor, a pesar de estar situada en una posición un poco adversa, rescata en su experiencia, los aspectos positivos de su función.

### Categoría de Segundo Orden: Sentimientos y emociones



Los **sentimientos y emociones**, refieren por una parte que, un sentimiento es un estado del ánimo que se produce por causas que lo impresionan, y éstas pueden ser alegres y felices, o dolorosas y tristes. El sentimiento surge como resultado de una emoción que permite que el sujeto sea consciente de su estado anímico.<sup>95</sup>

A partir de la categoría de segundo orden, se desprenden las siguientes codificaciones:

- **Tristeza:** Sentimiento de dolor anímico producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto.

*“A mí me da pena verla así, ver cómo ha cambiado, pero no siento rabia por esto, solo que me siento aprisionado, porque no tengo salidas ni tampoco puedo hacer los trabajos que antes hacía, acostumbrado a trabajar toda la vida y ahora me siento en un camino sin salida porque no puedo hacer mi vida.” (C12-74)*

Respecto al extracto, es visible el estado anímico que presenta el/la cuidador/a, pues da a conocer que su vida ha cambiado y que no puede efectuar las actividades que realizaba anteriormente, en consecuencia, se encuentra con un sentimiento de tristeza debido al proceso por el cual transita, un evento totalmente desfavorable para su situación.

- **Alegría:** Sentimiento de placer producido normalmente por un suceso favorable que suele manifestarse con un buen estado de ánimo, la satisfacción y la tendencia a la risa o la sonrisa.

<sup>95</sup> Sentimientos y emociones, Julián Pérez Porto y Ana Gardey.

*“Pero mis sentimientos han sido de amor y de apoyar a un enfermo, debería haber sido enfermera, creo que es mi vocación ya que también cuide a mi papá”.* (CI5-69)

En esta codificación es posible determinar que existen sentimientos positivos y favorables para el/la cuidador/a, debido a que manifiesta su necesidad y amor por cuidar a un adulto/a mayor, es decir, sus sentimientos de alegría surgen a medida en que ella desea realizar la labor de cuidado y apoyo de un adulto/a mayor.

- **Ambivalencia:** Posibilidad de que algo tenga dos valores distintos o pueda entenderse o interpretarse de dos maneras distintas, de esta misma forma puede entenderse también como el estado de ánimo en el que coexisten dos emociones o sentimientos opuestos.

*“Uno pasa por todo tipo de sentimientos y sensaciones con ella, yo la miro y me da pena y ternura verla, tan apocadita que ya está y yo me acuerdo de cómo era, protectora, cómo ella aunaba a su familia y también la agasajaba con lo que sabía hacer y ahora no. Entonces tú ves, yo llego como a las ocho y media de la noche a acostar a mi papá y le digo ya pues Ud. también se tiene que acostar y me dice “ya po’ mamá me iré a acostar”, entonces tú te ríes es momentos así. Por eso yo digo que uno pasa por todo tipo de sentimientos, de reacciones.”* (CI3-61)

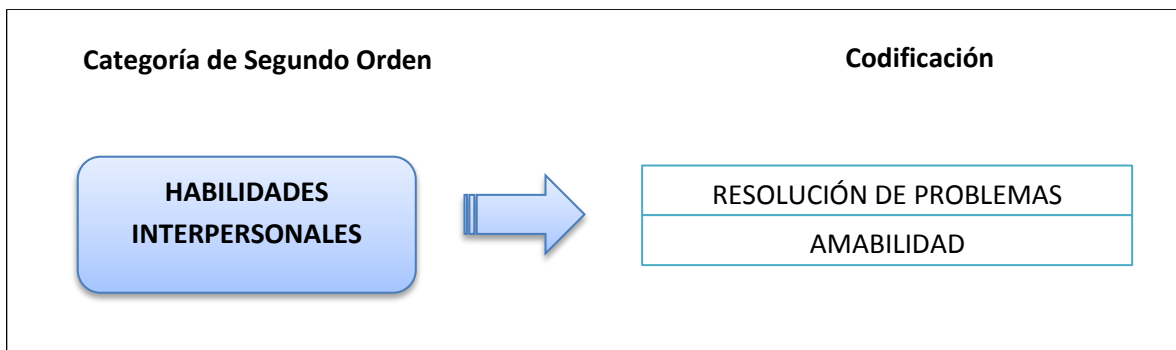
Respecto al extracto, se distingue todo tipo de sentimientos y emociones por el cual un cuidador/a puede pasar, en primer lugar se precisan emociones de pena y ternura, sin embargo también existen momentos de alegría y risas, dando a conocer que esto surge dependiendo de la situación en la que se encuentre los/las cuidadores/as y sus adultos/as mayores, así mismo de su disposición y ánimo.

- **Impotencia:** Falta de fuerza, poder o competencia para realizar una cosa, hacer que suceda o ponerle resistencia.

*“Me gustaría que el caminara, y me siento impotente ante eso, porque uno podría llevarlo a hacer gimnasia, las terapias, pero uno no puedo hacerlo y todas somos mujeres y no tenemos la fuerza, eso nos hubiera gustado a todas, o por ultimo sentarse solo y hacer sus cosas solo, pero no se pudo, pero en realidad estamos contentas porque esta así y no en un hogar.”* (CI4-55)

Por otro lado, es común que muchos cuidadores posean sentimientos de impotencia al cuidar un adulto/a mayor, debido a que en diversas situaciones se encuentran imposibilitados de realizar algunas funciones necesarias y requeridas por parte de los/as adultos/as mayores para otorgarles una mejora en su calidad de vida, entonces frente a estas circunstancias muchos/as cuidadores/as generan sentimientos de impotencia.

## Categoría de Segundo Orden: Habilidades interpersonales



En base al presente diagrama, las **habilidades interpersonales** se definen como comportamientos y hábitos necesarios para garantizar una adecuada interacción con otros, es decir son todas aquellas habilidades que facilitan relacionarse de mejor forma entre las personas.

En concordancia a esta categoría de segundo orden, se identifican las siguientes codificaciones que representan la información obtenida:

- **Resolución de problemas:** Hace alusión a resolver los obstáculos y/o contratiempos que se presentan, es decir, es un procedimiento que permite solucionar una complicación.

*“...Yo tengo una autoridad que ella me la acepta. Por ejemplo, yo no soy así de decirle no mamita, o sea si pasa algo se lo digo y aunque se ponga a llorar tengo que hacerlo, aunque se enoje tiene que hacerlo. Yo tengo esa fuerza y esa autoridad para con ella, porque o sino sería peor, sería mucho peor”.(C13-61)*

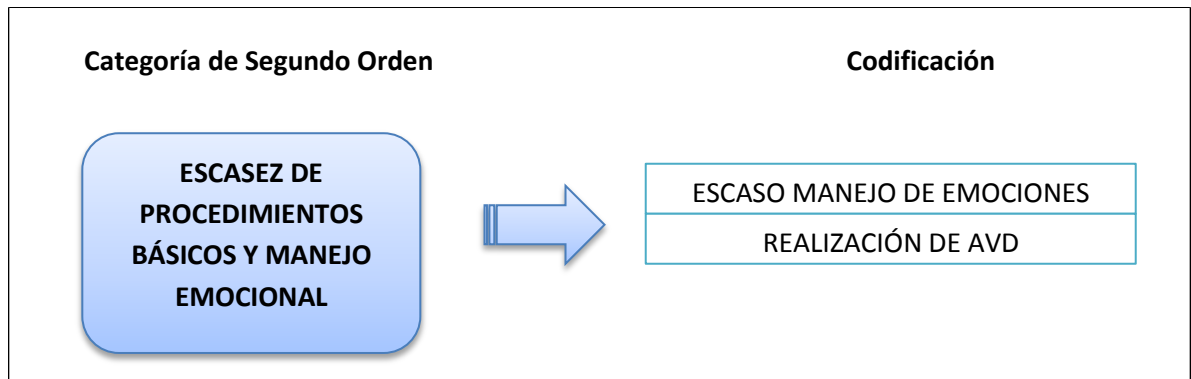
En base al extracto, los/las cuidadores identifican como una fortaleza la resolución de problemas en cuanto a enfrentar las dificultades que se les presentan en su rol como cuidadores, tales como manejar las situaciones en que el/la adulto mayor manifiesta un comportamiento difícil, teniendo disciplina frente a ellos. De igual modo, se vislumbra que la motivación de cuidar a una persona es el contribuir a su calidad de vida y mantenerla en el tiempo a pesar de la patología que presente, brindando las ayudas que requieran para incrementar su bienestar.

- **Amabilidad:** Refiere al acto o comportamiento en el cual las personas se muestran corteses, complacientes y afectuosos hacia los demás, por lo tanto, es un valor social que se funda en el respeto, estima y benevolencia en la forma de relacionarse con el otro.

*“Todo lo hago con cariño y amor para ella, es todo para mí, es primero ella, después yo, todo se hace con cariño y ganas todas las cosas... Yo hago todas sus cositas, mudarla, darle comida, bañarla, la beso, le hago cariño, que pase el día lo más cariñoso, que sepa que yo estoy ahí con ella”. (C11-73)*

De acuerdo al fragmento, se identifica que los/las cuidadores/as presentan constantemente amabilidad en el desempeño de su rol, pues manifiestan afectividad en la realización de las tareas que conlleva cuidar a un adulto mayor así como también la preocupación de propiciar una buena calidad de vida a éste, enfatizando en que es primordial tener paciencia y cariño en este proceso.

**Categoría de Segundo Orden: Escasez de procedimientos básicos y manejo emocional**



En base al presente diagrama, se define la **escasez de procedimientos básicos y manejo emocional** como la carencia de capacidad para asistir al adulto mayor en actividades elementales de la vida diaria e insuficiencia en el control emocional del/la cuidador/a.

A partir de esta categoría de segundo orden, se despliegan las siguientes codificaciones:

- **Escaso manejo de emociones:** Refiere a la insuficiente capacidad de reconocer los sentimientos y pensamientos propios, sin poseer la sensibilidad ni empatía para identificar los ajenos y de esa manera dirigirlos y expresarlos sanamente.

*“Lo más difícil de todo esto es el estar con ella, mirarla cómo está, los cambios que ha tenido en este tiempo, ella me mira pero como que no me entiende, yo trato de compartir con ella pero está como ida, perdida, entonces eso es difícil para mí.”*  
(CI2-74)

De acuerdo a lo expuesto, para los/las cuidadores/as es una tarea difícil aceptar la enfermedad de su familiar, pues con el tiempo se va deteriorando física y cognitivamente, la manifestación de estos cambios conlleva una fuerte carga emocional para quien está a cargo de su cuidado. Asimismo, con el transcurso de la labor de cuidado se presenta la intolerancia en cuanto a comportamientos del/la adulto mayor, la repetitividad u obsesión con algún objeto disminuye la paciencia del/la cuidador/a, lo cual conlleva un escaso manejo de las emociones de quien cuida, pues se frustra ante estas situaciones.

- **Realización de AVD:** SENAMA las define como “las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para la subsistencia y autocuidado”, por lo tanto, las actividades básicas son las más elementales y consisten en poder realizar en forma independiente las actividades de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y el uso del baño.

“Lo que más me cuesta es, digamos, es darle la comida, ya que hay que tener una paciencia, tiene que ser lentito, se la tengo que dar muy bien, porque primero si la jeringa es de 60, hay que echarle 20, ya que demora que llegue, y de ahí de a poquito...” (C11-73)

De acuerdo al fragmento, se puede identificar que la resolución de problemas se inserta en el contexto de asistencia del/la cuidador/a en las actividades de la vida diaria del/la adulto mayor que cuida, presentándose dificultad específicamente en la labor de alimentación del/la adulto mayor debido a las técnicas que se requieren para ello o al comportamiento que presenta la persona mayor cuando su cuidador/a quiere llevar a cabo esta tarea.

#### **b.- Análisis de Objetivo N°2**

**Objetivo Específico N°2:** *“Analizar los significados que le otorgan las y los cuidadores informales a sus **relaciones socio-familiares** en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer”.*

De acuerdo al objetivo anterior, se puede determinar una categoría de primer orden, que se desprende con la intención de orientar la investigación hacia la naturaleza de la problemática indagar, correspondiendo a los significados que le otorgan las y los cuidadores informales a *sus relaciones socio-familiares*.

