



**“ACTIVIDADES RECREATIVAS DE LAS CUIDADORAS PRINCIPALES
DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS PERTENECIENTES A CESFAM Y/O
CENTROS DE SALUD DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE
VALPARAÍSO. 2008”**

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Enfermería

Autores:

Ernna Hernández M.
Romina Herrera P.
Patricia Lantadilla S.
Eduardo Ramírez V.
Claudia Rivera G.
Karina Robles M.
Marcela Romo B.

Docente Guía:

Sra. Johana Vidal O.

Valparaíso 2008

Agradecimientos

Dios no manda cosas imposibles, sino que, al mandar lo que manda, te invita a hacer lo que puedas y te ayuda para que puedas. El hombre encuentra a Dios detrás de cada puerta que la ciencia logra abrir y detrás de cada puerta que abre, hay un camino de conocimientos y sabiduría por recorrer. El camino que escogimos no fue fácil, pero hemos aprendido que en la perseverancia está la dulce sensación del trabajo cumplido y la alegría del posible éxito que se logrará. Es por ello que como dijo Rainer María Rilke "Se Valiente. Lo Tienes Todo Por Delante, Y El Tiempo Pasado En Dificultades Nunca Es Tiempo Perdido"

Agradecemos infinitamente a Dios, por darnos esa valentía y la sabiduría necesaria para superar cada obstáculo presentado. También a nuestras familias y parejas por la comprensión y el apoyo constante en esta tarea. No podemos dejar de expresar nuestra gratitud a nuestra estimada profesora Johana Vidal, quien con su amplia experiencia profesional y su empatía personal nos ha guiado en este camino y ha luchado con nosotros en la superación de cada una de las pruebas que intentaron truncar la llegada a puerto de nuestra investigación. A la estadista Mónica Catalán, por su apoyo y comprensión a nuestras peticiones. A cada uno de nosotros, por la paciencia y la perseverancia, por la motivación en el trabajo, por el compromiso y el compañerismo entre todos, por el amor que cada uno expresa por nuestra profesión que hizo que esto fuese posible. Por último a los CESTAM y Centros de Salud y a las cuidadoras y sus familias por acogernos en sus hogares y facilitar la realización de esta maravillosa investigación.

*Piensa libremente, ayuda a la gente
y por lo que quieras lucha y se paciente
lleva poca carga, a nada te aferres
porque en este mundo nada es para siempre.
Búscate una estrella que sea tu guía
no hieras a nadie reparte alegría.
Celebra la vida,
que nada se guarda, que todo te brinda
celebra la vida,
segundo a segundo y todos los días.
Y vuelve a mirar y ve crecer tu deuda
con estos ángeles que han dedicado una vida entera
para poder crear una luz en la oscuridad
por tantas cosas, gracias una vez más
gracias una vez más.*

ÍNDICE DE MATERIAS

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Resumen	2
1.2 Introducción	4
1.3 Fundamentación de la Investigación	6
1.4 Delimitación del Problema	9
1.5 Definición de Términos	10
1.6 Limitaciones del Estudio	12
1.6.1 Limitaciones de Diseño	12
1.6.2 Limitaciones de Ejecución	12

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL

2.1 Marco Teórico	14
2.2 Objetivos	37
2.2.1 Objetivo General	37
2.2.2 Objetivos Específicos	37
2.3 Definición y Operacionalización de Variables	39
2.3.1 Características Biológicas y Sociales de la Cuidadora	39
2.3.2 Accesibilidad geográfica al CESFAM y/o Centro de salud	40
2.3.3 Relación de Parentesco	41
2.3.4 Actividades de Recreación	41

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Constitución y Organización del grupo de tesis	44
3.2 Tipo de Diseño de Investigación	45
3.3 Población en Estudio – Definición del Universo	45

3.4 Diseño Muestral	46
3.5 Método de Recolección de Datos	47
3.6 Descripción del Instrumento	48
3.7 Organización del Trabajo en Terreno	48
3.8 Estudio de Confiabilidad del Instrumento	49
3.9 Criterios Utilizados para el Análisis de los Datos	50
 CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
4.1 Antecedentes de la Muestra	52
4.2 Análisis Descriptivo y Explicativo de los Resultados	52
 CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones	92
5.2 Recomendaciones	96
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
 BIBLIOGRAFÍA GENERAL	
 ANEXOS	
Anexo N°1: Consentimiento informado	109
Anexo N°2: Instrumento de recolección de datos	111
Anexo N°3: Instructivo para la aplicación del instrumento	114
Anexo N°4: Estudio de confiabilidad y validez del instrumento	124

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1:	“Total de pacientes postrados”.....	45
--------------------	-------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según edad”	52
Tabla N° 2:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según estado civil”	54
Tabla N° 3:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según escolaridad”	55
Tabla N° 4:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según trabajo u ocupación”	56
Tabla N° 5:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según relación de parentesco”	57
Tabla N° 6:	“Ingreso económico global familiar de las cuidadoras de adultos mayores postrados”	59
Tabla N° 7:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según fecha del último control de salud”	60
Tabla N° 8:	“Distribución de cuidadoras de adultos mayores postrados según portación de enfermedad crónica”	60
Tabla N° 9:	“Enfermedades crónicas que portan las cuidadoras de adultos mayores postrados”	61
Tabla N° 10:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según número de cuadras al CESFAM y/o Centro de Salud”	62
Tabla N° 11:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tiempo que demora en llegar desde su casa al CESFAM y/o Centro de Salud”	64
Tabla N° 12:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados	

	según frecuencia con que va caminando y en locomoción al CESFAM y/o Centro de salud”.....	65
Tabla N° 13:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según disponibilidad de locomoción para asistir al CESFAM y/o Centro de salud”.....	66
Tabla N° 14:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de apoyo que reciben”.....	67
Tabla N° 15:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa física deportiva que realiza a la semana”.....	70
Tablas N° 16	“Relación entre la actividad recreativa física deportiva que realiza la cuidadora de adulto mayor postrado y el apoyo familiar que recibe”.....	73
Tabla N° 16.1:	“Relación de caminatas que realiza la cuidadora según apoyo familiar que recibe”.....	73
Tabla N° 16.2:	“Relación de gimnasia que realiza la cuidadora según apoyo familiar que recibe”.....	74
Tabla N° 16.3:	“Relación de aeróbica que realiza la cuidadora según apoyo familiar que recibe”.....	74
Tabla N° 16.4:	“Relación de otra actividad física deportiva según apoyo familiar que recibe”.....	75
Tabla N° 17:	“Distribución de las cuidadoras de adulto mayor postrado según tipo actividad recreativa física no deportiva que realiza al día”.....	76
Tabla N° 18:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa espiritual que realiza fuera del hogar, a la semana”.....	79

Tablas N° 19:	“Relación entre la actividad recreativa espiritual que realiza fuera del hogar la cuidadora de adulto mayor postrado y el apoyo familiar que recibe”.....	81
Tabla N° 19.1:	“Relación entre asistencia a la iglesia y apoyo familiar que recibe la cuidadora”.....	81
Tabla N° 19.2:	“Relación entre asistencia a grupo religioso y apoyo familiar que recibe la cuidadora”.....	82
Tabla N° 19.3:	“Relación entre asistencia a otros grupos de carácter espiritual y el apoyo familiar que recibe la cuidadora”.....	82
Tabla N° 20:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa espiritual que realiza dentro del hogar, al día”.....	83
Tabla N° 21:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa social comunitaria que realiza a la semana”.....	85
Tabla N° 22:	“Relación entre la actividad recreativa social comunitaria que realiza la cuidadora de adulto mayor postrado y el apoyo familiar que recibe”.....	87
Tabla N° 23:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa social familiar que realizan en número a la semana”.....	89
Tabla N° 24:	“Relación entre la actividad recreativa social familiar de efectuar visitas por parte de la cuidadora de adulto mayor postrado y el apoyo familiar que recibe”.....	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según edad”.....	53
Gráfico N° 2:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según relación de parentesco”.....	58
Gráfico N° 3:	“Enfermedades crónicas que portan las cuidadoras de adultos mayores postrados”.....	61
Gráfico N° 4:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según número de cuadras al CESFAM y/o Centro de salud”.....	63
Gráfico N° 5:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tiempo que demora en llegar desde su casa al CESFAM y/o Centro de salud”.....	64
Gráfico N° 6:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según frecuencia con que va caminando y en locomoción al CESFAM y/o Centro de salud”.....	65
Gráfico N° 7:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según apoyo que reciben”.....	69
Gráfico N° 8:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa física deportiva que realiza a la semana”.....	71
Gráfico N° 9:	“Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa física no deportiva que realiza al día”.....	78

CAPÍTULO 1:

INTRODUCCIÓN

1.1 RESUMEN

La siguiente investigación es de tipo descriptiva y pretende conocer las actividades de recreación, que realizan las mujeres, mayores de 30 años, cuidadoras principales de un familiar adulto mayor, adscrito al programa de atención domiciliaria para pacientes en situación de dependencia moderada o severa o postrado, de 11 CESFAM y/o Centros de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso, con índice de Katz G, en los meses de agosto y septiembre del año 2008.

La sobrecarga emocional, mental y las implicancias personales de asumir el cuidado que experimentan las mujeres cuidadoras han sido poco estudiadas y descritas. La cuidadora deja de lado sus intereses personales al asumir el cuidado de otro. Una de esas áreas, fundamentales para un desarrollo mental saludable, es la oportunidad de recrearse.

Para el logro de los objetivos se utilizó una muestra de 89 personas que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: Cuidador de sexo femenino; mayor de 30 años; cuidadora principal de un adulto mayor postrado; adulto mayor adscrito al programa de atención domiciliaria para pacientes en situación de dependencia moderada o severa o postrado, con Índice de Katz G y adscrito a un CESFAM y/o Centro de Salud perteneciente a la Corporación Municipal de Valparaíso. Para la recolección de los datos, se utilizó un instrumento confeccionado por los tesisistas y validado por medios estadísticos.

Todas las cuidadoras estudiadas realizan al menos una actividad recreativa, ya sea deportiva, espiritual o comunitaria, mayoritariamente dentro del hogar, debido a la imposibilidad de delegar el cuidado de su familiar postrado, pero en el momento que resulta imprescindible el realizar alguna actividad, la cuidadora cuenta con el apoyo mayoritariamente de familiares para que se hagan cargo del cuidado del adulto mayor postrado por un instante.

1.1 SUMMARY

The following research is of descriptive type and aims to know the recreational activities, which are woman, over age 30, principal caregivers of a elderly family member, registered to the program of domiciliary attention for patients in situation of moderate or severe or postrate dependence, of 11 Centers of family health and/or Center of health of Municipal Corporation of Valparaíso, with Katz G's index, in September, 2008.

The emotional, mental overload and personal implications of the experience of offer cares had been slightly studied and described. The caregiver, live aside their personal interests to take care of another. On of those areas, fundamental for a healthy mental development is an opportunity to recreate itself.

To achieve the objectives we used a sample of 89 people who presented the following inclusion criterions: Female caregiver, over age 30, principal caregiver of a elderly postrate, registered to the program of domiciliary attention for patients in situation of moderate or severe or postrate dependence with Katz G's index and inscribed to the Center of family health and/or Center of health of Municipal Corporation of Valparaíso. For the data compilation, we used a instrument made by students and validated by statistical means.

All the caregivers studied realize at least a recreational activity of sport type, or spiritual community, mostly within the home, due to the inability to delegate the care of his elderly family, but in the moment it is essential to perform some activity, caregiver is supported mostly by family members to take load of caring the elderly family for a moment.

1.2 INTRODUCCIÓN

La investigación, es una de las áreas menos desarrolladas por los profesionales de enfermería. La formación académica y práctica que se imparte en las escuelas de enfermería, les permite a los profesionales poder desarrollar investigaciones en diferentes áreas del desarrollo humano, todas ellas ligadas a la salud de éstos, lo que provee una valiosa fuente de conocimientos teóricos para la disciplina, que al mismo tiempo, pueden ser utilizadas por otras áreas profesionales.

En nuestro país, la enfermería ha experimentado un sostenido aumento de profesionales, los cuales tienen la ventaja de poder desempeñarse en diversas áreas de la salud y poder observar los diferentes fenómenos que se presentan en la población. Uno de éstos, y muy relevante en las últimas décadas ha sido el evidente envejecimiento poblacional.

En la población chilena, los adultos mayores son una preocupación social y de forma especial para los profesionales de la salud. Al llegar a ésta etapa, encontramos que éstos no sólo sufren los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, sino que a éstos se le suman numerosas enfermedades, principalmente crónicas no transmisibles, que hacen a los adultos mayores más dependientes en algunas tareas. Esta dependencia puede llegar incluso a dejar al adulto mayor completamente incapacitado y llevarlo a la situación de postración, haciendo necesario otorgar cuidados completos en el domicilio. Generalmente, estos cuidados son proporcionados por la familia, en su mayoría mujeres, por tener implícito en su género la labor de cuidar. Estas mujeres muchas veces no cuentan con los conocimientos necesarios y habilidades para el manejo de sus familiares, generando en ellas y en el resto de la familia, una situación agobiante y de estrés. Pero tan importante como la calidad del cuidado que brinda la cuidadora a su familiar postrado, es el autocuidado que se brinda la cuidadora.

Dorothea Orem, define autocuidado como la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados

periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar con el desarrollo personal y su bienestar. Si la cuidadora lleva a cabo un autocuidado, podrá desarrollar su labor de cuidado de manera más saludable y satisfactoria.

La sobrecarga emocional y las implicancias personales de asumir el cuidado que experimentan las mujeres cuidadoras han sido poco estudiadas y descritas. La cuidadora deja de lado sus intereses personales al asumir el cuidado de otro. Una de esas áreas, fundamentales para un desarrollo mental saludable, es la oportunidad de recrearse. Es por esto, que decidimos realizar nuestra investigación en este grupo de mujeres con respecto a sus actividades recreativas para proporcionar una base de conocimientos útiles para enfermería, en cuanto al cuidador informal, utilizando las teorías ya cimentadas dentro de la disciplina enfermera.

1.3 FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- El envejecimiento mundial de la población es hoy día un hecho indiscutible, se incrementa cada día más, llegando a una “cifra de 600 millones de personas mayores de 60 años, correspondiendo a un 10% de la población mundial actual”¹.
- “En América latina y el caribe, el envejecimiento es un proceso generalizado, pues en todos los países, se incrementará desde un 8% de adultos mayores en el año 2000 a un 14,1% en el año 2025”².
- En Chile, “el grupo etéreo correspondiente a los mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo con respecto al total de habitantes, alcanzando un 11,4% con 1.717.478 de personas en esta etapa de vida. De este total destaca el grupo de personas mayores de 80 años, los que alcanzan el 14.7% con 250.840 personas”³. “Chile se encuentra dentro de los países en transición demográfica avanzada, es por esto que será uno de los primeros en enfrentarse a desafíos sociales y económicos”⁴.
- “La esperanza de vida al nacer en Chile es hoy día de 77,36 años (74,42 años para los hombres y 80,41 años para las mujeres)”⁵.
- Nuestra región, Valparaíso, es la ciudad que cuenta con más adultos mayores, alcanzando un “13,94%, siendo la zona que experimenta el envejecimiento más acelerado del país”⁶.
- “En América Latina, se estima que para el 2050, alrededor del 16% de los hogares tendrán al menos un adulto mayor que requiera cuidados a largo plazo”⁷.
- “En Chile, el 30% del total de hogares, es decir, 1.235.334 incluye entre sus miembros un familiar adulto mayor”⁸.