Las **relaciones socio-familiares**, se refieren a vínculos relevantes para el bienestar global de la personas en sus **dinámicas familiares** y que pueden ser determinantes respecto a los hábitos de vida y a la salud de los individuos, tanto en su sentido positivo como negativo. Por otra parte, las **relaciones sociales** pueden reforzar la autoestima, el autocontrol y el afán de compromiso y superación en la unidad familiar, activando sus potencialidades y recursos con la finalidad de lograr cambios positivos hacia la contribución de vida para la familia.<sup>96</sup>

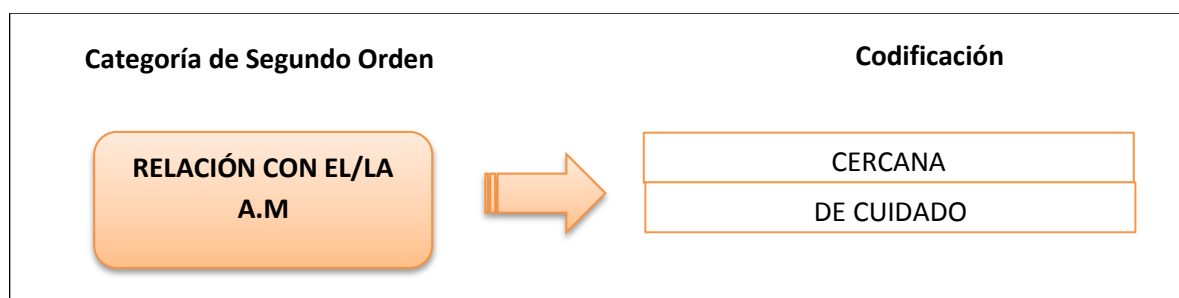
Por ende y respecto a lo descrito anteriormente, se identifican distintos tipos de relaciones socio-familiares que mantienen cada unidad descendiente a sus procesos que ellos llevan a cabo entre cuidadores/as informales y las personas mayores a su cargo, y lo cual influyen directamente en sus actividades diarias. De

<sup>96</sup> Asociación de ayuda a la parálisis cerebral, intervención socio-familiar.

esta forma, las personas constituyen **una relación con el A.M, relaciones familiares, relaciones sociales, colaboración del entorno familiar, recursos económicos y ambiente físico.**

A continuación, se analizará cada dimensión descrita anteriormente con sus respectivas codificaciones, las cuales tienen por objeto la reducción de los datos recopilados durante la ejecución del instrumento (entrevista focalizada) utilizado en la presente investigación.

### Categoría de Segundo Orden: Relación con el/la A.M



La presente categoría del mapa conceptual presentado corresponde a la **relación con el/la adulto mayor**, la cual hace referencia a un vínculo establecido entre dos entes, lográndose así una interacción entre los mismos.

A partir de lo anterior, se posible identificar y definir codificadores esenciales que se han vislumbrado en el presente fenómeno:

- **Cercana:** Alude a un tipo de relación, que consiste en la focalización de pensamientos y emociones en otra persona, en una conjunta relación caracterizadas por diversas actividades.

*“Es muy buena mi relación con ella, es muy cercana, todo lo hago con cariño, yo soy directo con ella, es mi señora y es lo que quiero” (C11-73)*

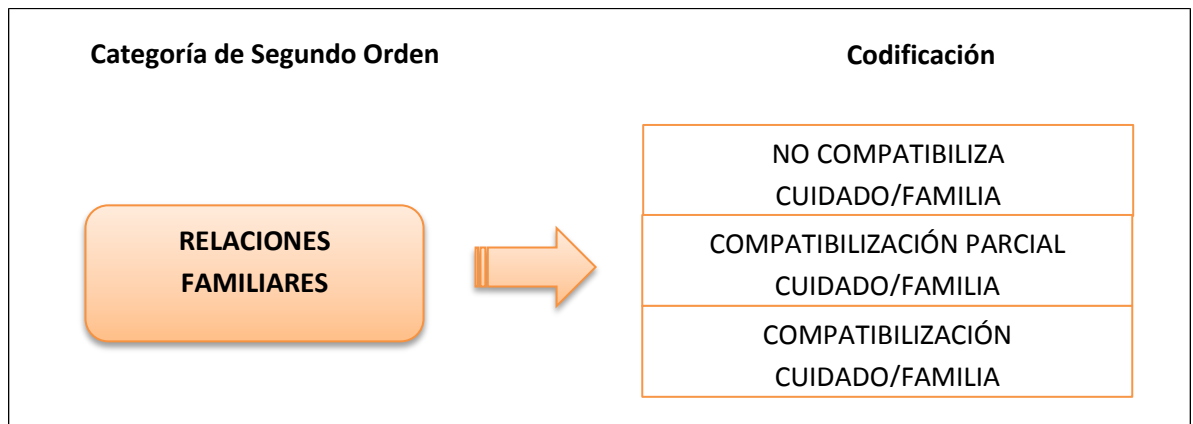
Por lo tanto, de acuerdo al fragmento anterior, se puede concluir que entre los cuidadores/as informales a cargo de adultos mayores, predomina un tipo de relación cercana, y que esta se caracteriza principalmente por constituirse en parte de su familia.

- **De cuidado:** Alude a un tipo de relación que según María Mercedes Durán, que consiste en una vivencia única, tanto para quien lo recibe, como para quien lo brinda, las cuales son desarrolladas por un sin número de acciones cuidativas.

*“Claro yo estoy con ella porque la cuido, no la puedo dejar sola en esta situación” (C1-2-74)*

Por ende, de acuerdo a lo descrito anteriormente se puede deducir, que también se presenta una relación de tipo de cuidado en presencia de los entrevistados cuidadores/as informales, ya que esta se conforma en ser una actividad de gran atención y asistencia.

### Categoría de Segundo Orden: Relaciones familiares



La presente categoría denominada **relaciones familiares** se entiende como el comportamiento de un individuo que no se da aisladamente, sino que tiene sentido dentro de un contexto en el que siempre hay otros implicados. Por ello, se puede certificar que sus comportamientos están conectados de manera dinámica a los comportamientos de las personas con las que se relacionan en su dinámica familiar. Por ende, se presentarán sus siguientes codificaciones del fenómeno de estudio:

- **No compatibiliza cuidado/familia:** Esta se refiere a la manera en que los cuidadores/as informales administran su tiempo en relación a sus relaciones familiares, focalizadas en la imposibilidad de compatibilizar sus actividades de cuidado y familia.

*“Destino el tiempo siempre en mi señora, porque siempre estoy con ella, y por lo mismo yo no puedo ir a otra casa de familiares” (C11-73)*

En base al fragmento anterior, se puede concluir que los cuidadores/as informales en su mayoría no pueden complementar el cuidado y mantener relaciones con sus familias, principalmente porque el tiempo es destinado de manera integral a la persona cuidada, no presentando espacios de comunicación y distracción con sus miembros familiares.

- **Compatibilización parcial cuidado/familia:** Esta codificación alude a la manera en que los cuidadores/as informales administran su tiempo en relación a sus relaciones familiares, focalizadas en la capacidad de logro parcialmente de la dedicación entre ambas, respecto a sus actividades de cuidado y familia.

*“Mi familia me dejó de venir a ver pero mi nieto siempre viene, hay comunicación con ello, ya que necesito ver a mis nietos, pero yo les tengo que llamar” (C15-69)*

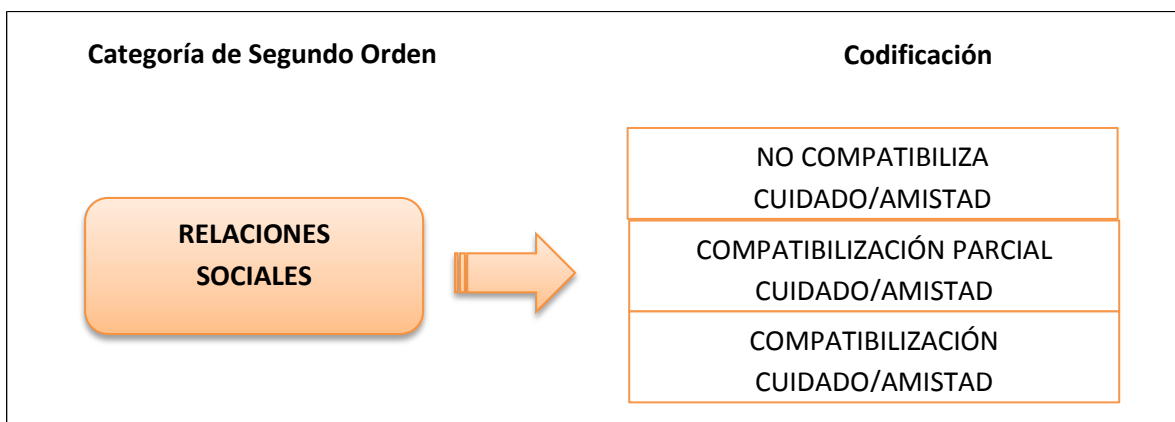
De acuerdo al extracto descrito anteriormente, se puede deducir que los cuidadores/as informales también presentan una compatibilización parcial entre las actividades de cuidado al adulto mayor y a sus relaciones de familia, estas mismas no son muy frecuentes pero se evidencian de manera periódica.

- **Compatibilización cuidado/familia:** Esta codificación se refiere a la manera en que los cuidadores/as informales administran su tiempo en relación a sus relaciones y dinámicas familiares, las cuales se singularizan en la capacidad de logro completo para la dedicación entre ambas, respecto a sus actividades de cuidado y familia.

*“Mis relaciones siempre se han mantenido igual, yo no voy a visitar a nadie pero salgo a comprar, y hacer mis cosas igual” (C14-55)*

En base al fragmento anterior, se puede desprender también de la misma manera el resultado efectivo de la dedicación y compatibilización entre el cuidado y familia, aunque esta misma no se presenta de forma predominante, pero sin embargo, es evidenciada por sus cuidadores/as a cargo de los adultos mayores, permitiendo la recreación y distracción del entorno como de sus relaciones cercanas.

### Categoría de Segundo Orden: Relaciones sociales



La presente categoría denominada **relaciones sociales** apunta hacia las múltiples interacciones que se dan entre dos o más personas en la sociedad, por las cuales los sujetos establecen vínculos laborales, familiares, profesionales, amistosos y /o deportivos.

A partir de lo anterior, es posible reconocer y precisar los codificadores esenciales que se han vislumbrado en el presente fenómeno:

- **No compatibiliza cuidado/amistad:** Esta codificación expone la imposibilidad de administrar el tiempo al cuidado de los adultos mayores a cargo por los cuidadores/as informales en relación a la amistad o relaciones sociales.

*“Yo soy cristiano, antes iba a la iglesia y ahora ya no puedo hacer eso tenía amigos también pero como ya no puedo hacer nada” (CI2-74)*

De acuerdo al fragmento anterior, se puede concluir que predomina el inconveniente de impedimento respecto a la complementación entre hacerse cargo del adulto mayor y las ocasiones de pasatiempo libre por parte de los cuidadores/as informales, generado principalmente por las asistencias saturadas que posee con el socorrido/a, y afectando sus vínculos de amistad.

- **Compatibilización parcial cuidado/amistad:** Esta codificación alude a la complementación fragmentada entre las actividades de cuidado por parte de los cuidadores/as informales que asisten a los adultos mayores a su cargo, en asociación con la oportunidad de tiempos de dedicación a la amistad y relaciones sociales.