¹ ASHFORD, L. Datos a destacar de la población mundial en el año 2004.

² II ASAMBLEA MUNDIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, Envejecimiento. 2002

³ ALBALA C. y Colbs. Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial. 2007

⁴ II ASAMBLEA MUNDIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, Envejecimiento. 2002

⁵ INE. Estadísticas en salud. 2002

⁶ Idem

⁷ AGUILERA, N. y HUERTA J. Cuidados de Largo Plazo para el Adulto Mayor en América .CISS-CIESS. 2005

- Durante el proceso del envejecimiento se observa una disminución de la funcionalidad, pudiendo provocar una situación de dependencia, la cual en nuestro país “alcanza el 24,3% de la población bajo control en la atención primaria de salud. De ésta, 3,3% corresponden a adultos mayores en situación de postración”⁹.
- “En nuestro país, el 86% del cuidado informal se dirige hacia la ayuda o suplencia en las actividades de la vida diaria”¹⁰.
- La familia es en donde recae en forma prioritaria el cuidado de los adultos mayores dependientes, asumiendo y responsabilizándose por éste. “Actualmente, la política nacional para el adulto mayor afirma que, parte importante de esta problemática debe ser resuelta por la propia comunidad y muy especialmente al interior de la familia, la cual debe ser apoyada y guiada en esta tarea por toda la sociedad”¹¹.
- De los integrantes del núcleo familiar, quien asume principalmente el cuidado del adulto mayor postrado, es la mujer, que generalmente es hija o cónyuge del paciente postrado. A nivel nacional, las cuidadoras corresponden en un “82.9% a familiares, de éstas un 64.3% son hijos/as, 15.7% esposos/as y 2.9% hermanos. De éstos, el 84.3% son de sexo femenino”¹².
- Estudios a nivel nacional demuestran que “de un total de 148 mujeres en etapa perimenopáusica, la realización de actividades de distracción como una instancia de apoyo al funcionamiento normal, alcanza un 29,7%”¹³.

⁸ ALBALA C. y Colbs. Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial. 2007

⁹ ÁVILA C. Situación Epidemiológica del Adulto Mayor en Chile, Perfil Epidemiológico de Chile Actual. 2007

¹⁰ AGUILERA, N. y HUERTA J. Cuidados de Largo Plazo para el Adulto Mayor en América .CISS-CIESS. 2005

¹¹ ALBALA C. y Colbs. Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial. 2007

¹² VILLALOBOS A. y Colaboradores. Norma de cuidados domiciliarios de personas que sufren de discapacidad severa. 2006

¹³ BASTÍAS ARRIAGADA E. y SANHUEZA ALVARADO O. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción, Chile 2004

- Las mujeres cuidadoras, al asumir la responsabilidad del cuidado, ven afectadas múltiples áreas de su vida, postergando sus propias actividades y sobre todo su autocuidado. “La cuidadora no tiene habitualmente actividades de ocio si no es con el enfermo. Esto es más frecuente en las mujeres, precisamente por la consideración social de que es su obligación cuidar a sus familiares enfermos”¹⁴.
- El ejercicio del rol de cuidadora, sumado a los múltiples roles que debe cumplir una mujer en la sociedad puede provocar una situación des estrés y desencadenar una sobrecarga a nivel biopsicosocial. “Se llama carga del cuidador al conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de personas dependientes y que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal”¹⁵.
- Los costos físicos y económicos que acarrea el cuidado de una persona, en especial postrada, son evidentes y ampliamente descritos por la literatura, pero, ¿Qué se ha hablado acerca del autocuidado de los cuidadores? Muy poco. ¿Qué sucede con sus proyectos de vida y realizaciones personales?, y principalmente, ¿Qué hace el cuidador para poder mantener un bienestar psicoemocional adecuado que le permita llevar a cabo su labor de cuidado de manera saludable? y finalmente, el cuidador ¿Canaliza energías en otras actividades que le provoquen un bienestar y placer personal y que le permitan recrearse y a la vez sean una herramienta de promoción del autocuidado?
- Por lo anterior, enfermería tiene un gran desafío, que se apoya en las políticas de salud del país, que priorizan la atención primaria y la promoción de estilos de vida saludable de la población. El cuidado familiar, realizado como opción y bien apoyado por los entes técnicos y profesionales correspondientes, significa un rescate de los valores del amor y la reciprocidad dentro de la familia.

¹⁴ REDERO H. Las dificultades de las familias cuidadoras de afectados de enfermedades neuromusculares graves.

¹⁵ BARBOSA W. La actividad física como soporte biopsicosocial en un grupo de mujeres cuidadoras informales de ancianos dependientes. 2007

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

“Actividades de recreación que realizan las mujeres mayores de 30 años, cuidadoras principales de un familiar adulto mayor, adscrito al programa de atención domiciliaria para pacientes en situación de dependencia moderada o severa o postrado de 11 CESFAM y/o Centros de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso, cuya clasificación según índice de Katz es G, durante los meses de agosto y septiembre de 2008”.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Actividades de Recreación:

Actividades voluntarias que realiza la cuidadora con el fin de apartar la atención del cuidado del adulto mayor, obteniendo de esta manera un beneficio propio, tanto biológico como psíquico.

Adulto Mayor:

Persona mayor de 65 años que presenta un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales.

Centro de Salud:

Establecimiento que atiende a la comunidad y cuyo propósito es contribuir con actividades de prevención y promoción de la salud en la población beneficiaria del sector público.

Centro de Salud Familiar:

Establecimiento que recoge los planteamientos de la salud familiar y su paradigma biopsicosocial, organizándose en torno a las familias beneficiarias del sector público, que pertenecen a una misma unidad geográfica, que tienen características similares y que son atendidas por un equipo multidisciplinario de salud, el cual se hace responsable de la calidad de la atención en actividades de prevención y promoción.

Cuidador:

Persona encargada de cuidar a otros que, por su estado de salud, o por la presencia de una discapacidad, tienen alguna limitación para cuidarse a sí mismo.

Cuidadora Principal Familiar:

Cuidadora que permanece la mayor parte del tiempo al cuidado del adulto mayor postrado. Es quien posee un vínculo afectivo con la persona que se encuentra imposibilitada de llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria y que proporciona un

cuidado sin tener la suficiente información para abordar las situaciones que se presentan a diario, lo cual dificulta su labor e incrementa los niveles de estrés.

Índice de Katz G:

Adulto mayor dependiente en las 6 funciones básicas de la vida diaria: bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, continencia y alimentación.

Paciente Postrado:

Persona que requiere de apoyo, guía y supervisión parcial o total en las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, uso del wc, trasladarse, alimentarse, entre otros.

Programa de Atención Domiciliaria para pacientes en situación de dependencia moderada o severa o postrados:

Programa perteneciente al Ministerio de Salud que tiene como objetivo mejorar el cuidado y la calidad de vida de las personas con postración severa y/o con pérdida de autonomía y de su entorno familiar, apoyando particularmente a los cuidadores familiares.

1.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

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

1.6.1 Limitaciones de Diseño

Escasa disponibilidad de fuentes bibliográficas primarias de teóricos de enfermería que ayudaran al sustento del marco teórico.

1.6.2 Limitaciones de Ejecución

- Dificil acceso geográfico a los domicilios de las cuidadoras de adultos mayores postrados.
- Falta de actualización de las fichas de los pacientes postrados en base a: Fallecimientos de los adultos mayores postrados y/o de cuidadoras, e información incorrecta de cuidador principal, encontrándose, en algunos casos, cuidadoras formales.
- Inadecuada categorización de los pacientes según índice de Katz, considerando, en algunos casos, pacientes en situación de dependencia severa sólo por el difícil acceso geográfico a los domicilios.

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL

2.1 MARCO TEÓRICO

La población mundial está envejeciendo progresivamente como consecuencia de las mayores expectativas de vida, la disminución de la tasa de natalidad y mortalidad. Esto ha dado al fenómeno del envejecimiento una gran importancia, constituyéndose la situación del adulto mayor, en un tema relevante y emergente de la sociedad actual.

2.1.1 Aspectos Demográficos.

En nuestro país, se puede observar que la natalidad ha tenido una disminución desde 21,7 nacidos vivos por cada mil habitantes en el año 1992 a 16,1 en el año 2002, mientras que la tasa de mortalidad se ha mantenido estable, entre 5,5 defunciones por cada mil habitantes en el año 1992 y 5,2 defunciones en el año 2002, lo que produce que Chile se encuentre en una etapa de transición hacia el envejecimiento.

La población mayor de 64 años fue 5,8% en el año 1982, aumentando en el 2002 a un 8,05%. En 1930 la expectativa de vida era 45 años; en 1998, 75 años y según la proyección al 2010, alcanzaría los 78,45 años, siendo la expectativa de vida mayor en mujeres (81,53 años) que en hombres (75,49 años). En el año 2004, la tasa de mortalidad para el rango etáreo entre 45 a 64 años fue 7,1 por mil habitantes en hombres y 3,9 por mil habitantes en mujeres. En el grupo de 65 a 79 años la cifra aumentó a 37,3 en hombres y 22,1 en mujeres.

2.1.2 Características Epidemiológicas del Adulto Mayor

Las dificultades de salud de los adultos mayores están asociadas a los procesos de cambio del organismo, que se manifiestan en lentitud de reacciones, modificaciones de las funciones motoras y de los sentidos, pérdida de la energía y disminución de las defensas frente a las enfermedades. Estos cambios hacen que este grupo etáreo sea más vulnerable y que tenga una mayor propensión a las enfermedades y accidentes, con consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Todo lo anteriormente señalado, genera

una disminución de la funcionalidad de los adultos mayores, entendiéndose ésta como “la capacidad de los sujetos para realizar las actividades de la vida diaria”¹⁶.

“En cuanto a la funcionalidad del adulto mayor, la población de éstos bajo control en la atención primaria es 541.026 personas en todo el país, de los cuales, 42,8% son autovalentes; 29,4%, con riesgo; 24,3%, dependientes y 3,3%, postrados. 88,4% de los pacientes postrados eran mayores de 70 años”¹⁷.

Debido al gran número de adultos mayores existentes en Chile y siendo casi una cuarta parte de éstos dependientes, se necesita abordar el tema del envejecimiento desde distintas perspectivas, donde la familia tiene un rol principal, debido a que estos adultos mayores necesitan de supervisión y cuidados permanentes que por lo general son otorgados por familiares.

2.1.3 La familia como núcleo primario de la sociedad.

Se entiende como familia a un “sistema social, compuesto por dos o más individuos con un fuerte compromiso emocional y que viven dentro de un hogar común”¹⁸. En ella, el hombre desarrolla múltiples potencialidades y capacidades que lo preparan para la interacción con el medio social, adquiriendo entonces un valor importante en la socialización de los individuos, a través de la formación de lazos y afectos.

2.1.3.1 Tipos de familia

La familia es la unidad básica de la sociedad y se da en los distintos sistemas sociales, culturales, jurídicos y políticos. El término “familia” no sólo se refiere a

¹⁶ PINEDO V, CHÁVEZ H, GÁLVEZ M, MÉNDEZ F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. 2005

¹⁷ ÁVILA C. Situación Epidemiológica del Adulto Mayor en Chile, Perfil Epidemiológico de Chile Actual. 2007

¹⁸ HALL, JOANNE Y REDDING, BARBARA. Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de sistemas. 1999

personas vinculadas por matrimonio o parentesco, o a personas que tienen antecesores comunes, sino que también a personas vinculadas fuertemente desde el punto de vista emocional a otra persona.

La familia se puede clasificar de diferentes tipos:

- Familia según composición:

Familia nuclear

Compuesta por los padres y sus hijos solteros. Dentro de la familia nuclear se diferencia la nuclear simple, que es la integrada por una pareja sin hijos; la biparental que está integrada por el padre, madre con uno o más hijos solteros; y la monoparental, que está integrada por uno de los padres, con uno o más hijos.

Familia extensa o extendida

Compuesta por los padres y sus hijos solteros y allegados. Se distinguen: Familia extensa simple, integrada por una pareja sin hijos y por otro miembro pariente o no pariente; la familia extensa biparental, integrada por padre, madre, con uno o más hijos y por otros parientes; la familia extensa monoparental, integrada por uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos, más otros miembros o parientes; y la familia extensa ampliada o compuesta, que está integrada por la pareja, por uno de los miembros de esta, con uno o más hijos, con parientes o no parientes.

- Según la pertenencia del individuo:

- *Familia de origen*: La familia a la cual pertenecemos por ser hijos.

- *Familia de Procreación*: La familia que formamos al constituir un hogar.

- Según tipo de parentesco:

- *Familia conyugal*: Aquella familia de la pareja.

- *Familia Consanguínea*: Aquella familia que se constituye por lazos de sangre.

2.1.3.2 Funciones de la familia

Implican un sistema de relaciones sociales y una estructura en base a un sistema de normas y valores que están orientados para el cumplimiento de las funciones. Dentro de las más importantes se distinguen las siguientes:

Función Biológica

La familia es la encargada de la nutrición, la crianza y de la protección de la salud de sus integrantes, dando prioridad a la formación del vínculo entre madre e hijo con la lactancia materna y entre los diferentes integrantes de la familia a lo largo de todo el ciclo vital.

Función Económica

Comprende la necesidad de un ingreso monetario familiar que permita la adquisición de diferentes bienes, destinados a la satisfacción de las necesidades, tanto básicas como de autorrealización.

Función Psicológica

Comprende el aprendizaje de formas de expresión de sentimientos y emociones, y la adquisición de mecanismos de afrontamiento a problemas. Al mismo tiempo se debe brindar seguridad y apoyo a cada uno de los integrantes de la familia.

Función Sociocultural

Ésta comprende la necesidad de que los individuos aprendan los códigos de la comunicación y hábitos básicos para insertarse en su sociedad, de manera que puedan desarrollarse con éxito en ésta.

A través del cumplimiento de las funciones, la familia se convierte en el principal proveedor de cuidados a lo largo de todo el ciclo vital. En nuestro país, las familias asumen el cuidado de sus familiares adultos mayores dependientes, por lo tanto, se hace

indispensable la entrega de herramientas para la provisión de los cuidados que son otorgados al interior del hogar.

2.1.4 Programa de atención domiciliaria para pacientes en situación de dependencia moderada o severa o postrados

El cuidado humanizado de las personas con dependencia severa constituye una de las tareas sociales pendientes más urgentes. En este sentido la iniciativa de entregar un apoyo a familias que cuidan, viene a constituir un punto esencial, en donde se incorporan acciones de promoción, prevención, de recuperación y rehabilitación destinadas a las personas ingresadas en el programa.

Para el desarrollo del programa, se creó la medida 6b, la cual apunta a dar apoyo a personas que sufren de dependencia severa y son cuidados por sus familias. El objetivo de esta medida es mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada (siendo aquella que requiere de apoyo, guía y supervisión total en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, continencia de esfínteres y alimentarse) y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador/a, impidiendo de este modo la institucionalización. La medida incluye la atención domiciliaria por el equipo de salud del consultorio; capacitación y apoyo comunitario a la cuidadora; y apoyo monetario a las personas postradas que califican como pobres o indigentes, según Ficha CAS, y son cuidados por sus familias, cuyo valor es de \$20.000, el cual es pagado a la familia cuidadora.