*“Prácticamente no tengo tiempo para salir, si ni siquiera salir con mis hijas que vienen los fin de semana, pero tengo amistades que pueden venir para acá o yo puedo ir a verlos un rato, pero siempre estoy mirando la hora, y me tengo que devolver” (CI3-61)*

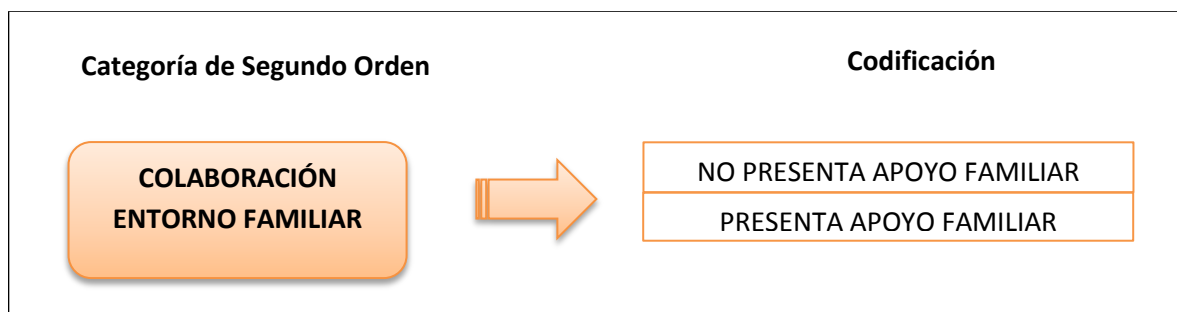
Por otra parte, es importante mencionar que de acuerdo al fragmento anterior, se puede deducir que los cuidadores/as también presentan una compatibilización parcial entre el cuidado y las relaciones sociales de esparcimiento y entretención, sin embargo, no se desprenden de sus funciones de cuidado hacia el adulto mayor, imposibilitando tener un pasatiempo frecuente por parte de ellos.

- **Compatibilización cuidado/amistad:** Esta codificación se refiere a la posibilidad de logro de compatibilización por parte de los cuidadores/as informales que están a cargo de adultos mayores, respecto al espacio y periodo de tiempo de dedicación entre los cuidados y la amistad y relaciones sociales.

*“No tengo amigas, no pertenezco a ningún lugar pero tengo mi tiempo de salir a hacer mis cosas y con mis hijas” (CI4-55)*

En base a lo anterior, se permite concluir que los cuidadores/as exponen de la misma manera una complementación entre las relaciones sociales y sus actividades de cuidado, pero no se evidencian de manera predominante.

## Categoría de Segundo Orden: Colaboración entorno familiar



La presente categoría se denomina **colaboración entorno familiar** que consiste en un proceso donde se involucra el trabajo de varias personas e conjunto tanto para conseguir un resultado muy difícil de realizar individualmente como para ayudar a conseguir algo a quién por sí mismo no podría.

De esta forma las personas entrevistadas anuncian las siguientes codificaciones:

**No presenta apoyo familiar:** Alude a la ausencia de cooperación y contribución de tareas prácticas y domesticas relacionadas a las acciones de cuidado por parte de cuidadores/as a cargo de adultos mayores, imposibilitando generar ayuda a las ejecuciones diarias que le permitirían facilitar sus tareas periódicas.

*“No hay, no tengo ayuda, por ejemplo yo a veces llamo a mis nietos e hija les pregunto si pueden venir a ayudarme, pero nunca pueden” (CI5-69)*

En base al fragmento anterior, se puede concluir que los cuidadores/as informales no presentan apoyo familiar a sus actividades diarias de cuidado al adulto mayor, produciéndose una carga completa de las labores, sin la contribución de los miembros familiares, no obstante, si poseen comunicación con su grupo familiar esporádicamente.

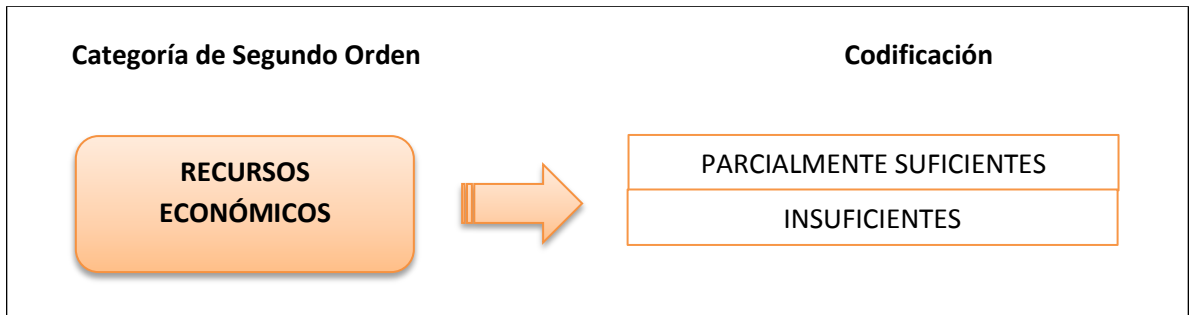
**- Presenta apoyo familiar:** Se refiere a la cooperación y colaboración de tareas domésticas asociadas a las actividades de cuidados con los adultos mayores, permitiendo aminorar los trabajos que realiza periódicamente el cuidador/a informal a cargo y así como también los que tradicionalmente se cree que deben ser efectuados por solo una persona. Además se vincula la labor humana y el trabajo en conjunto.

*“Yo tengo 5 hijos, 4 mujeres y 1 hombre, con cuatro de ellos no tengo problemas de colaboración pero con una de ellas si tengo problemas para que me ayude” (CI1-73)*

De acuerdo al fragmento descrito anteriormente, se puede evidenciar presencia de apoyo familiar a los cuidadores/as informales en algunas tareas requeridas para la asistencia y auxilio de los adultos mayores a su cargo. Sin

embargo, esta ayuda no se logra de manera permanente, sino más bien parcialmente frecuente.

### Categoría de Segundo Orden: Recursos económicos



La presente categoría denominada **recursos económicos** según la economía consiste en los medios materiales o inmateriales que permiten satisfacer ciertas necesidades dentro del proceso productivo o la actividad comercial. Por lo tanto, a partir de ella, se pueden desprender diferentes codificaciones, siendo las siguientes:

- **Parcialmente suficientes:** Alude a los recursos económicos y que estos mismos son suficientes de forma incompleta, en relación a los gastos diarios que requieren los cuidadores/as informales en las resoluciones periódicas que ejecutan con los adultos mayores a su cargo.

*“Si me apoyan en lo económico mis hijos, pero esta también el sueldo de ella, pero no alcanzan ni para vestirse ella, entonces ahí con la plata mía tengo que gastar en todo lo de ella” (C11-73)*

En base al fragmento anterior, se puede deducir que los recursos económicos por parte de los cuidadores/as informales, son parcialmente suficientes, debido a que permiten tener una contribución financiera a los desembolsos asociados de cuidar, entregados por sus miembros familiares, para las realización de las acciones de asistencia.

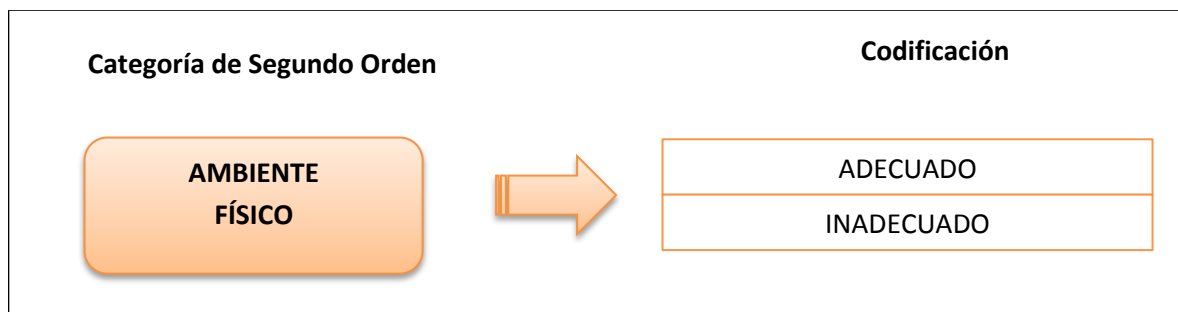
- **Insuficientes:** Se refiere a los recursos económicos y que estos mismos son insuficientes, y se presentan dificultades respecto al financiamiento de los gastos diarios que requieren los cuidadores/as informales en las resoluciones periódicas que ejecutan con los adultos mayores a su cargo.

*“Mis recursos son insuficientes, necesitaría más para todos los gastos que tenemos, pero mi hija nos ayuda con el tema de las comida, ella nos tare almuerzo” (C12-74)*

De acuerdo al fragmento descrito, se puede concluir que los recursos económicos son insuficientes, ya que estos predominan según las informaciones arrojadas en las entrevistas de los cuidadores/as informales en correlación al

financiamiento que generan las acciones de asistencia de los adultos mayores. También se evidencia alguna colaboración económica de familiares, pero de igual manera estos son deficientes.

### Categoría de Segundo Orden: Ambiente físico



De acuerdo al diagrama, el **ambiente físico** concierne al entorno en que se desenvuelve el/la adulto mayor, considerando las adaptaciones que se requieren de acuerdo a sus necesidades. Es importante destacar que el ambiente físico tiene singular influencia en las personas que se encuentran en situación de dependencia y en quienes tienen deterioro cognitivo.

Respecto a esta categoría de segundo orden, se desprenden las siguientes codificaciones en cuanto a la información obtenida:

- **Adecuado:** Alude a las condiciones apropiadas de la vivienda y/o habitación en que se encuentra el/la adulto mayor para su desplazamiento, ya sean barras de seguridad, tamaño del espacio, condiciones higiénicas, temperatura adecuada, entre otros.

*“Sí, porque yo antes la tenía en una pieza más chica pero estaba ella sola, y no cabía, y yo dormía en otra pieza (...) Pero ahora la tengo al lado mío, entonces estoy ahí y en la noche cuando despierta y empieza con sus cosas... Yo le compré una luz que da colores, entonces ella mira arriba y luego se duerme (...) Ahora estoy más cómodo porque es más grande la pieza”. (C11-73)*

De acuerdo al fragmento, para los cuidadores/as entrevistados el espacio físico resulta adecuado para poder desempeñar las diversas funciones que conlleva la labor de cuidado y asistencia hacia el/a adulto mayor que tienen bajo su cuidado. De este modo, el espacio con que cuentan facilita su quehacer cotidiano y asimismo contribuye al bienestar y calidad de vida de los/las adultos mayores, propiciando un lugar cómodo para ellos y brindando condiciones de protección.

- **Inadecuado:** Refiere a las condiciones inoportunas de la vivienda y/o habitación en que se encuentra el/la adulto mayor para su desplazamiento, ya sean barras de seguridad, tamaño del espacio, condiciones higiénicas, temperatura adecuada, entre otros.

*“No, el espacio resulta difícil para poder cuidarla, aquí se mete el agua por todas partes, están todas las terminaciones mal hechas, nosotros estamos viviendo aquí desde que nos quemamos en el incendio, entonces la casa es mucho más chica que en la que estábamos antes”. (CI2-74)*

A través del extracto, se puede identificar que el espacio físico es inapropiado para desempeñar su rol como cuidadores/as, pues las condiciones de habitabilidad obstaculizan el desplazamiento de los adultos mayores dentro de la vivienda además de no contar con accesos que les faciliten salir de éste, situación que implica un mayor esfuerzo físico por parte de los cuidadores/as para poder trasladarlos de acuerdo a las necesidades requeridas.

### **c.- Análisis de Objetivo N°3**

**Objetivo Específico N°3:** *“Analizar los significados que le otorgan las y los cuidadores informales a su **estado de salud** en el rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer”.*

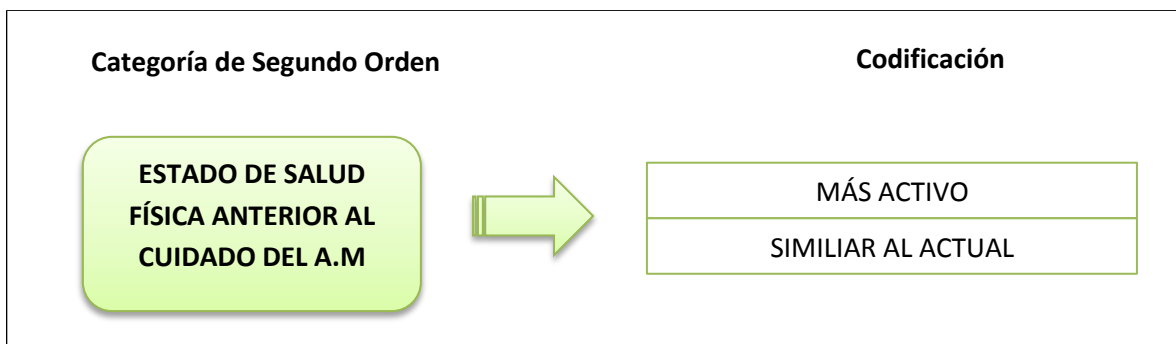
En base al presente objetivo, se identifica una categoría de primer orden que se desprende con el propósito de focalizar la investigación hacia la materia del problema a explorar, la cual refiere a *los significados que le otorgan a su estado de salud.*

El **estado de salud**, si bien, es definido como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, comprende además de una serie de componentes ya sea el estado de adaptación al medio biológico o sociocultural; el estado fisiológico de equilibrio; el equilibrio entre la forma y la función del organismo y la perspectiva biológica y social como las relaciones familiares o los hábitos. De este modo, la estrecha relación y semejanza entre estos aspectos lo que determina el completo estado de salud de un ser particular y es la carencia de uno de ellos lo que genera cualquier estado de enfermedad.

De acuerdo a este objetivo, se desprenden una serie de categorías de segundo orden que contemplan el análisis del **estado de salud físico anterior al cuidado del adulto mayor**, como además el **estado de salud físico posterior al cuidado del adulto mayor**, con el propósito de conocer el impacto que ha tenido este rol en la salud de los/las cuidadores. Asimismo, se requiere conocer la percepción de ellos en cuanto si poseen o no una **condición física** adecuada para desempeñar sus funciones.

En concordancia a lo anteriormente mencionado, se analizan las categorías de segundo orden y sus respectivas codificaciones, las cuales han permitido reducir los datos obtenidos a través de la entrevista focalizada aplicada.

## Categoría de Segundo Orden: Estado de salud física anterior al cuidado del A.M



En base al diagrama, en cuanto al **estado de salud física anterior al cuidado del adulto mayor**, es posible definir la salud según la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, por lo tanto, el propósito de esta categoría de segundo orden, es conocer las diferencias o semejanzas con el estado de salud actual del/la cuidador/a.

A partir de lo anteriormente mencionado, se identifican dos codificaciones a partir de la información recabada:

- **Más activo:** Refiere a la realización de una amplia variedad de actividades y movimientos que incluyen acciones cotidianas, tales como caminar, subir y bajar escaleras, tareas domésticas, entre otras.

*“Antes era más ágil, trabajaba, no tenía ningún problema, ninguna dolencia, vivía bien, tenía todas mis entradas, ya estaba pensionado, porque voy a cumplir 74 años, entonces son 9 años que yo ya los perdí de trabajar, porque antes tenía mucho trabajo, armaba equipos, arreglaba techos, rejas...” (C11-73)*

Respecto al fragmento expuesto, los cuidadores señalan que su estado de salud se encontraba en mejores condiciones anterior al desempeño de su rol como cuidador/a, pues se consideraban con más vitalidad y agilidad para realizar sus actividades laborales, las cuales han dejado de hacer para adoptar este nuevo rol, así como también han abandonado su participación en actividades sociales.

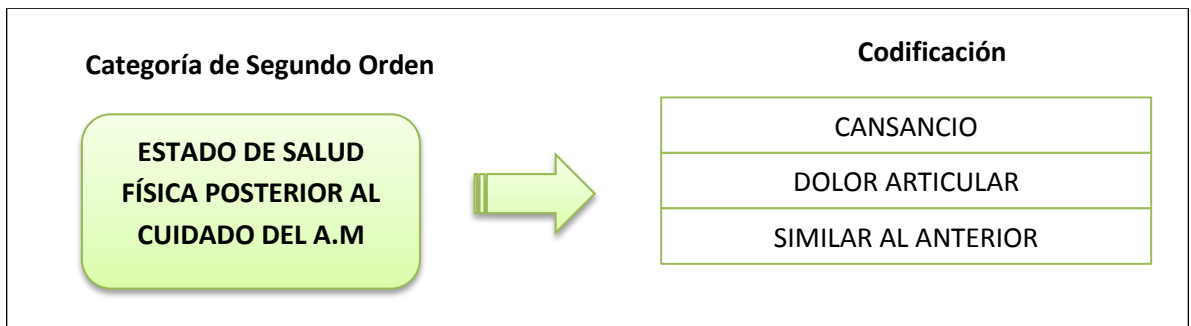
- **Similar al actual:** Hace alusión al estado físico anterior semejante al que posee actualmente en concordancia a la labor de cuidado.

*“Igual que ahora, de la misma manera, con dolor de cabeza de repente no más, pero bien, activa. Hace seis años que lo cuido y no he visto cambios, ya nos hemos acostumbrado”. (C14-55)*

En base al fragmento, el/la cuidador/a identifica que su estado de salud anterior al cuidado del/la adulto mayor no ha tenido cambios hasta su situación

actual, manteniendo su actividad y agilidad para realizar las labores que exige el rol de cuidar.

### **Categoría de Segundo Orden: Estado de salud física posterior al cuidado del A.M**



Respecto al diagrama expuesto, el **estado de salud física posterior al cuidado del adulto mayor**, refiere a las implicancias e impacto que conlleva la actividad de cuidado en la salud del cuidador, considerando a ésta como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.

A través de esta categoría de segundo orden, es posible identificar mediante la información obtenida, las siguientes codificaciones:

- **Cansancio:** Sensación de falta de energía que disminuye la capacidad de trabajo y dificulta a los músculos realizar sus funciones con la facilidad habitual. Asimismo, puede definirse como una sensación física, mental –o ambas– de falta de energía, agotamiento o debilidad.

*“Hace seis años empezó a deteriorarse mi salud y ha empeorado, porque la tengo que tomar para bañarse, tomarla en brazos para llevarla a médico, desde aquí hacia abajo por las escaleras, y luego la quebrada, entonces me encuentro pésimo...” (C15-69)*

Mediante el extracto, se vislumbran características que responden a un estado de cansancio constante de los/las cuidadores, situación que dificulta la realización de actividades que conlleva la labor de cuidar, siendo una de las tareas más agotadoras la asistencia en la realización de actividades de la vida diaria del/la adulto mayor que se está cuidando. Este cansancio además, está vinculado con el insomnio que se presenta, el cual no permite que la persona descanse adecuadamente y contribuye a la sensación de falta de energía del/la cuidador afectando su salud física y también psíquica.

- **Dolor articular:** Se caracteriza por molestias y dolores en cualquiera de las articulaciones del cuerpo, es decir, afecta a distintas zonas como los dedos de manos y pies, muñecas o las rodillas, suele ir unido a rigidez, dolor a la palpación e inflamación.

*“Y con el periodo de cuidar a mi esposa, me tiró para abajo, ahora a esta edad vienen todas las enfermedades, mire los dedos cómo están tanta fuerza, me levanto en la mañana y es como si pisara huevos, de ahí empiezo con los dolores y en la tarde también...” (CI1-73)*

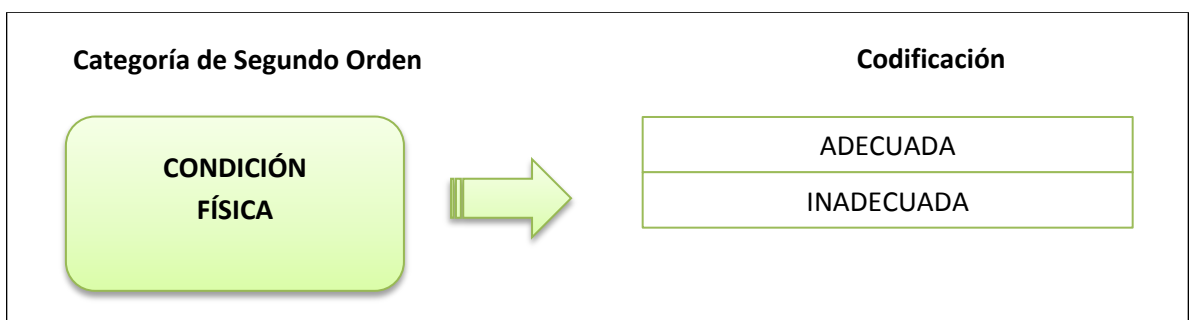
A partir del extracto, se identifica que los/las cuidadores han vivenciado el impacto en su estado de salud posterior al desempeño de este rol, manifestándose molestias articulares provocadas por el esfuerzo que conlleva realizar estas acciones de cuidado y asistencia. Se debe considerar además que, quienes se encuentran llevando a cabo esta labor mayoritariamente son también adultos mayores que presentan patologías ligadas al avance de su edad y que se agudizan con la ejecución de las tareas que exige este rol.

- **Similar al anterior:** Refiere al estado físico de salud física posterior al cuidado del adulto mayor y que se ha mantenido semejante al que poseía antes de realizar la labor de cuidado.

*“Como había dicho, igual que antes, no ha cambiado mi estado de salud”.* (CI4-55)

En cuanto a este extracto, se identifica que el/la cuidador considera que su estado de salud físico no se ha visto afectado tras el desempeño de su rol como cuidador/a, es decir, lo señala como semejante al estado de salud anterior a adoptar la labor de cuidado.

### Categoría de Segundo Orden: Condición física



En base al presente diagrama, la **condición física** puede definirse como el conjunto de cualidades individuales tales como la fuerza, la coordinación, la resistencia, flexibilidad y velocidad. Estas capacidades las poseen todas las personas, pero están desarrolladas de diferente forma, de acuerdo al esfuerzo físico realizado cotidianamente y la actividad que practique cada individuo, por lo tanto, la condición física está determinada por los esfuerzos diarios.

A partir de la información adquirida, es posible codificar esta categoría de segundo orden como:

- **Adecuada:** Alude a la condición física que presenta las cualidades óptimas para la realización de actividades que conlleva la labor de cuidado del/la adulto mayor.

*“Creo que hasta el momento sí, yo no sé cuánto más porque ella además de eso no tiene otra enfermedad que pudiéramos decir que van a durar un par de años, porque están bien”. (CI3-61)*

En base al fragmento, los/las cuidadores señalan que consideran que, a pesar de las complicaciones que conlleva desempeñar el rol de cuidador/a, su estado físico aún es adecuado para apoyar y asistir al adulto mayor que se encuentra bajo su cuidado.

- **Inadecuada:** Refiere a la condición física inapropiada para el desempeño del rol de cuidador de un/a adulto mayor.

*“Yo creo que no, ya que estoy usando más fuerza de la que yo puedo hacer en el cuidado, porque me duele todo el cuerpo, me duele todo, y me cuesta un triunfo para quedarme dormido...” (CI1-73)*

En concordancia al fragmento anterior, los/las cuidadoras señalan que de acuerdo a sus percepciones no tienen las condiciones físicas apropiadas para el desempeño del rol de cuidador/a, ya que las funciones que deben realizar conllevan un esfuerzo mayor a las condiciones físicas que poseen actualmente. En este contexto, se vislumbra el impacto en el organismo de los/las cuidadores el cansancio y dolencias que los/las cuidadores/as por las funciones que desempeña.

### III- Análisis Integrado

#### a.- Análisis Integrado Cuidadoras Formales

En concordancia al análisis de las presentes categorías, es posible relacionar y concluir en base a las entrevistas aplicadas a las **cuidadoras formales** que, los comportamientos y conductas visibilizados en relación a los adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer a su cargo, lo cual nos permite inferir que entre las principales características predomina la pérdida de memoria y la violencia/agresividad, siendo éstas inherentes a los adultos mayores que presentan esta enfermedad.

En cuanto a la experiencia de cuidado se destaca que ésta es positiva en las múltiples funciones que las cuidadoras realizan, debido a los conocimientos y habilidades que ellas autodefinen, es así como surgen sentimientos y emociones gratificantes tales como la alegría y la afectividad hacia las personas mayores en su desempeño diario. Por otra parte, respecto a las habilidades interpersonales,

prevalecen la amabilidad y empatía, declaradas como valores fundamentales y necesarios para el ejercicio práctico efectuadas con sus asistidos, aunque se originan ciertas frustraciones por parte de estas mismas, siendo ellas la intolerancia al mal trato y la baja comprensión de las conductas que exteriorizan en los adultos mayores.

Asimismo, se identifica que la relación con el/la adulto mayor es de cuidado pero prevalece un vínculo afectivo y cercano, generándose un lazo más allá de la relación profesional que se establece. Por otro lado, se vislumbra que las cuidadoras logran compatibilizar el trabajo de cuidado con sus relaciones familiares dado que la modalidad de trabajo por turnos les permite complementar ambas actividades, situación que también se asemeja las relaciones sociales.