2.1.4.1 Actividades del equipo de salud de APS

1. Primera visita domiciliaria por enfermera en la cual se diagnostica la funcionalidad a través del Índice de Katz, se aplica ficha de ingreso, se abre un tarjetón de seguimiento y se elabora un plan de cuidados para la cuidadora.

2. Visita domiciliaria mensual del Técnico Paramédico, el cual verifica el cumplimiento de indicaciones y los criterios de continuidad del estipendio, realiza procedimientos que estén indicados y refuerza la educación a la cuidadora.
3. Cuatro visitas domiciliarias anuales por enfermera en las cuales se realizan ajustes del plan de cuidados de la cuidadora, se efectúan procedimientos de enfermería, se entrega ayudas técnicas como silla de ruedas, colchón, cojín antiescaras y se realiza capacitación en el uso de éstas.
4. Dos visitas domiciliarias anuales por kinesiólogo para realizar diagnóstico e intervención de la movilidad y de la postura del paciente postrado, además se otorga apoyo a la cuidadora en la prevención de enfermedades causadas por sobre esfuerzo físico.
5. Seis sesiones de capacitación para cuidadores realizadas por enfermera.
6. Pago de subsidio a aquellas familias que cumplan con los criterios de inclusión biomédico y socioeconómico.
7. Incorporación de recursos comunitarios: Voluntarios, monitores, ONGs u otros, que puedan apoyar la creación de redes.

Dentro de las actividades que se realizan para incluir y clasificar a los pacientes en el programa de postrados es la evaluación a través del Índice de Katz, el cual sólo valora las actividades básicas del diario vivir.

2.1.5 Índice de Katz

El índice de Katz se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones sociobiológicas. Su carácter jerárquico permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. Valora las actividades de la vida diaria, proporcionando un índice de autonomía-dependencia. Estos seis ítems están organizados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la

independencia para realizarlos, lo cual refleja una organización primaria biosocial del individuo, independiente de influencias externas como el aprendizaje y el entorno cultural.

Los ítems a evaluar son: Alimentación, continencia, vestirse, traslados, uso del inodoro y bañarse. A la escala se le otorga puntuación, de modo que el paciente puede ser finalmente clasificado en 7 grupos, los cuales son:

- A.** Independiente para comer, contener esfínteres, levantarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.
 - B.** Independiente para todas estas funciones excepto una.
 - C.** Independiente para todas, excepto bañarse y una función adicional.
 - D.** Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.
 - E.** Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio y una función adicional.
 - F.** Independiente para todas, excepto bañarse, ir al servicio, levantarse y una función adicional.
 - G.** Dependiente en las seis funciones.
- Otros:** Dependiente en, al menos, dos funciones, pero no clasificable como C, D, E ó F.

Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica, y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mínima supervisión de la actividad por otro.

En base a la clasificación obtenida a través del índice de Katz, será la complejidad de los cuidados requeridos por la persona en situación de dependencia. Este cuidado, visto desde el punto de vista familiar, debe ser apoyado y entendido por todos sus miembros como una necesidad sentida y no como una obligación.

2.1.6 Cuidado

“Cuidar y recibir cuidado enriquece la manera de ser, de mirar, de pensar, de compartir y participar con el otro, y la de vivir la experiencia que permite al mismo tiempo un conocimiento más profundo de sí mismo y de los demás”¹⁹.

Cuidar es una acción humana que tiene un elemento no profesional; sin embargo, se entiende como la esencia de la enfermería profesional. Desde este punto de vista, cuidar es un acto terapéutico basado en un compromiso expresivo que debe ser recíproco.

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

Las principales características del cuidado de las personas mayores son:

- Que sienten que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están resueltas.
- Implica una dedicación importante de tiempo y energía.
- Conlleva tareas que pueden no ser cómodas y agradables.
- Suele darse más de lo que se recibe.
- Es una actividad que normalmente no se ha previsto ni preparado previamente.

Para enfermería el cuidado es la esencia de la profesión, siendo importante para los profesionales la entrega de conocimientos básicos a familias, en especial a aquellas que brindan cuidados a personas postradas en el domicilio.

2.1.6.1 Cuidado domiciliario

Es el cuidado realizado en el hogar y corresponde a un conjunto de acciones que se realizan en diferentes períodos de tiempo. Generalmente se dan situaciones como:

- Una muestra de gratitud y cariño, sin tener en algunos casos los conocimientos para realizarlos.

¹⁹ MORENO, M. Cómo cuidar a un enfermo en casa. 2005

- El cuidado proporcionado por los profesionales encuentra en la familia un soporte para poder otorgarlo.
- Cuando se requieren cuidados continuos, la mayoría de las veces pueden ser orientados y coordinados por el personal de salud.

2.1.7 El Cuidador

Es la persona responsable de cuidar a otros que, por su estado de salud tienen alguna limitación para cuidarse a sí mismos, donde la cantidad de ayuda depende del grado de limitación tanto física como psicológica.

El cuidador generalmente no tiene la capacitación suficiente para afrontar las situaciones que se presentan, lo que dificulta su función e incrementa su nivel de estrés.

No resulta fácil para ninguna persona enfrentarse al hecho de que alguien cercano depende de ella, y que requiera de su supervisión casi constante para sobrevivir, debiendo dedicar gran cantidad de tiempo, esfuerzo y recursos a esta nueva actividad, siendo de suma importancia que el cuidador se adapte a este nuevo rol, puesto que influye en el cómo prestarán los cuidados y en el cómo se sentirán emocionalmente.

“El proceso de ajuste a la nueva situación suele llevar asociadas tensiones y dificultades que harán necesario el empleo de adecuadas habilidades de afrontamiento, tanto por parte de los cuidadores como de la persona mayor dependiente”²⁰.

2.1.7.1 Cuidador Informal

Son personas que se responsabilizan de los cuidados de quienes requieren asistencia para satisfacer sus necesidades, sin haber recibido una capacitación previa.

²⁰ BARRERA L, DUARTE C. Significado que el gerontocuidador no profesional da al cuidado del adulto mayor en el hogar. 2008

El cuidador informal generalmente tiene con el enfermo un parentesco asociado, entendiéndose éste como una estructura de roles y relaciones basados en lazos de sangre (consanguineidad) y de matrimonio (afinidad) que liga a los hombres, mujeres, niños dentro de un todo organizado.

El acto de cuidar implica aprender tareas para otorgar cuidados correctos a la persona, y el asumir nuevos compromisos, ya que debe desarrollar algunas de las funciones que realizaba el enfermo y adaptarse a un estilo de vida distinto.

En la mayoría de los casos son las mujeres quienes asumen el rol de cuidadoras, y se encuentran en la edad entre 45 y 65 años, las cuales adquieren una gran carga física y emocional, pues se responsabilizan de la vida del enfermo.

2.1.7.2 La mujer como principal proveedora de cuidados a los adultos mayores

Las protagonistas de la entrega de cuidados familiares de larga duración son mayoritariamente mujeres, siendo éstas hijas o cónyuges, quienes se encargan de brindar afecto y apoyo emocional, cuidados durante la enfermedad y/o incapacidad.

“La asistencia por parte de los hijos se percibe desde la perspectiva de una esperada reciprocidad, como retribución de las funciones de crianza llevadas a cabo por los progenitores y fundamentada en el amor filial. Es más, el apoyo filial gira en torno a la pauta cultural de interdependencia familiar, que implica una concepción de la vida fundamentada en la premisa de que el individuo no es capaz de hacer todas las cosas ni de hacerlas todas bien y que, por lo tanto, ha de depender de la asistencia de otros”²¹.

En el caso de madres viudas o incapacitadas, las expectativas de asistencia por parte de las hijas son mayores. Las adultas mayores perciben a sus hijas como más comprensivas, confiables y mejor capacitadas que sus hijos para ayudarles en sus

²¹ SÁNCHEZ A. La Mujer Como Proveedora Principal de Apoyo a los Ancianos: El Caso de Puerto Rico. 2008

problemas. En el caso de que no hubiera descendencia femenina, las funciones entorno al cuidado las llevan a cabo las nueras.

2.1.7.3 Concepto de carga de la cuidadora y factores asociados

Se denomina carga de la cuidadora al conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan las cuidadoras de personas postradas y que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, intimidad y equilibrio emocional.

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

La sobrecarga que experimenta la cuidadora puede causar importantes trastornos psicológicos, que se detectan cuando alguno de los síntomas se agudiza, siendo éstos: Agresividad, gran tensión, aislamiento progresivo, depresión, cansancio, ansiedad. A estos trastornos, se suman algunos sentimientos, como: Pena, culpa, enojo, rabia, vergüenza, impotencia, inseguridad, frustración y resentimiento.

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

Sumado a la labor de otorgar cuidados, una de las tareas más estresantes para la mujer es el trabajo que realiza como dueña de casa. “El 41,7% de éstas manifiesta sentir

altos niveles de estrés”²². El estrés, generalmente ligado a labores remuneradas que exigen un alto nivel de competencia y autoexigencia laboral, también está relacionado a las tareas de la dueña de casa.

Ser dueña de casa implica una tarea de 24 horas, supone un esfuerzo físico, exposición a múltiples riesgos, y sobrecarga emocional, sentimientos de inutilidad por no aportar con recursos monetarios y percepción de desvalorización de su trabajo. Además, la labor como dueña de casa incrementa su responsabilidad y carga al estar fuertemente unida al rol de madre, de crianza de los hijos y de pareja. Debido al ejercicio de este último rol, es importante considerar el estado civil, ya que nos permite identificar una de las fuentes de apoyo, ya sea esposo o conviviente, con el que puede contar la cuidadora en caso de aumento de la carga.

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

2.1.7.4 Fases de adaptación a la situación del cuidado

Fase 1: Negación o falta de conciencia del problema

En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Esta fase es, normalmente, temporal.

Fase 2: Búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles

A medida que la persona que proporciona los cuidados va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta de que la enfermedad de su familiar no sólo va a influir en la vida de éste, sino que también va a alterar su propia

²² SANHUEZA J. Las dueñas de casa son el grupo de más alto riesgo. 2008

vida y la de las personas que le rodean. En esta fase, los cuidadores suelen comenzar a buscar información para aprender lo máximo acerca del trastorno que sufre su familiar y sobre sus posibles causas.

En este momento son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de "malestar" por la injusticia que supone el que les haya "tocado" a ellos vivir esa situación. El enojo es una respuesta humana completamente normal en situaciones de pérdida del control de la propia vida y sus circunstancias.

Fase 3: Reorganización

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

Fase 4: Resolución

En esta fase, los cuidadores son más capaces de manejar con éxito las demandas de la situación, siendo más diestros en la expresión de sus emociones, especialmente de tristeza y pena.

Debido a que un alto porcentaje de las personas que proporcionan cuidados a los adultos mayores postrados corresponden a mujeres, es fundamental conocer la etapa de desarrollo psicosocial y de ciclo vital en que éstas se encuentran, pues muchas de ellas deben postergar su desarrollo, no cumpliendo con las tareas planteadas para cada etapa.

2.1.8 Teoría Psicosocial Erikson

En ella se describen ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales en los cuales se desarrollan crisis o conflictos en el desarrollo de la vida, a las cuales han de enfrentarse las personas. Las cuidadoras pueden encontrarse en las siguientes etapas:

Etapa: Intimidad frente a aislamiento (de los 21 a 40 años aproximadamente).

En la adultez temprana, las personas comienzan a relacionarse más íntimamente con los demás. Exploran relaciones que conducen hacia compromisos más largos con alguien que no es un miembro de la familia. Completar con acierto esta etapa puede conducir a relaciones satisfactorias y aportar una sensación de compromiso, seguridad y preocupación por el otro dentro de una relación. Se atribuyen dos virtudes a la persona que se ha enfrentado con éxito a esta etapa: afiliación (formación de amistades) y amor (interés profundo en otra persona). Por otra parte, el evitar la intimidad, temiendo el compromiso y las relaciones, puede conducir al aislamiento, a la soledad, y a veces a la depresión.

Etapa 7: Generatividad frente a estancamiento (de los 40 a 60 años aproximadamente).

Durante la edad adulta media, se establecen las carreras, una relación, se comienza a formar la propia familia y se desarrolla una sensación de ser parte de algo más amplio. Se aporta algo a la sociedad al criar a los hijos, se es productivo en el trabajo y se participa en las actividades de la comunidad. Si no se alcanzan estos objetivos, las personas se quedan con la sensación de no ser productivos lo que da lugar a un empobrecimiento personal y el sentir que la vida es monótona y vacía.

Etapa 8: Integridad frente a desesperación (desde los 60 años hasta la muerte).

Mientras se envejece y se jubila, se tiende a disminuir la productividad y se explora la vida como personas jubiladas. Durante este periodo se contemplan los logros y se desarrolla la integridad si se considera que se ha llevado una vida acertada. Si se ven las vidas como improductivas, se siente culpabilidad por las acciones pasadas, o se

considera que no se lograron las metas, se siente un descontento con la vida, apareciendo la desesperación, que a menudo da lugar a depresión.

Al mismo tiempo que la persona enfrenta las diferentes tareas evolutivas psicosociales, viven el proceso de crecimiento y desarrollo a través de todo su ciclo vital, el cual se inicia con la etapa de recién nacido, seguida por las de lactante, pre escolar, escolar, adolescente, adulto joven, adulto medio, finalizando con la etapa de adulto mayor.

2.1.9 Ciclo vital de la mujer

Las cuidadoras pueden encontrarse en las siguientes etapas:

Etapa de adultez joven

Abarca desde los 20 hasta los 40 años. En la adultez joven la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su mejor momento. Los sistemas tienen en esta edad una notable capacidad compensatoria, así el adulto joven es capaz de conservar la salud en forma casi continua, por esta razón presentan poca o ninguna preocupación por su salud. A pesar de que en esta etapa las características físicas alcanzan su plenitud, se debe considerar que alrededor de los 30 años empiezan a declinar algunas capacidades.

Etapa de adultez media

La etapa comprende entre los 40-45 y 60-65 años. Es aquella donde se evidencia con claridad el proceso de envejecimiento, manifestándose a través del desgaste de los tejidos, dolor y molestias, baja necesidad de ingesta calórica, disminución de la fuerza y rapidez de reacción y tiempo con que funcionaban habitualmente los músculos. En el sistema óseo, comienzan a evidenciarse descalcificaciones. Se presenta la menopausia y el climaterio, siendo este último una etapa de transición en la vida de la mujer caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales. Es una etapa dinámica marcada por la repercusión de los cambios hormonales, principalmente por la paulatina disminución de los estrógenos. Los síntomas de las mujeres menores de 50 años más

frecuentes son: Depresión, problemas para dormir y disminución del deseo sexual. Es importante destacar que en estas mujeres, puesto que están en plena etapa de actividad y realización, se encuentra la mayor cantidad de problemas de autoestima y síntomas depresivos. En cambio, los síntomas de mujeres mayores de 50 años son: Sudoración, bochornos, problemas para dormir, entre otros.

Etapa de adultez mayor

Comprende de los 65 años en adelante. “El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo”²³. Es un proceso *universal*: Alcanza a todos los individuos; *es intrínseco*: Genéticamente programado; *es progresivo*: Comienza prácticamente desde el nacimiento; y *es deletéreo* ya que inevitablemente termina con la muerte.

Debido a lo anterior, es necesario que las profesiones del área de la salud dirijan sus esfuerzos hacia el desarrollo de modelos de cuidados que satisfagan las necesidades de esta población tendiente al envejecimiento.