De igual modo, es preciso mencionar que las cuidadoras reconocen que la red de apoyo principal es la de tipo institucional, es decir, la que concierne a la Residencia Asunción de la FHC, ya que se destaca el trabajo en equipo y constantes capacitaciones, lo cual posibilita un mejor cumplimiento de sus funciones. En cuanto a lo descrito, es posible determinar que los recursos económicos son parcialmente suficientes para el quehacer laboral, no obstante, las cuidadoras pueden realizar de manera óptima sus ocupaciones ya que cuentan con un ambiente físico adecuado.

Finalmente, el estado de salud física anterior al cuidado del adulto mayor refiere a una condición física más activa, es decir, más eficaz y diligente en sus actividades laborales. De esta manera, el posterior estado de salud físico, se caracteriza por presentar cansancio y dolores articulares, sin embargo, a pesar de esta situación, no poseen mayores complicaciones para desempeñar su rol de forma apropiada, ya que esta es definida como adecuada por las propias cuidadoras.

#### **b.- Análisis Integrado Cuidadores/as Informales**

En correlación al análisis de las presentes categorías, es posible relacionar y concluir en base a las entrevistas aplicadas a las y los **cuidadores/as informales** que los comportamientos y conductas evidenciadas en los/as adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer a su cargo, nos posibilitan deducir que entre las principales particularidades predomina la pérdida de memoria, disociación y violencia/agresividad, las cuales se manifiestan con frecuencia y se incrementan con la evolución de la enfermedad.

En relación a la experiencia de cuidado, se destaca un carácter negativo a sus vivencias, debido a los obstáculos que se les han presentado al momento de ejercer el cuidado del adulto mayor. De este modo, la principal emoción/sentimiento que radica en este contexto es la tristeza, produciendo la insatisfacción y el desánimo en el/la cuidador/a frente a su situación desfavorable.

Por otra parte, dentro de las habilidades interpersonales destaca la resolución de problemas, es decir, la capacidad que manifiestan los/las cuidadores para resolver las dificultades que se presentan en este rol, actuando con disciplina y realizando de manera óptima la asistencia en sus funciones cotidianas. A pesar de lo anterior, reconocen un escaso manejo de emociones y realización de las actividades de la vida diaria del adulto mayor, específicamente en las tareas de alimentación.

Cabe señalar, que se identifica que la relación con el/la adulto mayor es de tipo cercana, debido al vínculo familiar y a la afectividad que se involucra en la labor de cuidado. Además, en este contexto se produce una carga mayor en los/las cuidadores/as informales debido al tiempo prolongado destinado hacia el cuidado de la persona mayor, se obstaculiza la compatibilización de las relaciones familiares y sociales, situación que se acentúa al no existir una colaboración del entorno familiar frecuente.

Asimismo, se reconoce que los recursos económicos son parcialmente suficientes para el desempeño de su función como cuidador/a y de igual modo para satisfacer las necesidades que presentan los/as adultos mayores, no obstante, los/as cuidadores/as manifiestan que presentan un ambiente físico adecuado para ejercer sus quehaceres.

Para finalizar, es relevante mencionar que el estado de salud que presentan los/as cuidadores/as informales anterior al cuidado, es caracterizado por parte de estos mismos de manera más activa, contando con mayor agilidad y vitalidad en su vida diaria, aunque de lo contrario, en el estado de salud física posterior a la labor de cuidado ha predominado el cansancio. A pesar de esta situación, los/as entrevistados/as definen su condición física adecuada para efectuar las actividades que le competen como cuidador/a.

# **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES**

- **Hallazgos y Reflexiones**

A partir de esta investigación se ha podido vislumbrar la dinámica de cuidado hacia el/la adulto mayor con demencia y/o demencia tipo Alzheimer, la cual consiste en la colaboración que realizan los cuidadores/as en relación a las necesidades integrales que presentan las personas mayores que se encuentran en una condición de dependencia, los cuales requieren constantemente un apoyo transversal de su cuidador/a.

De esta manera, es decisivo el rol que estos/as desempeñan, pues es la figura que generalmente da confianza y contención a las personas que presentan dicha enfermedad, visualizándose cambios en sus estilos de vida debido a la manifestación de las limitaciones de los adultos mayores, alterando su proceso de socialización con una constante presencia de sentimientos ambivalentes.

Por otra parte, el/la cuidador/a formal e informal se enfrenta a esta tarea de cuidado hacia el adulto mayor cuando este último ya presenta una condición avanzada de deterioro cognitivo, por lo tanto, necesariamente el cuidador/a enfrenta este proceso desde el cuidado paliativo, pues los primeros síntomas de demencia y/o demencia tipo Alzheimer no fueron pesquisadas para realizar acciones oportunas de promoción y prevención, las cuales serían significativas abordar en la adultez mayor sin presencia de enfermedad y en la etapa leve de esta enfermedad. En este contexto, es fundamental que quienes conviven con este grupo etario se encuentren informados acerca de las manifestaciones derivadas de ésta, para mejorar y mantener la salud de las y los adultos mayores en el más alto nivel de su función, con el fin de poseer una mayor independencia posible en un período de tiempo más prolongado.

De este modo, es posible identificar que a partir de lo anterior se produzca un asistencialismo paliativo desde la labor de cuidado, la cual se configura como un conjunto de prácticas orientadas a la atención de las necesidades del adulto mayor, enfocada en la mejora de su calidad de vida y enfrentándose a problemas asociados a padecimientos amenazantes para su vida, pero no considera así a otros ámbitos que componen el cuidado paliativo, tales como el alivio del sufrimiento, la identificación del tratamiento del dolor y otras dificultades físicas, psicológicas y espirituales.

Por otro lado, es posible reconocer que las cuidadoras formales cumplen un rol basado en una prestación de servicio, es decir, tienen una responsabilidad contractual con el/la adulto mayor basado en un contrato laboral. Sin embargo, en determinado momento existe el umbral en donde se transita de esta relación contractual hacia una contratransferencia, la cual consiste en los sentimientos e ideas que la cuidadora proyecta sobre los adultos mayores que asiste, a partir de sus experiencias pasadas, de manera inconsciente.

Este fenómeno generalmente ocurre de manera positiva, no obstante, en ocasiones se produce un efecto contrario. El primero de ellos se caracteriza por la realización de las labores de cuidado que se ejecutan de manera delicada, con dedicación, respeto y cariño hacia la persona cuidada, es decir, se produce una contratransferencia positiva, la que es avalada por una escucha abierta, sin juicios de valor ni prejuicios, percibiendo sus recuerdos y experiencias, acompañadas de aprecio, consideración y cercanía. Por ende, el diálogo y la solidaridad son los resortes insustituibles esenciales para promover el aprovechamiento de la riqueza sensitiva de las personas de edad avanzada.

Por lo tanto, cuando esta contratransferencia conlleva un vínculo tan intenso, se vuelve patológica y negativa, la cual se explica mediante la sobreprotección e hipervigilancia de la persona mayor cuidada. En este contexto, las cuidadoras realizan una contratransferencia en su quehacer laboral, pues visualizan en los adultos mayores a un potencial familiar/vínculo significativo o a un reflejo de su persona en la etapa de vida siguiente, evidenciándose una situación cognitiva previa no resuelta.

Por último, es posible señalar que mediante la investigación se percibe que, a mayor edad de las cuidadoras formales, mayor es el vínculo que se establece con este grupo etario, debido a la experiencia adquirida y al tiempo transcurrido en que se cuidó al adulto mayor, por lo tanto, se vislumbra un incremento en la protección y valoración hacia las personas mayores, considerando sus valores y concepciones, deseos y propia organización de vida. Bajo este contexto, se reconoce un acercamiento a las personas mayores ya que con el aumento de la edad en que se encuentran, es posible determinar que desarrollan una mayor empatía con ellos/as ya que se identifican de una manera más próxima a integrarse a esta etapa de la vida.

Por otra parte, lo que se logra visualizar a partir de la realidad de las y los cuidadores/as informales es el compromiso que tienen estos en razón de proporcionar una mejor estabilidad en el bienestar de las personas mayores, debido al vínculo de afectividad sumado al deseo de proporcionar una mejor calidad de vida al adulto mayor cuidado, situación que se refleja en la tranquilidad emocional o espiritual que adquieren con el rol que cumplen cotidianamente.

Si bien, culturalmente, la labor de cuidado se entiende como una retribución hacia el familiar, no necesariamente estas acciones se efectúan con este objetivo, es decir, se realiza a causa de la obtención del propio bienestar a través de la plenitud de su conciencia y espíritu, así como también para que esta conducta sea instruida por su generación descendiente y que de este modo pueda ser compensada en el actual cuidador/a cuando se encuentre en la última etapa de su ciclo vital.

También se ha mencionado que la totalidad de las y los cuidadores/as informales entrevistados/as han afirmado que tienen los conocimientos suficientes desde su propia experiencia para cuidar a los adultos mayores a su cargo en sus diversos quehaceres. Por otra parte, se ha percibido una contradicción en aquellos relatos de acuerdo a la realidad estudiada, ya que es posible identificar que requieren de actividades socio-educativas como capacitaciones, cursos, talleres, entre otros, para desarrollar de mejor manera sus propias competencias asociadas a la aplicación de las herramientas adquiridas.

En consecuencia de lo precedente, se distingue que estos cuidadores/as no manifiestan la necesidad de adquirir conocimientos técnicos para la óptima realización de las funciones que realizan día a día, sin embargo, se identifica el requerimiento de la colaboración de un tercero que brinde un apoyo continuo y permanente, ya sea un vínculo cercano o institucional, para disminuir la sobrecarga que conlleva este rol y de esta manera dar respuesta efectiva a sus propias demandas biopsicosociales.

Finalmente, es relevante destacar que las y los cuidadores formales e informales de adultos mayores que padecen esta enfermedad requieren ser apreciados, capacitados, e involucrados, pues necesitan vivir el proceso de cuidado como una experiencia de vida y no como una carga, ya que a pesar del pronóstico y desenlace final de la demencia y/o demencia tipo Alzheimer, mediante el rol que cumple el/la cuidador/a podrá transformar su vida y la de la persona cuidada.

## I.- Conclusión en torno a la Teoría que sustenta la presente investigación

En base al presente estudio, fue de transcendencia central *“los significados biopsicosociales que le atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeñan como cuidador”*. Lo cual a partir de lo descrito, nos permitirá poseer el siguiente análisis y deducción desde la teoría y fundamentos claves de nuestra investigación.

Examinando de manera detallada, la teoría del estrés del cuidador, es la que respalda e influye en los principales significados biopsicosociales que manifestaron los cuidadores formales e informales a cargo de las personas mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer, distinguiéndose en este contexto de colaboración y apoyo una condición de estrés en el cual surgen diversos sucesos en la familia que repercuten directamente en la relación de asistencia.

Es indiscutible la similitud de la condición de género femenino al ejercer el cargo principal de cooperación en el rol de cuidador que cumplen con los adultos mayores, brindando su subvención en sus necesidades básicas y biopsicosociales de estos mismos. Las personas que asisten en estas circunstancias, en muchas ocasiones interrumpen su ritmo habitual y limitan su vida social y familiar, lo que ha traído como consecuencia y lo hemos podido visibilizar desde las propias vivencias y observaciones con ellos/as. Sin embargo, se ha podido reflejar desde sus perspectivas, un alto grado de compromiso en su desempeño, los cuales suelen predominar por los cuidadores informales una relación familiar y emotiva y en las cuidadoras formales una relación profesional y afectiva.

De acuerdo a lo anterior, nos posibilita realizar una diferencia entre los tipos de cuidadores, en relación a la tensión emocional y dificultades físicas que estos conllevan. En cuanto a las y los cuidadores/as informales, estos exhiben mayores efectos emocionales frente a la rutina diaria de cuidar a una persona, enfrentando momentos críticos asociados al estrés de cuidar, evidenciados por el agotamiento, la reducción de número de vínculos sociales, a la falta de apoyo de otros integrantes de la familia, ya que la gran mayoría de ellos/as se dedican exclusivamente a la ocupación de cuidar, disminuyendo sus oportunidades laborales externas y con la imposibilidad de forjar relaciones colectivas. En relación a su carga física, revelan un estado de salud en proceso de deterioro, perjudicando su bienestar y calidad de vida, afectando con mayor intensidad estas características debido a que deben lidiar con adultos/as mayores

que poseen un deterioro cognitivo, los cuales presentan frecuentemente dificultades conductuales, como agresividad y conducta errante.

Respecto a las cuidadoras formales, ellas vislumbran efectos del estrés, pero constituyen una carga física más colaborativa entre el equipo de asistentes de cuidado con las que efectúan sus principales funciones de asistencia, por ende, tienen un índice reducido de tensión y cansancio en sus actividades diarias en comparación con los informales, así como también poseen una limitación del tiempo para efectuar sus ocupaciones familiares y sociales de manera integral, impactando en la dedicación requerida para su vínculo más cercano, no obstante, se pueden identificar rasgos asociados al estrés con los adultos mayores a su cargo tales como la tensión emocional, en el control de sentimientos y conmociones, lo cual se relaciona directamente con la carencia de preparación en conocimientos respecto a la salud mental y el estado funcional de las personas mayores a su cargo.

Por otra parte, es importante mencionar los principales factores que estarían incidiendo en los significados biopsicosociales que le asignan las y los cuidadores/as al rol que profesan y en los que han sido esenciales para comprender el estado actual de sus condiciones en correlación al síndrome de estrés que los caracteriza, dentro de los más destacados han sido sus procesos cognitivos, afectivos y conductuales, los cuales influyen desde los propios comportamientos y conductas de la persona asistida que presenta desperfecto cognitivo, lo que se asocia con la formación de una experiencia positiva o negativa en su período de ayuda hacia aquellos y de las emociones emanadas en este ámbito, segundo en cuanto a sus relaciones socio familiares, siendo aquellas que incurren de manera significativa de acuerdo al lazo sostenido con la persona mayor, y en cuanto a la posibilidad de integración o desvinculación con sus relaciones familiares y sociales. Por último, refieren a su estado de salud física, que se constituye en un elemento imprescindible a considerar, lo cual dependerá de la colaboración del entorno familiar o de un vínculo cercano significativo a las tareas de cuidado de manera sostenida en el tiempo, lo que generaría un deterioro o una mantención de las condiciones físicas de estos mismos.

También este estudio, se sustenta por la teoría de la dependencia la cual es potente para fundamentar nuestra problemática de investigación. Principalmente, porque apunta hacia la limitación funcional cognitiva en un contexto social que presentan las y los adultos mayores, lo cual se asocia a las principales demandas que han tenido que enfrentar los cuidadores, a partir de la aminoración de

capacidades del grupo etario mencionado y lo cual ha estado condicionado por sus condiciones de salud, y de las que exige el medio físico, social y cultural.

Por consiguiente, se puede deducir que el estrés juega una labor imprescindible en el cuidador y persona que recibe los cuidados, desde sus propias influencias ambientales, fisiológicas, emocionales y susceptibilidades personales, y la gran representación que poseen las personas que se hacen cargo del cuidado de los/as adultos mayores, su compatibilización de obligaciones, deberes y compromisos que conlleva esta fase.

## **II.- Conclusión en torno a la Metodología que sustenta la presente investigación**

De acuerdo a la metodología seleccionada, la investigación cualitativa permitió la recogida de información mediante la observación de los comportamientos naturales, discursos y respuestas abiertas para posteriormente interpretar los significados biopsicosociales que atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeñan como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer.

Para ello, se realizó un análisis por cada objetivo propuesto en el estudio, el cual permitió atender las singularidades de cada una de las realidades de las y los cuidadores entrevistados. De este modo, la investigación cualitativa en concordancia con el objeto de estudio, lo indaga mediante una mirada sensible a las distintas realidades en un determinado contexto, proporcionando la participación activa tanto del investigador como del entrevistado, con el fin de poder comprender de mejor manera la problemática que se está analizando y de reparar en las particularidades de las y los entrevistados en la investigación.

Cabe señalar, que la metodología de investigación cualitativa a través de las categorías de análisis de primer y segundo orden, además de sus respectivas codificaciones, posibilitaron visualizar de manera concreta las vivencias subjetivas de cada cuidador/a entrevistado/a, facilitando la comprensión de la problemática mediante una mirada integral y un posterior análisis global de la realidad estudiada.

### **III.- Conclusión del Trabajo Social entorno a los significados biopsicosociales que le atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de Adultos Mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes al Programa Cuidados Domiciliarios de PADAM de la comuna de Valparaíso y al ELEAM Asunción de Peñablanca**

Durante la formación académica los/as trabajadores sociales aprenden y desarrollan competencias técnicas y prácticas, desarrollando habilidades y herramientas en relación a la investigación de problemáticas o realidades sociales determinadas con el propósito de posteriormente analizarlas.

Desde Trabajo Social y bajo una mirada sistémica, se identifica que las y los cuidadores formales e informales de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer son sujetos de atención emergentes para nuestra disciplina, considerando el aumento de este grupo etario con dependencia, por lo cual, constituye un desafío focalizar su intervención, considerando las particularidades y diferentes necesidades que presenta cada individuo de acuerdo al contexto en que se encuentran.

No obstante, mediante esta investigación, al abordar los significados de las y los cuidadores/as desde una perspectiva biopsicosocial, se identifica que esta intervención requiere de un enfoque integral, es decir, resulta de gran relevancia la existencia de un equipo interdisciplinario para realizar una intervención, pues el rol de cuidador/a además de afectar socialmente a éste/a, conlleva efectos en la condición física, psíquica y en sus relaciones socio-familiares de la persona que realiza la labor de cuidado, produciendo una sobrecarga en la persona que asume este rol. En este contexto, el/la cuidador/a informal experimenta cambios que repercuten en su estado de salud y asimismo emocionalmente, debido al afrontamiento de la enfermedad y a las conductas que el/la adulto mayor presenta, considerando el vínculo familiar que existe con quien cuida.

Por otra parte, si bien, las cuidadoras formales presentan mejores condiciones físicas debido a que poseen los conocimientos para desempeñarse de manera adecuada, se vislumbra en este contexto la necesidad de potenciar intervenciones psicosociales con el propósito de favorecer el enfrentamiento de la demencia y/o demencia tipo Alzheimer para manejar las frustraciones que se presentan en su entorno laboral.

Por lo tanto, en base a la presente investigación y de acuerdo a nuestra profesión, se considera esencial realizar intervenciones en las y los cuidadores formales e informales a fin de contribuir en la mejora de su calidad de vida y por ende, de aquellos adultos mayores que requieren de la asistencia de éstos/as para realizar sus actividades de la vida diaria.

Finalmente, se identifica un desafío para la disciplina en cuanto a la realización de investigaciones en torno a la problemática investigada, pues existe escasa información desde las Ciencias Sociales, siendo abordada principalmente desde el área médica y no desde la intervención social. Por lo tanto, se requiere un mayor posicionamiento desde Trabajo Social en la temática, pues al poseer conocimiento de aquello, se convierte en un área potencial desde la cual se puede contribuir desde el ámbito socio-educativo, trabajo en redes, coordinación y gestión de recursos.

#### **IV.- Conclusión del Campo Gerontológico entorno a los significados biopsicosociales que le atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de Adultos Mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes al Programa Cuidados Domiciliarios de PADAM de la comuna de Valparaíso y al ELEAM Asunción de Peñablanca**

La gerontología es aquella ciencia que trata de la vejez y del envejecimiento de manera integral, es decir, aborda la dimensión biológica, psicológica y social de las personas mayores. Debido a la amplitud del concepto de envejecimiento, la gerontología no se puede abordar solamente desde una disciplina, por lo cual, las diferentes profesiones adoptan un enfoque para dar respuesta a la demanda de las y los adultos mayores.

En concordancia a lo anterior y de acuerdo a la presente investigación, se vislumbra la importancia del enfoque integral de los sujetos, lo cual permite pesquisar en distintos ámbitos las necesidades que presentan. En base a ello y si bien, desde PADAM existe una intervención hacia el/la adulto mayor en situación de dependencia evaluándolos globalmente, se requiere que en el Programa exista un equipo interdisciplinario constante para este grupo etario.

Por otra parte, la figura del/la cuidador/a informal, en este contexto queda desprotegida, pues solamente se interviene a la persona mayor asistida y en cuanto al cuidador/a el apoyo que se vislumbra son las horas en que las asistentes

de apoyo realizan actividades con el/la adulto mayor con dependencia, no obstante, las necesidades biopsicosociales de las y los cuidadores no son intervenidas, situación que es gran importancia y requerimiento, considerando el impacto emocional, físico y social que enfrentan, y que en muchas ocasiones no saben manejar debido al adquirir este nuevo rol inesperadamente.

Por lo tanto, resulta primordial que PADAM incluya una intervención que considere tanto al adulto mayor como a su respectivo cuidador/a y contribuir desde la gerontología social -la cual se enfoca en la relación del/la adulto mayor con su entorno y todos los ámbitos que lo/a afectan- teniendo en cuenta que las y los cuidadores informales además de enfrentar y adoptar este nuevo rol de asistencia y cuidado, deben asumirlo en el contexto de su propia vejez, ciclo vital en el cual se presentan diversas patologías y donde el estado físico requiere de un mayor esfuerzo para realizar particularmente sus actividades de la vida diaria y por ende, colaborar en aquellas del adulto mayor que está cuidando.

Por otra parte, desde el ELEAM Residencia Asunción, se identifica el abordaje integral desde el campo gerontológico, pues se cuenta con un equipo interdisciplinario para asistir a las y los adultos mayores que residen en ésta, considerando las necesidades biospsicosociales que presentan. De este modo, se explora de manera global y constantemente el estado en que se encuentran las personas mayores que habitan en la residencia.

#### **V.- Conclusión del Envejecimiento Patológico entorno a los significados biopsicosociales que le atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de Adultos Mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes al Programa Cuidados Domiciliarios de PADAM de la comuna de Valparaíso y al ELEAM Asunción de Peñablanca**

En base al envejecimiento patológico, las y los adultos/as mayores se identifican con este tipo debido a la condición de demencia y/o demencia tipo Alzheimer, es decir, presentan esta enfermedad que limita su funcionalidad, disminuyendo su calidad de vida.

En cuanto a lo anterior, es posible determinar que PADAM entrega recursos para apoyar el cuidado y la atención que realiza el/la cuidador/a a la persona mayor con demencia y/o demencia tipo Alzheimer , caracterizados por el cuidado en las necesidades básicas de higiene y asistencia del adulto/a mayor,

disminuyendo en cierto grado el cansancio del cuidador/a que es generado por la patología que presenta el/la adulto mayor y los cuidados pertinentes a sus necesidades, sin embargo, estos no constituyen un cambio permanente ni reversible de la sobrecarga del cuidador/a, ya que el sentimiento de frustración y el estado de cansancio siguen presentándose en la mayoría de los y las cuidadores/as, ya que no establece un apoyo transversal ni capacitaciones acerca de las necesidades tanto del cuidador/a como del adulto/a mayor.

En otras palabras, el programa de Atención domiciliaria del Adulto Mayor, aliviana en cierto aspecto la carga del cuidador/a con el apoyo a las necesidades del adulto/a mayor, pero no supe por completo los principales requerimientos del cuidador/a en cuanto a su carga física como emocional generadas por la misma patología que presentan las personas mayores.

De esta misma manera, también se visualiza la realidad de los cuidadores pertenecientes a la Residencia Asunción de Peñablanca, quienes son conscientes de la patología o enfermedad presentada por los/las adultos/as mayores y están siendo constantemente capacitadas en diferentes ámbitos para paliar las consecuencias y necesidades de las personas mayores. Por lo tanto, se aprecia el apoyo transferido por parte de la institución a las cuidadoras y la especialidad de estas últimas para enfrentar de una manera óptima la labor de cuidado en las personas mayores con alguna enfermedad o patología.