2.1.10 Enfermería como ciencia, arte y disciplina.

Antiguamente, la enfermería sólo era considerada una ciencia práctica, no tomando en cuenta que estaba basada en un cuerpo de conocimientos propios. Hoy en día, la consolidación de la ciencia de enfermería es un hecho y se orienta principalmente a conocer la realidad para poder intervenir en ella con el propósito final de mejorar las condiciones de salud de las personas.

²³ ARBELO, A.C. HERNANDEZ R.G. El Anciano Enfermo.

La enfermería es una ciencia, un arte y una disciplina. Una ciencia, ya que se basa en conocimientos biológicos y psicosociales; un arte, debido a la utilización de técnicas ya sea instrumentales o bien de relaciones interpersonales; y una disciplina, porque tiene como base un marco teórico propio, modelos, teorías y código de ética.

Fue Florence Nightingale quien dio inicio a la enfermería profesional a fines del siglo XIX. Posterior a ella una serie de profesionales de enfermería publicaron sus modelos y teorías, todas ellas dando su visión de una forma teórica y formal, sobre el quehacer de la enfermería profesional.

Donalson y Crowley (1978) describen la ciencia de la enfermería como aquella que “estudia la globalidad o la salud de los seres humanos reconociendo que están en interacción continua con sus entornos”²⁴; por su parte Meils enuncia que “en una situación de salud/enfermedad, la enfermera interactúa con un ser humano, parte integrante de su contexto sociocultural, que se encuentra en una transición o que anticipa una transición. Las interacciones enfermera/cliente están organizadas alrededor de un objetivo (gestión clínica, resolución de problemas, evaluación holística) y la enfermera utiliza alguna acción terapéutica (en cuidados de enfermería) para mejorar, facilitar y fomentar la salud”²⁵. Por lo mencionado por estos autores, la enfermera, más allá de sus habilidades técnicas, debe poner en práctica habilidades que le ayuden a intervenir en los aspectos psicosociales del individuo.

Los desafíos profesionales son múltiples. Uno de ellos es seguir aumentando el cuerpo de conocimientos para la enfermería e incluir el componente de gestión del cuidado en estas nuevas teorías o modelos a implementar.

²⁴ KÉROUAC S. y Colaboradores. El Pensamiento Enfermero. 1996

²⁵ Ibidem.

2.1.11 Teoría de Dorothea Orem

Orem etiqueta su Teoría de Déficit de Autocuidado como una teoría general, compuesta por 3 teorías relacionadas:

- La teoría de autocuidado: Que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- La teoría de déficit de autocuidado: Que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas para que éstas cuiden de sí mismas.
- La teoría de sistemas enfermeros: Que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.

2.1.11.1 Metaparadigma

Es una idea preconcebida, una forma de ver los fenómenos que influyen en la salud. En el metaparadigma de enfermería se incluyen 4 conceptos centrales y a través de éste se intenta explicar la relación existente entre cada uno de ellos. Los conceptos son:

- Persona: Es un ser con funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.
- Entorno: Todos los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.
- Salud: Es el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.
- Enfermería como cuidados: Es ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico personales o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros.

2.1.11.2 Conceptos principales

- Autocuidado: Consiste en la práctica de actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.
- Necesidades de autocuidado terapéutico: Conjunto de medidas del cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona.
- Actividad de autocuidado: Habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.
- Agente: Persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse con un curso de acción.
- Agente de cuidado dependiente: Persona que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él.
- Déficit de autocuidado: Corresponde a las capacidades de autocuidado desarrolladas por el individuo, que no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente.
- Actividad enfermera: Capacidad desarrollada para actuar, saber y ayudar a las personas a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.

2.1.11.3 Requisitos de Autocuidado

Es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo, necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano.

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado:

Requisitos de autocuidado universales: Son los comunes a todos los seres humanos:

- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente
- El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de la limitación humana, y el deseo humano de ser normal.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: Son expresiones especializadas de los requisitos de autocuidado universales que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición o asociados con un acontecimiento.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen formas específicas de patologías, incluyendo defectos e incapacidades, y que estén bajo diagnóstico y tratamiento médico.

En cuanto al requisito de “mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo”, este se refiere al control del gasto de energía voluntaria, regula los estímulos

ambientales y proporciona variedad, salidas para los intereses y talentos y el sentido de bienestar que se deriva de todo ello. Para satisfacer este requisito, es necesario:

- Reconocer y atender las manifestaciones de las necesidades de reposo y actividad.
- Usar las capacidades, intereses y valores personales, así como las normas culturalmente prescritas como bases para el desarrollo del patrón reposo-actividad.
- Seleccionar actividades que estimulen, ocupen y mantengan en equilibrio el movimiento físico, las respuestas afectivas, el esfuerzo intelectual y la interacción social. Es decir, la realización de actividades de distracción como son las recreativas.

Generalmente se observa que las cuidadoras dedican la mayor parte de su tiempo al cuidado del adulto mayor, olvidándose de su autocuidado lo que a su vez, puede generarle un mayor nivel de estrés, siendo fundamental que la cuidadora tenga presente que dentro de su quehacer diario debe integrar actividades de recreación.

2.1.12 Actividades de Recreación

El concepto recreación nace como una necesidad debido a que la complejidad creciente de la vida moderna, exige que recreación y trabajo se integren, a fin de que el individuo pueda rendir una jornada de trabajo productiva sin que tenga que agotarse física y mentalmente.

Tradicionalmente la recreación se ha considerado ligera y pasiva, y más aún como algo que repone al individuo del trabajo. Hoy en día, se considera la recreación como actividades físicas, espirituales y sociales, fuera de las que habitualmente se efectúan, de manera libre y espontánea, que son agradables a la persona y le proporcionan un bienestar tanto físico como mental. Estas actividades son experiencias personales voluntarias de las cuales se deriva un bienestar personal, disfrute y placer que ayuda al desarrollo y logro de un equilibrio en las dimensiones físicas, mentales, emocionales, espirituales y sociales del individuo, produciendo en él una respuesta placentera y satisfactoria.

2.1.12.1 Características de la recreación

La recreación posee los siguientes atributos o características:

- Ocurre principalmente en el tiempo libre, apartándose de las obligaciones diarias.
- Es voluntaria, la persona la elige con el fin de proveer satisfacción personal.
- La recreación provee goce, placer y satisfacción inmediata y directa.
- Se expresa en forma espontánea y original, siendo una experiencia lúdica.
- Provee un cambio de ritmo de la vida cotidiana.
- La recreación es sana, constructiva y socialmente aceptable.

2.1.12.2 Tipos de recreación

La recreación puede ser activa o pasiva. La primera implica acción, es decir, mientras el individuo presta servicios disfruta de los mismos. La segunda, ocurre cuando el individuo recibe la recreación sin cooperar en ella. Por ejemplo, ir al cine.

2.1.12.3 Áreas de la recreación

“Las actividades que comúnmente proveen experiencias recreativas toman una variedad de formas. Esto se debe a que la recreación depende de las actitudes e intereses particulares del individuo hacia la actividad. Simplemente, se trata de la selección de una variedad casi infinita de actividades recreativas disponibles durante el ocio. El interés por las muchas formas de recreación varía según la edad, intereses, habilidad física, capacidad intelectual y deseos del individuo por cambiar. La recreación, pues, puede incluir leer un libro, sembrar flores en el patio, escuchar un concierto sinfónico, crear una pintura al óleo, cuidar los nietos, acampar con la familia, jugar baloncesto con los amigos, ir a bailar. La recreación se puede experimentar por una persona mientras se encuentre sola, con otros, o en un grupo grande”²⁶.

²⁶ LOPATEGUIE, Recreación. 2001

2.1.12.4 Beneficios de la recreación

- **Mejoramiento de una condición:** Puede ocurrir para un individuo, un grupo o una entidad como el medio ambiente físico. Este tipo de beneficio se orienta a la salud, la cohesión grupal y el hacer de una comunidad un entorno más rico.
- **Prevención para que una condición empeore:** Por ejemplo, mantener abierto un espacio cultural para la comunidad, como un lugar atractivo para los visitantes o para que el comercio se desarrolle, para ofrecer alternativas de ocio a los jóvenes en condiciones de vulnerabilidad, entre otros.
- **Realización de una experiencia psicológica:** Para reducir el estrés, el disfrute estético y la autorrealización.

La realización de actividades recreativas es vista como una instancia fundamental en la promoción del autocuidado, pues contribuye a mantener un equilibrio en todos los ámbitos de la vida, tales como: El familiar, personal, laboral, comunitario, entre otros. Este equilibrio permite que las personas se desenvuelvan de manera integral en cada una de las tareas del diario vivir, manteniendo en armonía las tareas estresantes con las recreativas.

El cuidado se considera como una labor estresante, pues quien lo brinda debe dedicar tiempo y esfuerzo casi exclusivos para esta tarea, dejando de lado el componente recreativo que debe ser incorporado en el día a día.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivos Generales

2.2.1.1 Describir las características biológicas y sociales de las cuidadoras principales de un familiar adulto mayor postrado, adscrito al Programa de atención domiciliaria para pacientes en situación de dependencia moderada o severa o postrados, con índice Katz G, y describir la accesibilidad geográfica hacia el CESFAM y/o Centro de salud.

2.2.1.2 Describir las actividades recreativas que realizan las mujeres mayores de 30 años, cuidadoras principales de un familiar adulto mayor postrado, adscrito al Programa de atención domiciliaria para pacientes en situación de dependencia moderada o severa o postrados, con índice Katz G.

2.2.2 Objetivos Específicos

2.2.2.1 Identificar la edad que poseen las cuidadoras del estudio.

2.2.2.2 Determinar la asistencia a controles de salud de las cuidadoras del estudio.

2.2.2.3 Identificar a las cuidadoras del estudio que portan enfermedades crónicas y cuáles de éstas son las más prevalentes.

2.2.2.4 Identificar el estado civil que poseen las cuidadoras del estudio.

2.2.2.5 Identificar la escolaridad que poseen las cuidadoras del estudio.

2.2.2.6 Identificar el trabajo u ocupación de las cuidadoras del estudio.

2.2.2.7 Identificar las redes de apoyo con las que cuentan las cuidadoras del estudio.

2.2.2.8 Determinar la relación de parentesco entre las cuidadoras del estudio y su familiar adulto mayor postrado.

2.2.2.9 Determinar la cercanía geográfica del domicilio de las cuidadoras del estudio con el CESFAM y/o Centro de salud.

2.2.2.10 Determinar los medios de desplazamiento que utilizan las cuidadoras del estudio para acceder al CESFAM y/o Centro de salud.

2.2.2.11 Determinar el número de cuidadoras del estudio que realizan actividades de recreación.

2.2.2.12 Determinar el tipo de actividades de recreación que realizan las cuidadoras del estudio.

2.2.2.13 Determinar la frecuencia con que realizan actividades recreativas físicas las cuidadoras del estudio.

2.2.2.14 Determinar la frecuencia con que realizan actividades recreativas espirituales las cuidadoras del estudio.

2.2.2.15 Determinar la frecuencia con que realizan actividades recreativas sociales las cuidadoras del estudio.

2.2.2.16 Identificar la relación que existe entre la realización de actividades recreativas físicas deportivas y el apoyo familiar que reciben las cuidadoras del estudio.

2.2.2.17 Identificar la relación que existe entre la realización de actividades recreativas espirituales fuera del hogar y el apoyo familiar que reciben las cuidadoras del estudio.

2.2.2.18 Identificar la relación que existe entre la realización de actividades recreativas sociales comunitarias de efectuar paseos y el apoyo familiar que reciben las cuidadoras del estudio.

2.2.2.19 Identificar la relación que existe entre la realización de actividades recreativas sociales familiares de efectuar visitas y el apoyo familiar que reciben las cuidadoras del estudio.

2.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.3.1 Características Biológicas y Sociales de la Cuidadora

Definición Conceptual

Atributos y cualidades que posee una persona en las áreas biológica y social.

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
Biológica	Edad	Último año cumplido	
	Estado de salud	Control de salud vigente	- Hace menos de 6 meses - Entre 6 a 12 meses - Hace más de un año
Enfermedad crónica		- Sí - No	
Social	Estado civil	- Soltera - Casada - Conviviente - Viuda	
	Escolaridad	- Básica incompleta - Básica completa - Media incompleta - Media completa - Superior incompleta - Superior completa	Último año aprobado
	Trabajo u ocupación	- Remunerado estable - Esporádico remunerado - No remunerado - Jubilada - Cesante	
	Ingreso económico global familiar	Monto (\$)	

Social	Redes de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - CESFAM o Centro de Salud - Junta de vecinos - Grupos religiosos - Centro de madres - Vecinos - Amigos - Familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Madre - Padre - Hermanos - Otros
--------	----------------	--	---

2.3.2 Accesibilidad geográfica al CESFAM y/o Centro de salud

Definición Conceptual

Características relacionadas con la distancia y el desplazamiento de la cuidadora desde su domicilio hacia el CESFAM y/o Centro de salud.

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
Cercanía con el CESFAM y/o Centro de salud		Número de cuadras	
		Minutos que demora en llegar al CESFAM y/o Centro de salud	
Desplazamiento al CESFAM y/o Centro de salud		Locomoción	<ul style="list-style-type: none"> - Microbuses - Taxi colectivos - Locomoción particular
		Caminando	

2.3.3 Relación de parentesco

Definición Conceptual

Estructura de roles y relaciones basados en lazos de consanguinidad, de matrimonio y/o afinidad que liga a hombres, mujeres y niños dentro de un todo organizado.

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
Consanguinidad		<ul style="list-style-type: none"> - Madre - Hija - Prima - Tía - Hermana - Sobrina - Otros 	
Afinidad		<ul style="list-style-type: none"> - Nuera - Esposa - Conviviente - Otros 	

2.3.4 Actividades de Recreación

Definición Conceptual

Actividades realizadas, tanto físicas, espirituales y sociales, fuera de las normalmente efectuadas de manera libre y espontánea, que son agradables a la persona y le generan un bienestar biológico o mental.

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Subindicadores
Física	Deportivas	<ul style="list-style-type: none"> - Caminatas - Gimnasia - Aeróbicas - Otras 	<ul style="list-style-type: none"> - Horas a la semana - Horas a la semana - Horas a la semana - Horas a la semana

Física	No deportivas	<ul style="list-style-type: none"> - Bordar o tejer - Jardinería - Pintar - TV - Música - Siesta - Lectura - Otros 	<ul style="list-style-type: none"> - Horas al día - Horas al día - Horas al día - Horas al día - Horas al día - Horas al día - Horas al día - Horas al día
Espiritual	Fuera del hogar	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia a la Iglesia - Asistencia a grupos religiosos - Asistencia a otros grupos 	<ul style="list-style-type: none"> - Horas a la semana - Horas a la semana - Horas a la semana
	Dentro del hogar	<ul style="list-style-type: none"> - Leer la Biblia - Rezar u orar - Otros 	<ul style="list-style-type: none"> - Horas al día - Horas al día - Horas al día
Social	Familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe visitas - Efectúa visitas - Contacto telefónico con otros familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Número a la semana - Número a la semana - Horas a la semana
	Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Paseo - Asistencia a junta de vecinos - Asistencia a centro de madres - Otros 	<ul style="list-style-type: none"> - Horas a la semana - Horas a la semana - Horas a la semana - Horas a la semana

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 CONSTITUCIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL GRUPO DE TESIS

El grupo de tesis fue constituido por afinidad en el mes de septiembre del año 2007, siendo conformado por 7 estudiantes, quienes cursaban tercer año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, cada uno con un cargo específico: Erna Hernández Maldonado (Encargada de bibliografía y carpeta), Romina Herrera Peralta (Relacionadora pública), Patricia Lantadilla Silva (Relacionadora pública), Eduardo Ramírez Villalobos (Presidente), Claudia Rivera Galarce (Secretaria), Karina Robles Mena (Encargada de bibliografía y carpeta) y Marcela Romo Bozzo (Tesorera).

El ámbito seleccionado para el desarrollo de la tesis pertenece al área del Adulto y Adulto Mayor, siendo escogido por decisión grupal.

La docente guía fue la señora Johana Vidal, perteneciente al Departamento de Enfermería del Adulto y Adulto Mayor de la carrera de Enfermería de la Escuela de Enfermería y Obstetricia.

Se realizaban reuniones dos veces por semana, una con la profesora guía y otra para trabajar autónomamente.

Desde el punto de vista financiero se estableció una cuota mensual desde septiembre del año 2007 a diciembre del año 2008. Durante los 3 últimos meses del año 2008 se debió incrementar, debido al costo de la asesoría profesional del área estadística.

Además, como canales de comunicación e intercambio de información entre los integrantes del grupo y la profesora guía, se utilizaron los siguientes medios: Una cuenta de correo electrónico y teléfonos móviles.

3.2 TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

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

3.3 POBLACIÓN EN ESTUDIO – DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

El universo en estudio corresponde a todas las mujeres, mayores de 30 años, cuidadoras principales de un familiar adulto mayor, adscritos al programa de paciente postrado de la Atención Primaria, con índice de Katz G.

El primer paso para la determinación del universo fue obtener el total de establecimientos de Atención Primaria en los que se encontraba implementado el Programa de postrados y el número de adscritos en cada uno.

Figura N° 1: “Total de pacientes postrados”.

Centro de salud o CESFAM	Total
Placeres	63
Esperanza	21
Barón	45
Reina Isabel	99
Placilla	46
Las Cañas	25
Mena	145
Cordillera	51
Quebrada Verde	141
Puertas Negras	42
Rodelillo	32
Padre Damián	21
TOTAL	731

Fuente: EU Ana María Carrasco, Corporación Municipal de Valparaíso

Posteriormente se concurrió a cada establecimiento de Atención Primaria, donde se seleccionó a aquellas cuidadoras que cumplieran con los criterios de inclusión

mencionados anteriormente para ser parte del universo del estudio, siendo éstas 180, las cuales fueron identificadas durante el mes de agosto del año 2008.

3.4 DISEÑO MUESTRAL

De un universo de 180 cuidadoras de adultos mayores postrados y en base a la prueba de confiabilidad y validez del instrumento realizada, se obtienen los siguientes resultados:

Respecto de las actividades que desarrollan las cuidadoras de adultos mayores postrados, para efectos de determinar el tamaño muestral, interesa determinar el número de actividades que realizan. De acuerdo a los datos recolectados en la muestra piloto, se tiene que:

- En la primera encuesta el promedio de actividades es de 6,2 y desviación estándar de 2,4.
- En la segunda encuesta el promedio de actividades es de 6,2 y desviación estándar de 2,0.

Sobre la base de los datos de la primera encuesta, que es la que presenta mayor variación (coeficiente de variación = 0,39) en el número de actividades que realizan las cuidadoras de adultos mayores postrados, se calcula el tamaño de muestra necesario para el estudio.

Dado que en el grupo estudiado el menor número de actividades que realizan las cuidadoras de adultos mayores postrados es 1 actividad, se define la proporción de interés como $p = \text{proporción de personas que realiza solo una actividad}$, que es la condición más “grave” observada en la primera encuesta; además sea $q = \text{proporción de personas que realiza más de una actividad}$.

Entonces, Sea $p = 0,10$ y $q=0,90$, el número de personas en la población es de $N=180$ y el error de estimación que se propone es de 0,05.

Sea n el tamaño de muestra a calcular y que se obtiene por la siguiente fórmula:

- $n = (Npq) / ((N-1)D + pq)$ donde $D = B^2/4$ y B el error de estimación.
- $n = 88,5$.
- *El tamaño de muestra para este estudio es de 89 personas.*

3.5 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se confeccionó un instrumento que recoge aspectos generales y específicos de las cuidadoras. Dicha información se obtuvo entre los meses de agosto y septiembre del 2008, a través de una entrevista con cada cuidadora en su domicilio, posterior a la autorización mediante un consentimiento informado (Ver anexo 1), el cual fue firmado por cada cuidadora previo a la aplicación del instrumento, lo cual le otorgó transparencia, respaldo y confiabilidad al estudio realizado por los tesisistas frente a las entrevistadas.

Los objetivos planteados para la aplicación del instrumento fueron:

- Obtener información sobre las características biológicas y sociales de las cuidadoras del estudio.
- Describir la accesibilidad geográfica de las cuidadoras del estudio, hacia el CESFAM y/o Centro de salud.
- Identificar la relación de parentesco entre las cuidadoras del estudio y su familiar adulto mayor postrado.
- Identificar las actividades de recreación, el tipo y frecuencia, que realizan las cuidadoras del estudio.

La aplicación del instrumento de recolección de datos fue llevada a cabo entre el 27 de agosto y 13 de septiembre del año 2008.

3.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento se divide en 5 ítems (Ver anexo 2):

Ítem 1: Datos generales de la cuidadora, que cuenta con 8 preguntas.

Ítem 2: Antecedentes de salud, que cuenta con 2 preguntas.

Ítem 3: Acceso al CESFAM y/o Centro de salud, que cuenta con 5 preguntas.

Ítem 4: Redes de apoyo, que cuenta con 1 pregunta.

Ítem 5: Actividades recreativas, que cuenta con 6 preguntas.

Se confeccionó además un instructivo (Ver anexo 3), para facilitar la aplicación del instrumento.

3.7 ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO

Previo a la recolección de los datos se solicitaron las autorizaciones correspondientes a través de cartas dirigidas, en primer lugar a la Corporación Municipal de Valparaíso, para obtener la autorización para asistir a los centros de Atención Primaria. En segundo lugar, a los directores de los centros de salud, y al profesional encargado del programa de postrados de cada centro de salud, para acceder a los datos necesarios para establecer el universo de nuestro estudio y posteriormente aplicar el instrumento en dicha población.

La entrega de cartas a los profesionales encargados del programa iba acompañada de una entrevista en la cual los tesistas explicaban detalladamente la finalidad del estudio a realizar. Los encargados del programa fueron quienes facilitaron la información necesaria.

Debido a que el instrumento fue elaborado por los tesistas, éste requirió la realización de una prueba para evaluar su confiabilidad y su validez. Todo esto con asesoramiento de un profesional del área estadística.

Para la aplicación de la prueba del instrumento, el grupo se contactó con un alumno de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, quien se encontraba realizando su internado profesional en el Centro de Salud Familiar “Las Cañas”. Éste informó que un grupo de cuidadoras asistirían a 2 capacitaciones para el cuidado del adulto mayor postrado, por lo cual se utilizaron dichas instancias para las sucesivas pruebas de instrumento, para lo cual el grupo de tesis se dividió en dos, cada uno asistió en diferentes días para realizar dicha actividad.

Una vez obtenidos los resultados de la confiabilidad y validez del instrumento, se procedió a realizar la planificación para la aplicación del instrumento. El grupo se organizó de acuerdo al número de cuidadoras a encuestar y la ubicación de su domicilio, conformando 3 subgrupos que asistieron al hogar de la cuidadora.

Los datos fueron recolectados por los integrantes del presente seminario, entre los días 8 y 13 de septiembre del año 2008, según horarios disponibles de cada subgrupo.

3.8 ESTUDIO DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la confiabilidad del instrumento, se realizaron 2 pruebas de éste, el día 27 de Agosto y 3 de Septiembre de 2008, a un grupo de 10 cuidadoras principales de adultos mayores postrados adscritos al programa de paciente postrado de un CESFAM y/o Centro de Salud pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso, con índice de Katz G.

Los objetivos de la prueba del instrumento fueron:

- Determinar el orden adecuado de las preguntas del instrumento y el grado de comprensión de su aplicación.
- Pesquisar errores en la formulación de las preguntas y alternativas durante la aplicación del instrumento.
- Determinar el tiempo promedio para la aplicación del instrumento.

Como resultado de la aplicación de la prueba, no se realizaron cambios al instrumento, puesto que no hubo dificultades en la aplicación y en el entendimiento de éste, por lo tanto se utilizó el mismo.

Para objetivar la confiabilidad y validez del instrumento, este fue analizado por un profesor de estadística, señora Mónica Catalán Reyes, quien calculó la muestra necesaria para la aplicación definitiva del cuestionario. (Ver anexo 4)

3.9 CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez aplicado el instrumento, el sistema utilizado para la tabulación se basó en crear una base de datos de Microsoft Office Excel 2003, que contenía 66 variables (columnas) y 89 cuidadoras (filas).

Para la construcción de gráficos se empleó Microsoft Office Excel 2003 y Microsoft Office Power Point 2003 para lograr mejor el gráfico.

Para fines del análisis de los datos, se utilizó la totalidad de instrumentos, analizando los aspectos considerados en este, en forma individual y relacionándolos entre sí. Para esto se aplicó estadística descriptiva utilizando el Software Epi Info TM versión 3.4.1 y Microsoft Office Excel 2003.

CAPÍTULO 4

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

Para la determinación de la muestra, para realizar la investigación, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

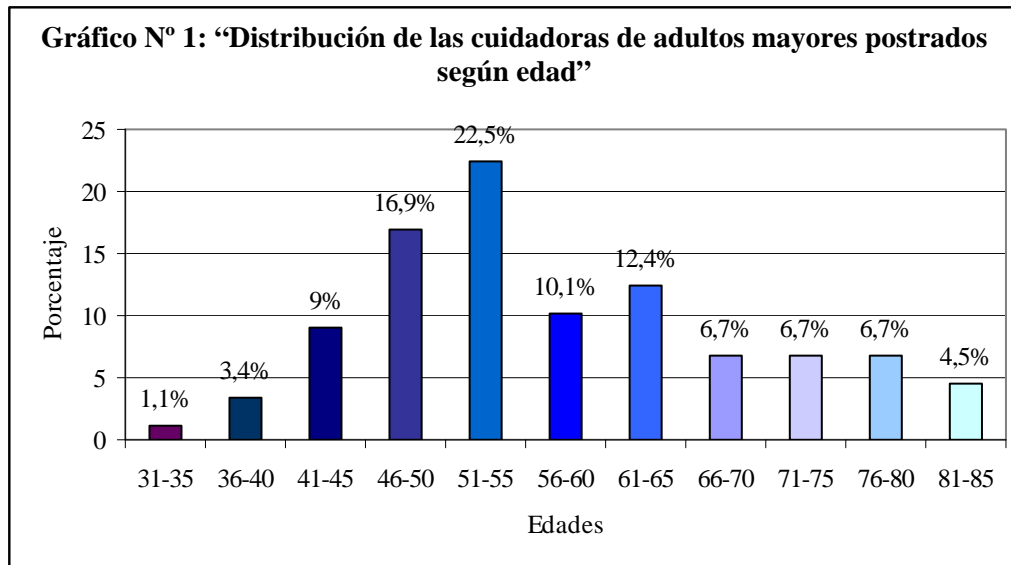
- Cuidador de sexo femenino.
- Mayor de 30 años.
- Cuidadora principal de un adulto mayor postrado adscrito al programa de atención domiciliaria para pacientes en situación de dependencia moderada o severa o postrado, con Índice de Katz G, que pertenecen a los CESFAM y/o Centro de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso.

4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EXPLICATIVO DE LOS RESULTADOS

Tabla N° 1: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según edad”.

Edad	Número	Porcentaje	Número Acumulado	Porcentaje Acumulado
31-35	1	1,1	1	1,1
36-40	3	3,4	4	4,5
41-45	8	9,0	12	13,5
46-50	15	16,9	27	30,3
51-55	20	22,5	47	52,8
56-60	9	10,1	56	62,9
61-65	11	12,4	67	75,3
66-70	6	6,7	73	82,0
71-75	6	6,7	79	88,8
76-80	6	6,7	85	95,5
81-85	4	4,5	89	100,0
Total	89	100		

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.



Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, la edad promedio de éstas es de $57,8 \pm 12,3$ años, la edad mínima 31 y máxima 85 años. Según los resultados obtenidos se puede evidenciar que este promedio corresponde a la adultez media, etapa que se vive entre los 40 y 64 años de edad, en la cual se presenta la menopausia y el climaterio, siendo este último, un periodo de transición en la vida de la mujer caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales. Es importante destacar que en estas mujeres, puesto que están en plena etapa de actividad y realización, se encuentra la mayor cantidad de problemas de autoestima y síntomas depresivos, los cuales impactan significativamente en su calidad de vida, lo que sumado a que deben efectuar el cuidado de su familiar adulto mayor postrado, incrementa el desgaste físico y psicológico, generando un mayor impacto en la carga que experimentan como cuidadoras.

El mayor porcentaje de cuidadoras se encuentran en el rango etáreo de 51 a 55 años, correspondiendo éste a un 22,5%. Le sigue el rango de edad de 46 a 50 años, con un 16,9%. El menor es 1,1%, lo que corresponde al rango de edad entre 31 a 35 años, siendo esta edad la que corresponde a la adultez joven, en donde la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su mejor momento, por lo cual se esperaría que los cuidados

otorgados fueran realizados con mayor energía y que las cuidadoras experimentaran menos desgaste físico y emocional, con la consecuencia de otorgar un cuidado de mayor calidad.

Se destaca que el 24,6% de las cuidadoras encuestadas, corresponde a mujeres que cursan la etapa de adultez mayor, periodo que abarca desde los 65 años en adelante, en donde los cambios del envejecimiento se hacen más evidentes, ya que existe una disminución progresiva de la capacidad funcional que presentan las mujeres de este grupo etéreo. El deterioro de la funcionalidad implica que las cuidadoras otorguen cuidados al postrado y a sí misma con menos habilidades, lo que le provoca un mayor desgaste físico y emocional.

Las cuidadoras de más edad corresponden mayoritariamente a esposas y convivientes de los adultos mayores postrados, las de menor edad son en su mayoría hijas de los adultos mayores postrados.

Tabla N° 2: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según estado civil”.

Estado Civil	Número	Porcentaje
Casada	53	59,6
Conviviente	3	3,4
Separada	2	2,2
Soltera	28	31,5
Viuda	3	3,4
Total	89	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, el estado civil de mayor prevalencia corresponde a Casada, alcanzando un porcentaje de 59,6%. Se debe mencionar que el matrimonio conlleva una multiplicidad de roles, puesto que muchas de las cuidadoras que se encuentran casadas deben asumir responsabilidades con respecto al ser pareja, a la crianza de los hijos, a las labores del hogar, además de la responsabilidad que implica el cuidar a su familiar postrado. Esta multiplicidad de roles

podría provocar una crisis paranormativa en la familia, puesto que se puede generar un desequilibrio entre el desempeño de los diversos roles, produciendo así una tensión entre éstos. Le sigue el estado civil de Soltera, que corresponde a un porcentaje de 31,5, las cuales son generalmente hijas que han postergado su vida personal para dedicarse al cuidado de sus padres y que generalmente no pueden desarrollar las virtudes propias de la etapa intimidad versus aislamiento según plantea Erikson, lo que las conduce al aislamiento, la soledad y a la depresión. Por otra parte, esta condición civil, le permite dedicar mayor tiempo al cuidado de su familiar, debido a la menor cantidad de roles que ejerce. Se evidencia que el 2,2% corresponde al estado civil de Separada. Con respecto a este grupo de mujeres, resulta necesario un estudio posterior que profundice y analice los factores precipitantes de la separación, pues el rol de cuidadora puede ser un factor causal de la crisis de pareja por abandono o descuido del ejercicio de dicho rol.