## **VI.- Conclusión de la Política Pública entorno a los significados biopsicosociales que le atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de Adultos Mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer pertenecientes al Programa Cuidados Domiciliarios de PADAM de la comuna de Valparaíso y al ELEAM Asunción de Peñablanca**

En cuanto a las políticas públicas, actualmente en Chile existen una variedad de políticas que respaldan la protección y calidad de vida de los/las adultos/as mayores, tales como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la Política Nacional para el Adulto Mayor o la Política Integral de Envejecimiento Positivo, las cuales han respaldado las instituciones en las cuales se han enmarcado nuestros/as adultos/as mayores y han respondido a ciertas demandas que han requerido estos últimos, tales como el apoyo, protección y asistencia a las necesidades básicas de las personas mayores, generando auxilio en diversos aspectos.

En cuanto a lo anterior, es posible dilucidar que los/las adultos/as mayores como grupo etario, poseen protección y respaldo por parte de las políticas públicas, sin embargo, no existe una política pública específica que resguarde y apoye a las personas que están a cargo de estos/as adultos/as mayores, es decir, lo/las cuidadores/as, siendo esto un aspecto necesario de resguardar, ya que, focalizando la intervención de este sujeto, repercutirá directamente en la calidad del cuidado hacia el Adulto Mayor.

En base a lo anteriormente descrito, es necesario reconocer que faltan políticas públicas que amparen la condición de estos sujetos de intervención, ya que, aunque existen programas o fundaciones que abordan esta problemática, no son suficientes para paliar la gran cantidad de población que está siendo afectada por esta condición. De esta misma manera, se comprende que por un lado existen personas mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer, siendo éste el tipo de demencia con mayor recurrencia en nuestro país y no está siendo financiado por nuestro sistema de salud (GES), y por otro lado, está la reconocida figura del cuidador/a, quien es el/la responsable de las personas mayores, y de esta forma adquieren toda la carga impactando de manera biopsicosocial a la persona, por lo tanto, se percibe que ambos sujetos deben ser intervenidos, ya que uno repercute en el otro y viceversa, para mejorar de esta forma la calidad de vida de ambos.

- **Conclusión General**

Actualmente nuestro país se encuentra en un estado de envejecimiento, de esta manera la población adulto/a mayor ha ido acrecentando cada vez más, por esta misma razón, es importante dirigir nuestra atención hacia este grupo etario, ya que han comenzado a predominar sus necesidades y requerimientos para que nuestro Estado y sociedad comiencen a focalizar la intervención de manera más transversal según las demandas que estos presenten.

Así mismo, es importante mencionar, que las personas mayores con las cuales hemos decidido poner nuestra atención son los que se encuentran en la condición de demencia y/o demencia tipo Alzheimer, debido a que hoy en día es el tipo de demencia con mayor recurrencia en nuestro país y región (V), además los síntomas y consecuencias de la enfermedad afectan enormemente a los que le rodean y principalmente a quienes están al cuidado de ellos/as.

Debido a lo anteriormente descrito, es que se determinó nuestra inclinación hacia estos dos sujetos, los/as adultos/as mayores con demencia y/o demencia tipo Alzheimer y las personas que se encuentran a cargo de ellos/as ya sea de manera formal o informal, es decir las y los cuidadores/as. En este aspecto, se concluye que en cuanto a los/las cuidadores, requieren del apoyo y acompañamiento de sus labores diarias en el cuidado del adulto/a mayor, ya que la labor que realizan es de suma importancia y abarca mucho sacrificio debido a las condiciones físicas, psicológicas y ambientales que presentan, es decir, condiciones precarias. En relación a esto, son particularmente los/las cuidadores/as informales quienes carecen de recursos económicos y de apoyo tanto familiar como del Estado, ya que se encuentran en una situación desfavorable para realizar el óptimo cuidado hacia los/las adultos/as mayores, siendo estos últimos también afectados por las indebidas condiciones y el insuficiente apoyo que presentan.

Por otro lado y de acuerdo al resultado de la presente investigación de carácter exploratorio-descriptivo, no experimental, de metodología cualitativa y mediante la técnica de recolección de entrevista focalizada, se pueden identificar diferentes aristas que implican comprender los significados biopsicosociales que reconocen los cuidadores/as formales e informales al estudio efectuado, siendo éstos claves para visibilizar la situación actual de estrés que ellos y ellas experimentan, de los cuales se destacan los siguientes:

Necesidad de apoyo efectivo a los cuidadores y cuidadoras informales en el acompañamiento de tareas y conocimiento en profundidad de los efectos que produce esta misma a través de una política pública establecida desde el Estado, para adquirir las herramientas y redes de apoyo que requiere la persona encargada del adulto mayor, y que permita atender integralmente a la persona asistida, generaría un fortalecimiento de recursos disponibles para la dinámica de cuidado. Por efecto, la alternativa más normalizadora de intervención para dar cumplimiento aquello, debiese estar focalizada en los cuidadores como sujetos prioritarios, lo cual conduciría a impulsar la vinculación familiar/social de estos mismos, aspectos que repercutirían positivamente en el bienestar y calidad de vida de ellos y de los/as adultos mayores de manera directa.

Por otra parte, si bien, las cuidadoras formales presentan mejores condiciones que los/as informales, de igual modo son sujetos de intervención emergente desde la profesión y asimismo desde las políticas públicas, debido a que el contexto de cuidado de un/a adulto mayor conlleva un desgaste físico y

psicosocial además del estrés –aunque menor al que presenta un familiar que asume el rol de cuidado– a pesar de que se desempeñen en jornadas de trabajo por turnos.

Asimismo, se identifica que hoy en nuestro país, aunque la población de personas mayores ha aumentado significativamente, la sociedad no ha concientizado respecto a la importancia que tienen las y los cuidadores en la realización de las actividades de la vida diaria de un sujeto dependiente, necesidad que se vislumbra desde el propio relato de las cuidadoras formales, pues se requiere divisar la función que ellas cumplen en las tareas de asistencia de aquellos adultos/as mayores que requieren de otra persona en su cotidianidad. Por lo tanto, desde el trabajo de éstas, es de gran envergadura que la comunidad tenga conocimiento de la magnitud de esta labor, en donde se enfatiza el buen trato hacia este rango etario contribuyendo día a día en mejorar su calidad de vida.

También se ha de agregar la presencia de sobrecarga física y psicológica que se vivencia en sus cuidadores formales e informales, la cual es de suma importancia para realizar acciones concretas en este grupo de personas encargadas de adultos mayores con un deterioro cognitivo serio y prolongado como es la demencia y/o demencia tipo Alzheimer, en la que el cuidado ha dejado de ser un intercambio recíproco de asistencia para transformarse en una carga inequitativa y desigual, impactando de manera negativa en todos sus ámbitos de vida, con factores de riesgos más altos de experimentar enfermedades y siendo futuros usuarios de sistemas sociales y de salud. Es por esto la urgencia de elaborar intervenciones biopsicosociales o psicosociales que consideren tanto al adulto mayor con deterioro cognitivo, como a sus cuidadores con el objetivo de otorgarles un mayor bienestar a ambos.

En este contexto surge una inquietud respecto a esta problemática *¿Las intervenciones, generarían a largo plazo menores costos para el sistema de salud, en comparación de tratar a personas con demencia y/o demencia tipo Alzheimer y cuidadores/as con una salud deteriorada?* Sin duda la respuesta es sí, pues se estaría abordando de manera preventiva la problemática de estudio, considerando a ambos sujetos que se encuentran vinculadas en esta relación de cuidado y, la contribución más importante que reducir estos costos en el sistema de salud es el impacto positivo que tendrían éstas en la calidad de vida tanto de las/os cuidadores como de aquellos adultos/as mayores que presentan demencia y/o

demencia tipo Alzheimer que requieren ser asistidos, contribuyendo de manera global en el bienestar social de estos potenciales sujetos de intervención.

## Bibliografía

Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor, Procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor. (Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor, FHC, 2012).

Pilar Quiroga y Gustav Rohde, Psicogeriatría: Bases conceptuales, clínica y terapéutica integral. (Rohde, 2002)

Andrea Slachevsky, Patricio Fuentes, Lorena Javet, Patricia Alegría, “Enfermedad de Alzheimer y otras demencias”. Guía para familiares y cuidadores. (Andrea Slachevsky, 2007)

Diseño de estrategias de atención e intervención sobre el maltrato hacia la población adulta mayor en la región de Valparaíso. (Alison Mena Villalobos, 2016)

Baltes, M.M. y WAHL, H. Dependencia en los ancianos. (Baltes, 1990)

En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), Gerontología clínica: Intervención psicológica y social. Martínez-Roca. ((Eds.))

Pablo Cazau, Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales (Cazau, 2006)

Fernando Pastén Cordovez Metodología de la Investigación Social. (Cordovez, 2015)

Seminario General, Universidad San Carlos de Guatemala, 1-2017. (Universidad San Carlos de Guatemala, 2017)

Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio, Metodología de la Investigación. (Roberto Hernández Sampieri, 2010)

Gilberto Aldana y Leticia Guarino, Sobrecarga, afrontamiento y salud en Cuidadoras de pacientes con Demencia tipo Alzheimer. (Gilberto Aldana y Leticia Guarino, 2012)

Nuria Cruz Escrich, Enfermos de Alzheimer: La sobrecarga del cuidador. (Nuria Cruz Escrich, 2012-2013)

Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Mayra Juliana Galvis Aparicio, Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. (Ara Mercedes Cerquera Córdoba, 2013)

Ezequiel Ander-Egg, Técnicas de Investigación Social. (Ezequiel Ander-Egg, 1995)

Miguel S.Valles, Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. (S.Valles)

Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. (Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal., 2012)

Javier Corredor, William Jiménez. La Modularidad y la Realidad de los Procesos Psicológicos (Javier Corredor, 2011)

Gregorio Piédrola Gil, El concepto de salud. (Gil)

### **Base de datos digitales**

Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile, (2009), Las personas mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2017), Guía de operaciones Cuidados Domiciliarios. División de Planificación, Desarrollo y Control.

Memoria Fundación Hogar de Cristo. (2015)

Gobierno de Chile, SENAMA, Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores.

Ministerio de Desarrollo Social (2015), Informe de Desarrollo Social.

Servicio Nacional de Salud, SENAMA, (2009), Manual del Cuidado de Personas Dependientes y con Pérdida de Autonomía.

Superintendencia de Salud, (2008), Dependencia de los Adultos Mayores en Chile.

Boletín Informativo INE, (2015), Estadísticas Vitales 2013.

Ministerio de Salud, SENAMA, Gobierno de Chile, (2009), Manual del Cuidado de Personas Mayores Dependientes y con Pérdida de Autonomía.

Gobierno de Chile, Política Nacional del Adulto Mayor, Comité Nacional para el Adulto Mayor.