Tabla N° 3: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según escolaridad”.

Escolaridad	Número	Porcentaje
Básica incompleta	22	24,7
Básica completa	12	13,5
Media incompleta	16	18,0
Media completa	31	34,8
Ed. superior incompleta	1	1,1
Ed. superior completa	6	6,7
Analfabetismo	1	1,1
Total	89	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, la escolaridad de mayor porcentaje es la enseñanza media completa, con un 34,8%, esto se considera un factor protector para los cuidados que se le otorgan al adulto mayor postrado, pues las cuidadoras cuentan con una base de conocimientos y habilidades de comprensión respecto de los contenidos educativos que necesita incorporar para el desarrollo de cuidados de calidad. Le sigue la enseñanza básica incompleta, con un 24,7%, considerándose un porcentaje importante a la hora de otorgar cuidados al adulto

mayor postrado, pues esta escolaridad es un factor de riesgo que influye en la calidad de los cuidados que se otorgan.

El analfabetismo también se encuentra presente en el grupo de cuidadoras encuestadas, pero con un porcentaje mínimo que equivale a un 1,1%, siendo este inferior a la prevalencia de nuestro país correspondiente a menos del 5% según Censo del 2002.

Por tanto, el 25, 8% posee una escolaridad deficiente, lo cual tiene importancia o influye no sólo en los cuidados que se le otorgan al adulto mayor postrado, sino también en lo relacionado con su autocuidado, pues este corresponde a la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

Además se deben considerar, las estrategias de educación que los profesionales de la salud deben utilizar, tanto para abordar el cuidado que debe recibir un adulto mayor postrado como para el autocuidado de las propias cuidadoras, pues estos deben ser acordes a su nivel de instrucción.

Tabla N° 4: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según trabajo u ocupación”.

Trabajo u ocupación	Número	Porcentaje
Trabajo remunerado estable	8	9,0
Trabajo esporádico remunerado	8	9,0
Trabajo no remunerado (Dueña de casa)	59	66,3
Jubilada	11	12,4
Cesante	3	3,4
Total	89	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

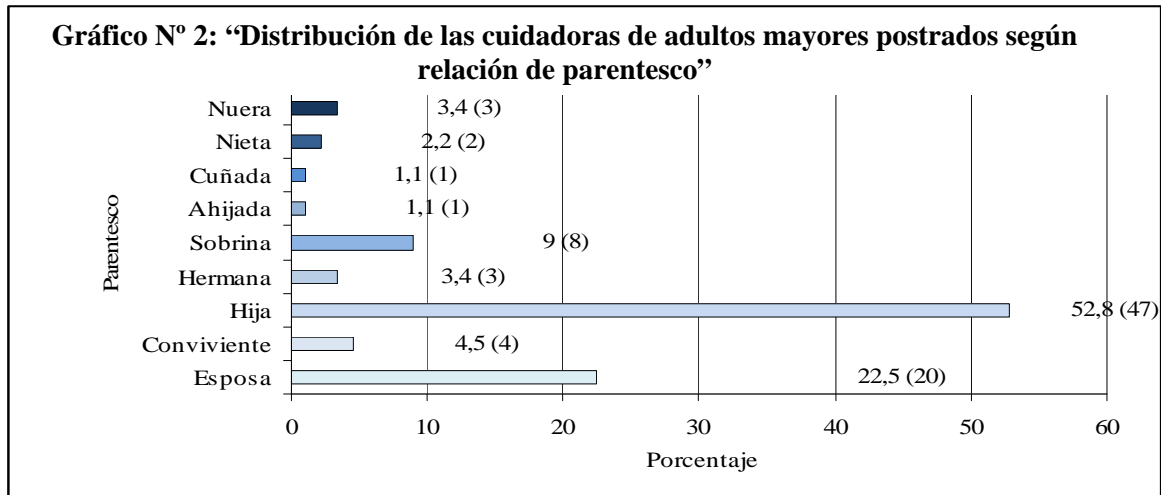
De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, la situación laboral de mayor prevalencia es el Trabajo no remunerado, que corresponde a un 59,67%. Este trabajo no remunerado, corresponde a las labores que realiza la dueña de

casa, tareas que suponen una dedicación durante las 24 horas del día, lo que sumado al cuidado que se le debe otorgar a un adulto mayor postrado conlleva una doble carga desde el punto de vista biopsicosocial. Le sigue la situación de Jubilada, la cual corresponde a un 11,12%. Tanto el trabajo remunerado estable como esporádico se presentan con un mismo porcentaje, el cual corresponde a un 8,9%, siendo este bajo, ya que por su situación de cuidadoras de un adulto mayor postrado no pueden dedicarse a labores extradomiciliarias y optar así a un trabajo remunerado estable. Debido a esto, sólo se dedican a los quehaceres propios del hogar o realizan algún trabajo esporádico fuera o dentro del hogar, que les aporte cierto ingreso económico, como por ejemplo, dedicarse a trabajos de costura o repostería, según lo referido por parte de algunas cuidadoras encuestadas. El menor porcentaje corresponde a la situación de Cesante, con un 3,3%, siendo estas mujeres que en un determinado período de su vida se desempeñaron laboralmente y que dada la situación de postración de su familiar, deben permanecer al cuidado de éste.

Tabla N° 5: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según relación de parentesco”.

Relación con adulto mayor postrado	Número	Porcentaje
Madre	0	0,0
Esposa	20	22,5
Conviviente	4	4,5
Hija	47	52,8
Hermana	3	3,4
Sobrina	8	9,0
Ahijada	1	1,1
Cuñada	1	1,1
Nieta	2	2,2
Nuera	3	3,4
Total	89	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.



Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, el parentesco de mayor prevalencia corresponde a Hija, con un 52,8%, lo cual se debe principalmente a que el postrado se encuentra viudo (a) lo que genera que el cuidado deba ser efectuado por los hijos quienes responden a esta labor como un deber moral y de retribución a sus padres por la crianza otorgada a ellos, respuesta que se basa en el amor filial. Otro motivo que se presentó en las cuidadoras encuestadas fue que ambos padres, tanto el postrado como su esposa (a), correspondían a adultos mayores, lo cual impedía que uno se hiciera cargo del otro, por lo que el cuidado recaía nuevamente en los hijos.

Le sigue el parentesco de Esposa, con un 22,5%. Por lo tanto, el 75,3% de las cuidadoras, posee una relación muy estrecha con el adulto mayor postrado, ya que son hijas o esposas, lo cual puede implicar una connotación especial desde el punto de vista de los cuidados que se brindan, pues éstos están influenciados por lazos de consanguinidad, responsabilidad, compromiso moral, afecto, amor, entre otros.

Es importante destacar el porcentaje del parentesco de Sobrina, el cual corresponde a 9%, puesto que no es común que la sobrina asuma el cuidado del postrado, ya que por lo general ésta no vive en el mismo hogar.

Tabla N° 6: “Ingreso económico global familiar de las cuidadoras de adultos mayores postrados”.

Ingreso económico global familiar	Número	Porcentaje
Menos de \$50.000	1	1,1
\$50.000 - \$99.999	12	13,5
\$100.000 - \$149.999	17	19,1
\$150.000 - \$199.999	20	22,5
\$200.000 - \$249.999	16	17,9
\$250.000 y más	23	25,9
Total	89	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, se observa que el 25,9% percibe un ingreso global familiar mayor o igual a \$250.000. Le sigue el 22,5% que percibe un ingreso entre \$150.000 y \$199.999. Se destaca que el 33,7% de las familias a las que pertenecen las cuidadoras, tienen un ingreso global familiar inferior al sueldo mínimo que recibe un trabajador, que corresponde a \$159.000.

Al tomar en cuenta que el 66,3% de las cuidadoras encuestadas realizan labores no remuneradas, es decir, son dueñas de casa, el ingreso económico global familiar proviene, según lo referido por las cuidadoras, de otras fuentes como el trabajo remunerado de otro miembro de la familia, pensiones asistenciales y aportes de otros familiares. Sin embargo, algunas de las cuidadoras refirieron recibir estipendio, el cual era utilizado para gastos propios del cuidado del adulto mayor postrado, por lo cual se consideraría como un aporte económico al grupo familiar.

La provisión de cuidados a un adulto mayor postrado implica una serie de gastos adicionales a la familia, que varían según el grado de dependencia de éste. Se destacan el uso de pañales, cremas para la protección de la piel, sondas vesicales en caso de cateterismo, guantes de procedimientos, preparados alimenticios, útiles de aseo, entre otros.

Tabla N° 7: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según fecha de último control de salud”.

Último control de salud	Número	Porcentaje
Menos de 6 meses	56	62,9
Entre 6 y 12 meses	14	15,7
Más de un año	19	21,3
Total	89	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

Tabla N° 8: “Distribución de cuidadoras de adultos mayores postrados según portación de enfermedad crónica”.

Portación enfermedad crónica	Número	Porcentaje
No	42	47,2
Si	46	51,7
No responde	1	1,1
Total	89	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, se obtiene que el 62,9% de éstas asistió a control hace menos de 6 meses. Le sigue a éste un 21,3% de cuidadoras que asistió a control entre 6 y 12 meses. El mínimo porcentaje corresponde a 15,7%, en el cual las cuidadoras asistieron a control hace más de un año.

Cabe destacar que independiente de la portación de enfermedad crónica, el 62,9%, es decir, 56 cuidadoras realizaron su último control de salud hace menos de 6 meses, lo que implica una práctica de autocuidado adecuado, pues presentan una conducta de salud para la prevención de alguna enfermedad crónica y conducta preventiva ante las posibles complicaciones derivadas de éstas, a pesar de la gran demanda de tiempo que requiere el dedicarse al cuidado del adulto mayor postrado.

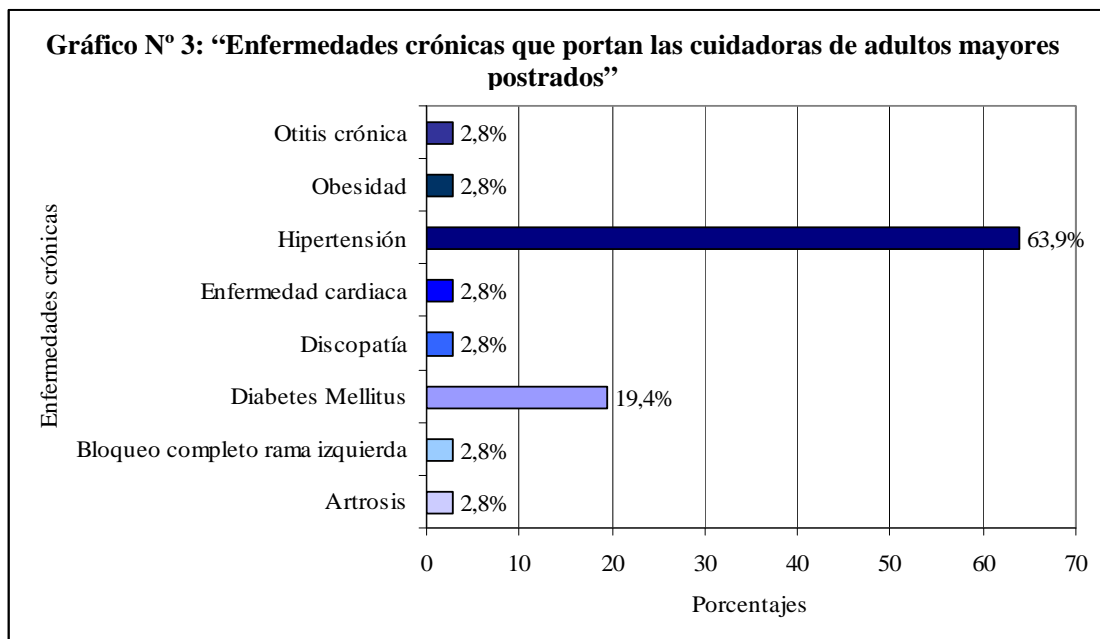
Del total de cuidadoras encuestadas, se obtiene que el 51,7% son portadoras de una enfermedad crónica. Le sigue a éste un 47,2% de cuidadoras que no portan patología crónica.

Dado que más del 50% de las cuidadoras de adultos mayores postrados son portadoras de alguna enfermedad crónica, es importante destacar que a futuro, éstas pudieran necesitar de cuidados debido al deterioro de la calidad de vida que producen estas patologías, a causa de las múltiples complicaciones que se pueden presentar a largo plazo, por lo cual, el autocuidado que ellas presenten cobra mayor importancia.

Tabla N° 9: “Enfermedades crónicas que portan las cuidadoras de adultos mayores postrados”.

Enfermedad Crónica	Número	Porcentaje
Artrosis	1	2,8
Bloqueo completo rama izquierda	1	2,8
Diabetes Mellitus	7	19,4
Discopatía	1	2,8
Enfermedad cardiaca	1	2,8
Hipertensión	23	63,9
Obesidad	1	2,8
Otitis crónica	1	2,8
Total	36	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.



Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

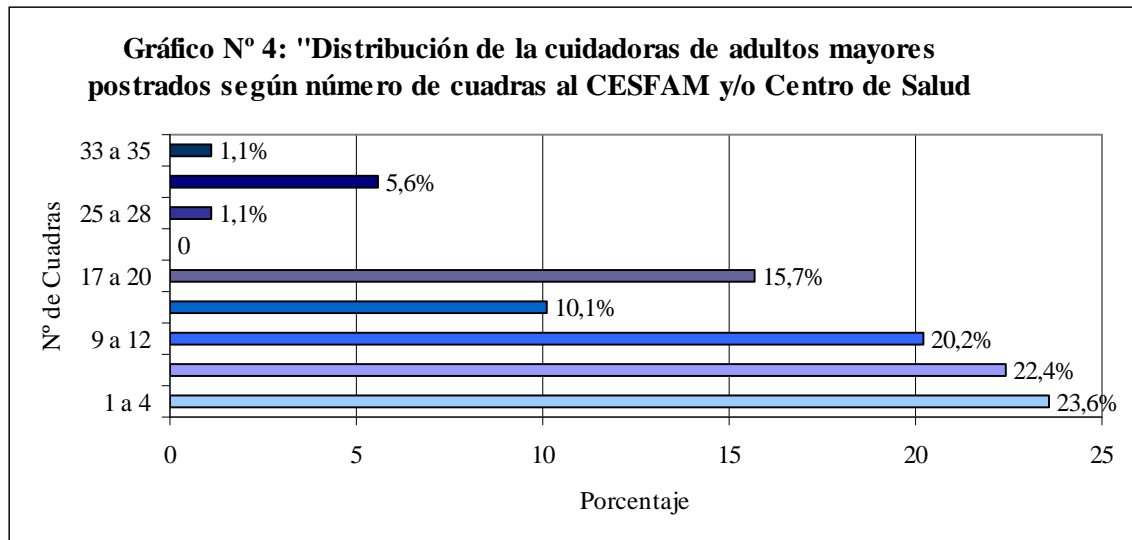
De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, 36 tienen una enfermedad crónica, de las cuales el 63,9% son portadoras de hipertensión arterial y el 19,4% de diabetes mellitus, las cuales corresponden a enfermedades no transmisibles altamente distribuidas en la población chilena, siendo sus prevalencias 33,7% y 4,8% respectivamente, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2003. Por tanto, se evidencia que en el grupo de cuidadoras existe una mayor prevalencia de las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles con respecto a la realidad nacional.