### Linkografía

<http://www.hogardecristo.cl/>

[http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO\\_GERONTOLOGICO.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf)

<http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

<http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

[http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4471\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4471_recurso_1.pdf)

[http://www.senama.cl/filesapp/Estudio\\_dependencia.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf)

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oCrXsOg\\_iccJ:190.169.94.12/ojs/index.php/rev\\_ti/article/download/3192/3057+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=cl](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oCrXsOg_iccJ:190.169.94.12/ojs/index.php/rev_ti/article/download/3192/3057+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=cl)

[http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo\\_1.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf)

[http://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1412164209\\_indice\\_global\\_de\\_envejecimiento\\_2014\\_informe\\_en\\_profundidad\\_final.pdf](http://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1412164209_indice_global_de_envejecimiento_2014_informe_en_profundidad_final.pdf)

<http://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>

[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7155/S01121062\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7155/S01121062_es.pdf)

<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/13371/LCG2211.pdf>

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kWE8v3iKaHgJ:www.marista.edu.mx/documents/download/33/envejecimiento-de-la-poblacion-mundial+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=cl>

<http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

[http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/IDS\\_INAL\\_FCM\\_3.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/IDS_INAL_FCM_3.pdf)

<http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>

<http://www.sumate.cl/wp-content/uploads/2016/12/Memoria-2015-Fundaciones-Hogar-de-Cristo.pdf>

<http://www.senadis.gob.cl/descarga/i/2425/documento>

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>

<http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/>

<http://www.deis.cl/indicadores-basic.../esperanza-de-vida-ine/>

<http://celade.cepal.org/.../PRY.../SISPPI/Webhelp/fecundidad.htm>

<http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=migraci%C3%B3n>

<http://www.fundacionede.org/.../16-Envejecer-con-exito...>

[https://books.google.cl/books?id=dyuYJM5ZVpQC&pg=PA159&lpg=PA159&dq=Comprobaciones+con+los+participantes&source=bl&ots=KWIGTMJSwH&sig=6BheTni6b18l\\_4EeCs2g10nLd2s&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi\\_3cnnoofWAhVBDJAKHXRBAD4Q6AEINDAF#v=onepage&q=Comprobaciones%20con%20los%20participantes&f=false](https://books.google.cl/books?id=dyuYJM5ZVpQC&pg=PA159&lpg=PA159&dq=Comprobaciones+con+los+participantes&source=bl&ots=KWIGTMJSwH&sig=6BheTni6b18l_4EeCs2g10nLd2s&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi_3cnnoofWAhVBDJAKHXRBAD4Q6AEINDAF#v=onepage&q=Comprobaciones%20con%20los%20participantes&f=false)

<http://www.redalyc.org/html/2972/297225770002/>

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008)

<https://www.significados.com/paciencia/>

<https://www.definicionabc.com/salud/cansancio.php>

[http://www.onmeda.es/sintomas/dolor\\_muscular\\_mialgia-definicion-4333-2.html](http://www.onmeda.es/sintomas/dolor_muscular_mialgia-definicion-4333-2.html)

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003257.htm>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000800.htm>

# ANEXOS

**PERFIL CARACTERÍSTICO DE LAS CUIDADORAS FORMALES AL ROL QUE DESEMPEÑAN COMO CUIDADOR DE ADULTO MAYOR CON DEMENCIA Y/O DEMENCIA TIPO ALZHEIMER, PERTENECIENTES AL ELEM RESIDENCIA ASUNCIÓN DE LA FUNDACIÓN HOGAR DE CRISTO, COMUNA DE PEÑABLANCA**

PERFIL CARACTERÍSTICO DE LAS CUIDADORAS FORMALES	ASPECTOS ABORDADOS
	Para las cuidadoras el significado que le otorgan a la demencia y/o demencia tipo Alzheimer en el A.M es la pérdida de memoria y la noción del tiempo y espacio. (80%)
	La totalidad de las cuidadoras son mujeres. (100%)
	La mayoría de las cuidadoras presentan un Estado Civil casada. (67%).
	La totalidad de las cuidadoras realizan su labor como asistentes de apoyo y cuidado hacia el Adulto Mayor. (100%)
	La edad media de las cuidadoras es de 46 años (ninguna de ellas supera los 60 años)
	Las cuidadoras no comparten domicilio con los A.M. (100%)
	La totalidad de las cuidadoras tiene una ocupación laboral remunerada, dedicándose al cuidado del A.M por una jornada de turnos (100%)
	La totalidad de las cuidadoras presenta colaboración de las compañeras de trabajo para el cuidado del A.M (100%)
	Según la percepción de las cuidadoras la totalidad de ellas afirma manejar conocimientos suficientes para el cuidado del A.M (100%)
	Según la percepción de las cuidadoras la mayoría de ellas manifiesta que la mayor necesidad que presentan para el cuidado del A.M son la modernización de ayudas técnicas al cuidado (34%) y mayor manejo de conocimientos en salud mental (34%).

**Fuente:** Elaboración propia por Constanza Bello, Inghert Benítez y Maricarmen Díaz. Estudiantes de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

**PERFIL CARACTERÍSTICO DE LAS Y LOS CUIDADORES/AS  
INFORMALES AL ROL QUE DESEMPEÑAN COMO CUIDADOR DE  
ADULTO MAYOR CON DEMENCIA Y/O DEMENCIA TIPO  
ALZHEIMER, PERTENECIENTES AL PROGRAMA PADAM DE LA  
FUNDACIÓN HOGAR DE CRISTO, COMUNA DE VALPARAÍSO**

<b>PERFIL CARACTERÍSTICO DE LOS/AS CUIDADORES/AS INFORMALES</b>	<b>ASPECTOS ABORDADOS</b>
	Para los/as cuidadores/as el significado que le otorgan a la demencia y/o demencia tipo Alzheimer en el A.M es la pérdida de memoria y sentimientos negativos a la enfermedad. (80% del total)
	La mayoría de los/as cuidadores/as son mujeres. (60% del total)
	La mayoría de los/as cuidadores/as presentan un Estado Civil casado/a (60% del total)
	Entre los/as cuidadores/as el 40% son cónyuges (Hombre), 40% hijas y 20% hermanas.
	La edad media de los/as cuidadores/as es de 66 años y el 80% supera los 60 años.
	En su generalidad los/as cuidadores/as comparten domicilio con el A.M (80% de total)
	La totalidad de los/as cuidadores/as no tiene una ocupación laboral remunerada, dedicándose exclusivamente a las tareas del hogar y de cuidado. (100%)
	La totalidad de los/as cuidadores/as no presenta colaboración familiar continua para sus quehaceres de cuidado al A.M. (100%)
	Según la percepción de los/as cuidadores/as la colectividad de ellos/as afirman manejar conocimientos suficientes para el cuidado del A.M. (100%)
	Según la percepción de los/as cuidadores/as la mayoría de ellos manifiesta que la mayor necesidad que presentan para el cuidado del A.M son las redes de apoyo. (60%).

**Fuente:** Elaboración propia por Constanza Bello, Inghert Benítez y Maricarmen Díaz. Estudiantes de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO CUIDADORA FORMAL**

Yo .....  
cuidadora del adulto mayor .....  
perteneciente a la Residencia Asunción de Peñablanca, estoy de acuerdo en participar libre y voluntariamente en la investigación realizada por las estudiantes de 5° año de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso en conjunto con el Programa PADAM de la Fundación Hogar de Cristo. Por lo tanto, manifiesto que he sido debidamente informada y en consecuencia autorizo dicha entrevista.

.....

Firma Jefa de Unidad  
Residencia Asunción  
Peñablanca  
Paulina Urbina

.....

Firma Cuidadora



**CONSENTIMIENTO INFORMADO CUIDADOR/A INFORMAL**

Yo .....  
cuidador/a del adulto mayor .....  
estoy de acuerdo en participar libre y voluntariamente en la investigación realizada por las estudiantes de 5° año de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso en conjunto con el Programa PADAM de la Fundación Hogar de Cristo. Por lo tanto, manifiesto que he sido debidamente informado/a y en consecuencia autorizo dicha entrevista.

.....

Firma Jefa de Unidad  
PADAM Valparaíso  
Catalina Recabarren

.....

Firma Cuidador/a

## **ENTREVISTA CUIDADORA FORMAL**

### **PREGUNTAS INTRODUCTORIAS**

1. ¿Podría decirnos, su nombre, edad, sexo, estado civil, previsión de salud y/o social, ocupación u oficio y vínculo que tiene con el adulto mayor?
2. ¿Podría decirnos qué significado tiene para Ud. la demencia y/o demencia tipo Alzheimer en el adulto mayor?

### **DIMENSIÓN PSICOLÓGICA**

3. ¿Podría comentarnos cuáles son los comportamientos/conductas más frecuentes del adulto mayor a su cargo?
4. ¿Podría comentarnos cómo ha sido su experiencia en el cuidado en el adulto mayor (buena, satisfactoria, se siente realizado/a, cansada, etc.)?
5. ¿Podría comentarnos cómo describiría Ud. sus sentimientos y emociones respecto al cuidado del adulto mayor?
6. ¿Podría decirnos, cuáles cree Ud. que son sus principales fortalezas y/o habilidades para el cuidado del adulto mayor?
7. ¿Podría decirnos, cuáles cree Ud. que son sus principales debilidades y/o dificultades en el cuidado del adulto mayor?

### **DIMENSIÓN SOCIAL**

8. ¿Podría decirnos cómo describiría Ud. la relación que mantiene con el adulto mayor a su cuidado?
9. ¿Podría describirnos, cómo Ud. administra el tiempo que destina al cuidado del adulto mayor con su vida en pareja y relaciones familiares?
10. ¿Podría describirnos, cómo Ud. administra el tiempo que destina al cuidado del adulto mayor y a sus relaciones sociales?
11. ¿Podría decirnos, cómo caracterizaría las redes de apoyo o profesionales que se le presentan a Ud. respecto al cuidado del adulto mayor?
12. ¿En actual rol que Ud. cumple en el cuidado del adulto mayor, cree que cuenta con los recursos necesarios para un buen desempeño de su función?
13. ¿Podría decirnos, si cuenta con un ambiente físico adecuado para el cuidado del adulto mayor?

## **DIMENSIÓN BIOLÓGICA**

14. ¿Podría decirnos, cómo caracterizaría Ud. su estado de salud física anterior al cuidado del adulto mayor?
15. ¿Podría decirnos, cómo caracterizaría Ud. su estado de salud física posterior al cuidado del adulto mayor?
16. ¿Podría decirnos, si Ud. cree que posee una condición física adecuada para el cuidado del adulto mayor?

## **PREGUNTAS DE CIERRE**

17. ¿Podría decirnos, si Ud. cree que maneja los conocimientos suficientes para el cuidado del adulto mayor?
18. ¿Podría relatarnos, respecto a su experiencia en el cuidado del adulto mayor cuál cree Ud. que es la mayor necesidad que presenta en este proceso (redes de apoyo, recursos económicos, etc)?
19. ¿Según su experiencia, Ud. nos podría dar algún consejo o sugerencia para las personas que se encuentran al cuidado de un adulto mayor?

## **ENTREVISTA CUIDADOR/A INFORMAL**

### **PREGUNTAS INTRODUCTORIAS**

1. ¿Podría decirnos, su nombre, edad, sexo, estado civil, previsión de salud y/o social, ocupación u oficio y vínculo que tiene con el adulto mayor?
2. ¿Podría decirnos qué significado tiene para Ud. la demencia y/o demencia tipo Alzheimer en el adulto mayor?

### **DIMENSIÓN PSICOLÓGICA**

3. ¿Podría comentarnos cuáles son los comportamientos/conductas más frecuentes del adulto mayor a su cargo?
4. ¿Podría comentarnos cómo ha sido su experiencia en el cuidado en el adulto mayor (buena, satisfactoria, se siente realizado/a, cansada, etc.)?
5. ¿Podría comentarnos cómo describiría Ud. sus sentimientos y emociones respecto al cuidado del adulto mayor?
6. ¿Podría decirnos, cuáles cree Ud. que son sus principales fortalezas y/o habilidades para el cuidado del adulto mayor?
7. ¿Podría decirnos, cuáles cree Ud. que son sus principales debilidades y/o dificultades en el cuidado del adulto mayor?

## **DIMENSIÓN SOCIAL**

8. ¿Podría decirnos cómo describiría Ud. la relación que mantiene con el adulto mayor a su cuidado?
9. ¿Podría describirnos, cómo Ud. administra el tiempo que destina al cuidado del adulto mayor con su vida en pareja y relaciones familiares?
10. ¿Podría describirnos, cómo Ud. administra el tiempo que destina al cuidado del adulto mayor y a sus relaciones sociales?
11. ¿Podría decirnos, cómo describiría Ud. la colaboración del entorno familiar respecto al cuidado del adulto mayor?
12. ¿Podría decirnos, de qué manera Ud. administra los recursos económicos asociados a los gastos necesarios al cuidado del adulto mayor?
13. ¿Podría decirnos, si cuenta con un ambiente físico adecuado para el cuidado del adulto mayor?

## **DIMENSIÓN BIOLÓGICA**

14. ¿Podría decirnos, cómo caracterizaría Ud. su estado de salud física anterior al cuidado del adulto mayor?
15. ¿Podría decirnos, cómo caracterizaría Ud. su estado de salud física posterior al cuidado del adulto mayor?
16. ¿Podría decirnos, si Ud. cree que posee una condición física adecuada para el cuidado del adulto mayor?

## **PREGUNTAS DE CIERRE**

17. ¿Podría decirnos, si Ud. cree que maneja los conocimientos suficientes para el cuidado del adulto mayor?
18. ¿Podría relatarnos, respecto a su experiencia en el cuidado del adulto mayor cuál cree Ud. que es la mayor necesidad que presenta en este proceso (redes de apoyo, recursos económicos, etc)?
19. ¿Según su experiencia, Ud. nos podría dar algún consejo o sugerencia para las personas que se encuentran al cuidado de un adulto mayor?