Debido a lo anteriormente mencionado, resulta necesario que las cuidadoras presenten prácticas de autocuidado adecuadas a la patología, como son los controles de salud, alimentación acorde a sus requerimientos, realización de actividad física, cumplimiento del tratamiento farmacológico y suspensión de hábitos nocivos, todo ello con el fin de lograr una compensación de su enfermedad crónica y una mejor calidad de vida.

Tabla N° 10: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según número de cuadras al CESFAM y/o Centro de Salud”.

Número de cuadras al CESFAM y/o Centro Salud	Número	Porcentaje
1 a 4	21	23,6
5 a 8	20	22,4
9 a 12	18	20,2
13 a 16	9	10,1
17 a 20	14	15,7
21 a 24	0	0,0
25 a 28	1	1,1
29 a 32	5	5,6
33 a 35	1	1,1
Total	89	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.



Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

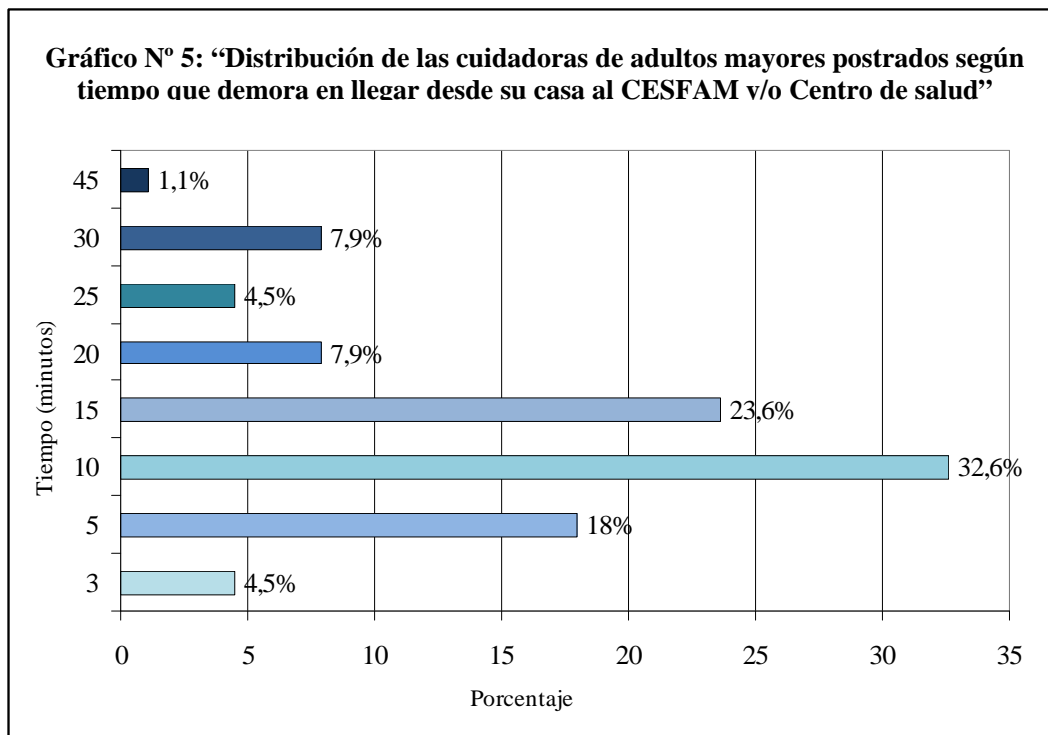
De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, el promedio de cuadras desde el domicilio al CESFAM y/o Centro de Salud es de 11 ± 8 , el mínimo es de 1 y máximo 35 cuadras.

Durante la aplicación del instrumento, se observó que más importante que la distancia entre el CESFAM y/o Centro de salud y el domicilio de la cuidadora, son las características geográficas de los terrenos, constatándose la presencia de escalas, quebradas, caminos de tierra, pendientes y terrenos irregulares, lo cual podría dificultar la concurrencia periódica de la cuidadora al CESFAM y/o Centro de salud y viceversa.

Tabla N° 11: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tiempo que demora en llegar desde su casa al CESFAM y/o Centro de Salud”.

Tiempo (minutos) para llegar CESFAM y/o Centro de Salud	Número	Porcentaje
3	4	4,5
5	16	18,0
10	29	32,6
15	21	23,6
20	7	7,9
25	4	4,5
30	7	7,9
45	1	1,1
Total	89	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.



Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, el tiempo promedio para llegar al CESFAM y/o Centro de Salud es de $13,4 \pm 8$ minutos, el mínimo es de 3 y máximo 45 minutos.

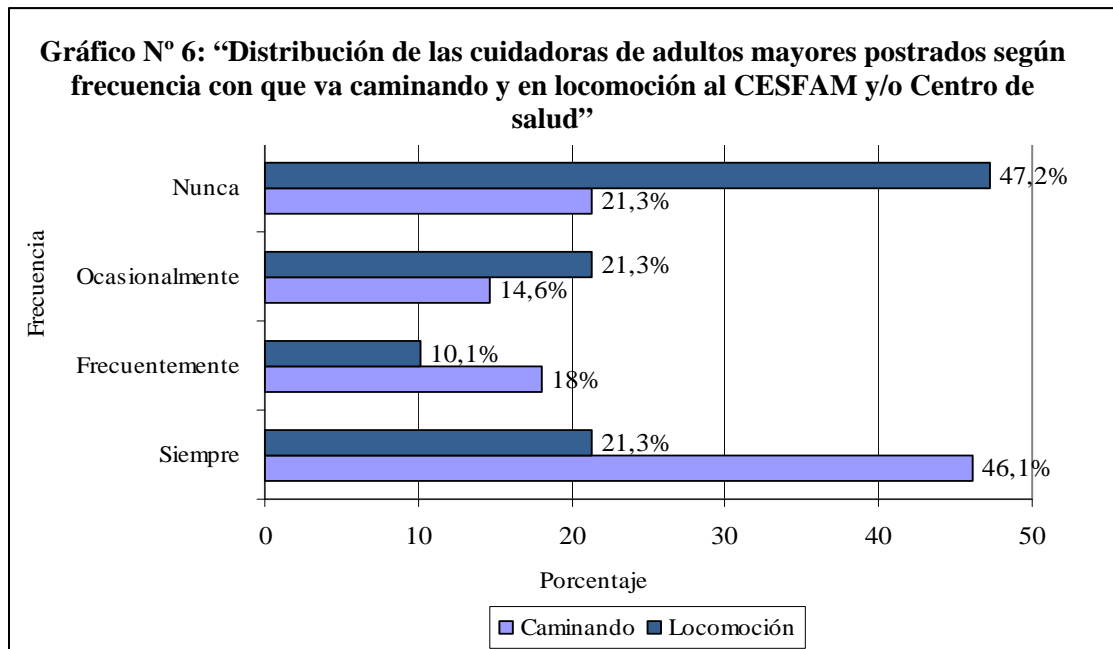
Tabla N° 12: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según frecuencia con que va caminando y en locomoción al CESFAM y/o Centro de salud”.

Desde la casa al CESFAM y/o Centro de Salud va caminando	Número	Porcentaje
Siempre	41	46,1
Frecuentemente	16	18,0
Ocasionalmente	13	14,6
Nunca	19	21,3
Total	89	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

Desde la casa al CESFAM y/o Centro de salud va en locomoción	Número	Porcentaje
Siempre	19	21,3
Frecuentemente	9	10,1
Ocasionalmente	19	21,3
Nunca	42	47,2
Total	89	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.



Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, se destaca que:

- El 21,3% de las cuidadoras nunca va caminando al CESFAM y/o Centro de salud, siempre va en locomoción.
- El 46,1% de las cuidadoras va siempre caminando al CESFAM y/o Centro de salud, nunca va en locomoción.
- Un 10,1% de las cuidadoras va ocasionalmente caminando al CESFAM y/o Centro de salud y frecuentemente va en locomoción.
- Un 18% de las cuidadoras va frecuentemente caminando al CESFAM y/o Centro de salud y ocasionalmente va en locomoción.

De acuerdo a los datos obtenidos se evidencia que un gran porcentaje de las cuidadoras asiste siempre caminando al CESFAM y/o Centro de salud, lo cual constituye una instancia de actividad física que resultaría beneficiosa si se realizara la caminata a un ritmo constante y en forma frecuente, no sólo al asistir al control de salud.

Tablas N° 13: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según disponibilidad de locomoción para asistir al CESFAM y/o Centro de salud”.

Disponibilidad de microbuses hacia el CESFAM y/o Centro de salud	Número	Porcentaje
No	29	32,6
Si	60	67,4
Total	89	100
Disponibilidad de taxi colectivos hacia el CESFAM y/o Centro de salud	Número	Porcentaje
No	22	24,7
Si	67	75,3
Total	89	100
Disponibilidad de locomoción particular hacia el CESFAM y/o Centro de salud	Número	Porcentaje
No	76	85,4
Si	13	14,6
Total	89	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, se destaca que:

- El 67,4% de las cuidadoras de adultos mayores postrados dispone de micro para asistir al CESFAM y/o Centro de Salud.
- El 75,3% de las cuidadoras de adultos mayores postrados dispone de colectivo para asistir al CESFAM y/o Centro de Salud.
- El 14,6% de las cuidadoras de adultos mayores postrados dispone de locomoción particular para asistir al CESFAM y/o Centro de Salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos se constata que la disponibilidad de locomoción, ya sea, microbus, taxi colectivo o vehículo particular constituye un factor protector para la asistencia al CESFAM y/o Centro de salud, debido a que optimiza el tiempo del que disponen las cuidadoras para realizar actividades de autocuidado como la asistencia a los controles de salud.

La comuna de Valparaíso cuenta con un sistema de transporte público que da cobertura a los diferentes cerros de la ciudad y los conectan con el plan. Sin embargo, según lo referido por las cuidadoras encuestadas y lo observado en terreno, la locomoción es adecuada y de alta frecuencia sólo por las avenidas principales de cada población, dejando sólo como opción la caminata a las cuidadoras que vivían en quebradas, pasajes con escaleras y a aquellas que vivían alejadas de la avenida principal.

Tabla N° 14: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según apoyo que reciben”.

Recibe apoyo del CESFAM	Número	Porcentaje
No	2	2,2
Si	87	97,8
Total	89	100

Recibe apoyo de Junta de Vecinos	Número	Porcentaje
No	87	97,8
Si	2	2,2
Total	89	100

Recibe apoyo de Centro de Madres	Número	Porcentaje
No	88	98,9
Si	1	1,1
Total	89	100

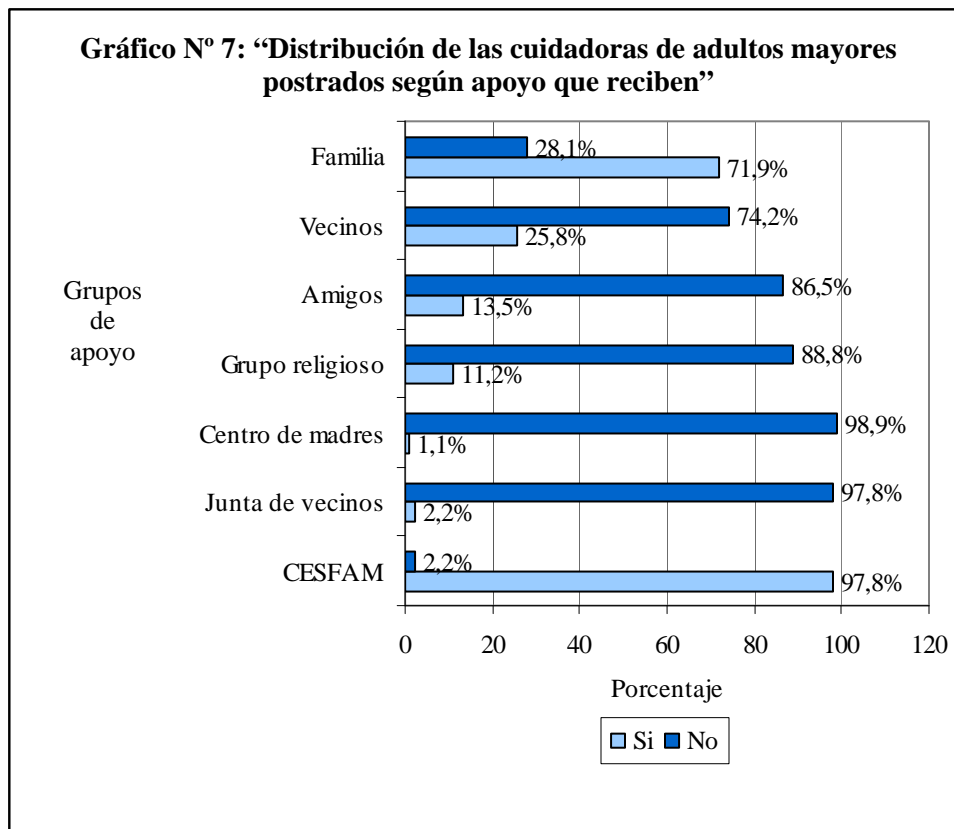
Recibe apoyo de Grupo religioso	Número	Porcentaje
No	79	88,8
Si	10	11,2
Total	89	100

Recibe apoyo de Amigos	Número	Porcentaje
No	77	86,5
Si	12	13,5
Total	89	100

Recibe apoyo de Vecinos	Número	Porcentaje
No	66	74,2
Si	23	25,8
Total	89	100

Recibe apoyo de Familiar	Número	Porcentaje
No	25	28,1
Si	64	71,9
Total	89	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.



Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, se destaca que la totalidad de la muestra posee al menos una red de apoyo para el cuidado de su familiar postrado, siendo el 97,8% de las cuidadoras aquellas que reciben apoyo del CESFAM, obteniendo como justificación a su respuesta, el hecho de que el adulto mayor postrado ha sido visitado en al menos una oportunidad y además que algunas cuidadoras reciben el beneficio del estipendio. Sin embargo, las cuidadoras manifestaron de forma espontánea que no estaban conforme con el apoyo otorgado por el CESFAM y/o Centro de salud, pues la frecuencia de las visitas domiciliarias era ocasional, incluso única.

Le sigue el apoyo familiar, con un 71,9%, siendo el género femenino el protagonista de brindar el apoyo necesario a la cuidadora principal. Un gran porcentaje de las encuestadas posee entonces, ayuda de alguien cercano, de confianza, en quien

puede delegar el cuidado y la responsabilidad que conlleva éste, de forma temporal, por ejemplo, cuando la cuidadora debe realizar trámites o asistir a controles de salud.

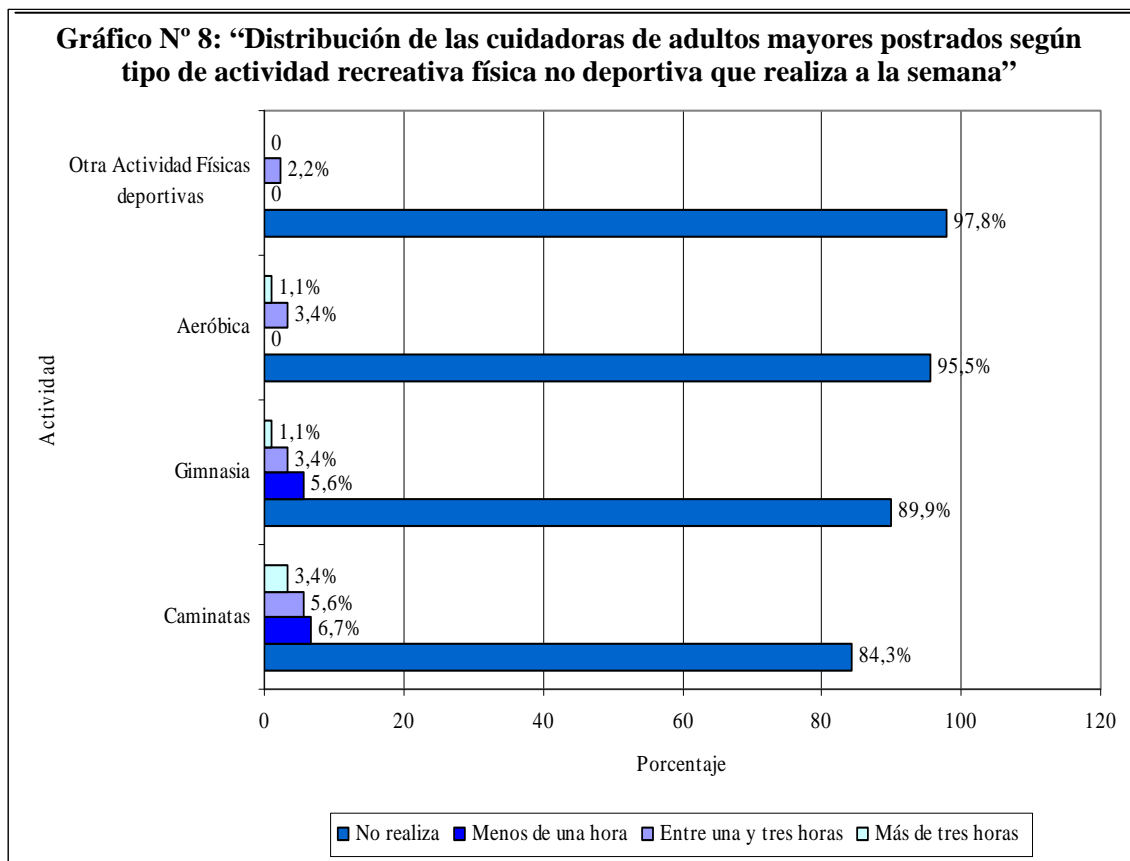
En tercer lugar se encuentra el apoyo de los vecinos, con un 25,8%, lo cual resulta un porcentaje no menor, pues según lo referido por las cuidadoras, las personas tienden a preocuparse exclusivamente de sí mismas y de sus familias, no asumiendo responsabilidades extraordinarias. El apoyo por parte de vecinos puede deberse a que no existen redes familiares que otorguen apoyo de manera activa a la cuidadora principal.

Tabla N° 15: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa física deportiva que realiza a la semana”.

Caminatas	Número	Porcentaje
No realiza	75	84,3
Menos de una hora	6	6,7
Entre una y tres horas	5	5,6
Más de tres horas	3	3,4
Total	89	100
Gimnasia	Número	Porcentaje
No realiza	80	89,9
Menos de una hora	5	5,6
Entre una y tres horas	3	3,4
Más de tres horas	1	1,1
Total	89	100
Aeróbica	Número	Porcentaje
No realiza	85	95,5
Menos de una hora	0	0
Entre una y tres horas	3	3,4
Más de tres horas	1	1,1
Total	89	100
Otra Actividad Recreativa Física deportiva	Número	Porcentaje
No realiza	87	97,8
Menos de una hora	0	0
Entre una y tres horas	2	2,2
Más de tres horas	0	0
Total	89	100

Otra actividad recreativa física deportiva que realiza	Número	Porcentaje
Basquetball	1	50
Defensa Personal	1	50
Total	2	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.



Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, se destaca que más del 80% de las cuidadoras no realizan ningún tipo de actividad recreativa física deportiva, siendo parte de la población sedentaria femenina, la cual corresponde al 90,8% según Encuesta nacional de salud del año 2003. La ausencia de una actividad recreativa física deportiva repercute en el estado de salud de la cuidadora, pues

constituye un factor de riesgo cardiovascular para la muestra estudiada. Por el contrario, entre el 1 y el 6% de las cuidadoras encuestadas, efectúa algún tipo de actividad recreativa física deportiva.

En cuanto a la realización de caminatas, se evidencia que el 3,4% las efectúa más de tres horas a la semana; el 5,6% entre una y tres horas; un 6,7% las realiza en menos de una hora a la semana y el 84,3% de las cuidadoras encuestadas no realiza caminatas. Según lo recomendado por el Ministerio de Salud, sólo un mínimo porcentaje cumple con lo estipulado en cuanto a caminatas, debiendo ser éstas realizadas durante un período de 30 minutos diariamente.

Respecto de la realización de gimnasia, se observa que el 1,1% las efectúa más de tres horas a la semana; el 3,4% entre una y tres horas a la semana; un 5,6% las realiza en menos de una hora a la semana y el 89,9% de las cuidadoras encuestadas no realiza este tipo de actividad física. Contrastando esta información con las recomendaciones ministeriales, sólo un 4,5% de las cuidadoras realiza actividad física durante una cantidad de tiempo adecuado semanalmente, siendo óptima la realización de actividad física 3 veces por semana, durante 30 minutos como mínimo.

Acerca de la realización de aeróbica, se evidencia que un 1,1% efectúa esta actividad más de tres horas a la semana; el 3,4% entre una y tres horas a la semana; un 0% no las realiza en al menos una hora a la semana y el 95,5% de las cuidadoras encuestadas no realiza este tipo de actividad recreativa física deportiva. Destaca el alto porcentaje de cuidadoras que no realiza este tipo de actividad física, lo cual podría tener repercusiones en la percepción de sí misma, contribuyendo a una posible alteración de la imagen corporal, caso similar ocurriría dada la ausencia de cualquier otra actividad recreativa física deportiva.

Respecto de la realización de otra actividad recreativa física deportiva, el 2,2% de las cuidadoras efectúa otro tipo de actividad física entre una y tres horas a la semana, como básquetbol y defensa personal. Dichas actividades eran realizadas gracias al apoyo

comunitario con el que contaban las cuidadoras encuestadas. Mientras que un 97,8% no realiza ningún otro tipo de actividades recreativas físicas deportivas, de las que no fueron planteadas en la encuesta.

Tablas N° 16: “Relación entre la actividad recreativa física deportiva que realiza la cuidadora del adulto mayor postrado y el apoyo familiar que recibe”.

Tabla N° 16.1: “Relación de caminatas que realiza la cuidadora según apoyo familiar que recibe”

Caminatas	Recibe apoyo Familiar		
	NO	SI	Total
No realiza	23	52	75
% Fila	30,7	69,3	100,0
% Columna	92,0	81,3	84,3
Menos de una hora	0	6	6
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	9,4	6,7
Entre una y tres horas	1	4	5
% Fila	20,0	80,0	100,0
% Columna	4,0	6,3	5,6
Más de tres horas	1	2	3
% Fila	33,3	66,7	100,0
% Columna	4,0	3,1	3,4
Total	25	64	89
% Fila	28,1	71,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

Tabla N° 16.2: “Relación de gimnasia que realiza la cuidadora según apoyo familiar que recibe”

Gimnasia	Recibe apoyo Familiar		
	NO	SI	Total
No realiza	23	57	80
% Fila	28,8	71,3	100,0
% Columna	92,0	89,1	89,9
Menos de una hora	1	4	5
% Fila	20,0	80,0	100,0
% Columna	4,0	6,3	5,6
Entre una y tres horas	1	2	3
% Fila	33,3	66,7	100,0
% Columna	4,0	3,1	3,4
Más de tres horas	0	1	1
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	1,6	1,1
Total	25	64	89
% Fila	28,1	71,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

Tabla N° 16.3: “Relación de aeróbica que realiza la cuidadora según apoyo familiar que recibe”

Aeróbica	Recibe apoyo Familiar		
	NO	SI	Total
No realiza	23	62	85
% Fila	27,1	72,9	100,0
% Columna	92,0	96,9	95,5
Menos de una hora	0	0	0
% Fila	0	0	0
% Columna	0	0	0
Entre una y tres horas	1	2	3
% Fila	33,3	66,7	100,0
% Columna	4,0	3,1	3,4
Más de tres horas	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	4,0	0,0	1,1
Total	25	64	89
% Fila	28,1	71,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

Tabla N° 16.4: “Relación de otra actividad física deportiva que realiza la cuidadora según apoyo familiar que recibe”

Otra Actividad Físicas deportivas	Recibe apoyo Familiar		
	NO	SI	Total
No realiza	24	63	87
% Fila	27,6	72,4	100,0
% Columna	96,0	98,4	97,8
Menos de una hora			
% Fila	0	0	0
% Columna			
Entre una y tres horas	1	1	2
% Fila	50,0	50,0	100,0
% Columna	4,0	1,6	2,2
Más de tres horas			
% Fila	0	0	0
% Columna			
Total	25	64	89
% Fila	28,1	71,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De las 89 cuidadoras de adultos mayores encuestadas, 14 de ellas realizan caminatas, de éstas, 12 reciben apoyo familiar y las 2 restantes no cuentan con este tipo de apoyo.

De las 89 cuidadoras de adultos mayores encuestadas, 9 de ellas realizan gimnasia, de éstas, 7 reciben apoyo familiar y las 2 restantes no cuentan con este tipo de apoyo.

De las 89 cuidadoras de adultos mayores encuestadas, 4 de ellas realizan aeróbica, de éstas, 2 reciben apoyo familiar y las 2 restantes no cuentan con este tipo de apoyo.

De las 89 cuidadoras de adultos mayores encuestadas, 2 de ellas realizan caminatas, de éstas, una recibe apoyo familiar y una no cuenta con este tipo de apoyo.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se constata que el apoyo familiar incide positivamente en la realización de actividades recreativas físicas deportivas, pues se observa un número mayor de cuidadoras que, recibiendo apoyo de sus familiares, pueden realizar las actividades como caminatas, gimnasia, aeróbica, e incluso otras como defensa personal y basketball, a diferencia de las cuidadoras que no reciben apoyo, las cuales son un número significativamente menor.

Pese a lo anteriormente mencionado, cabe destacar que aún cuando las cuidadoras reciben apoyo familiar, el número de éstas que realiza este tipo de actividad es considerablemente bajo, lo que refleja un déficit de autocuidado por parte de las cuidadoras de adultos mayores postrados.

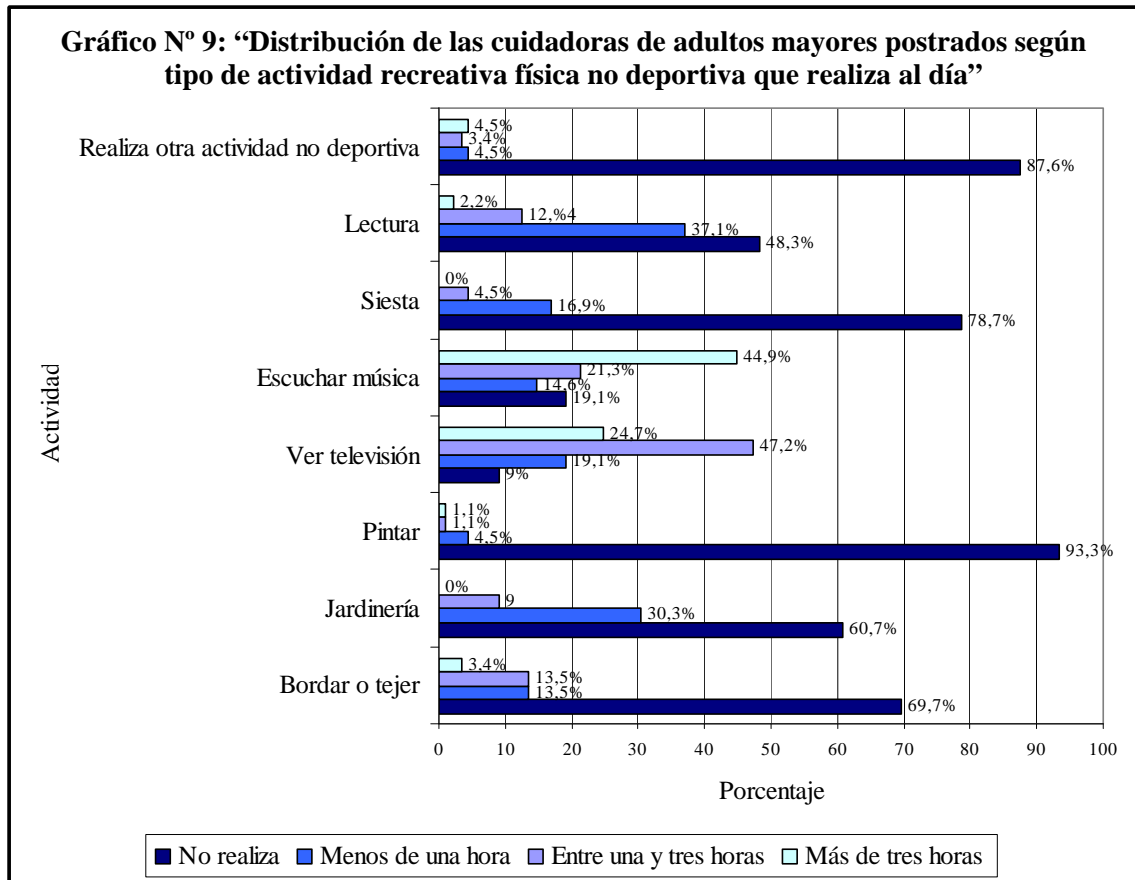
Tabla N° 17: “Distribución de las Cuidadoras de Adulto Mayor Postrado según tipo de actividad recreativa física no deportiva que realiza al día”.

Bordar o tejer	Número	Porcentaje
No realiza	62	69,7
Menos de una hora	12	13,5
Entre una y tres horas	12	13,5
Más de tres horas	3	3,4
Total	89	100
Jardinería	Número	Porcentaje
No realiza	54	60,7
Menos de una hora	27	30,3
Entre una y tres horas	8	9,0
Más de tres horas	0	0
Total	89	100
Pintar	Número	Porcentaje
No realiza	83	93,3
Menos de una hora	4	4,5
Entre una y tres horas	1	1,1
Más de tres horas	1	1,1
Total	89	100

Ver televisión	Número	Porcentaje
No realiza	8	9,0
Menos de una hora	17	19,1
Entre una y tres horas	42	47,2
Más de tres horas	22	24,7
Total	89	100
Escuchar música	Número	Porcentaje
No realiza	17	19,1
Menos de una hora	13	14,6
Entre una y tres horas	19	21,3
Más de tres horas	40	44,9
Total	89	100
Siesta	Número	Porcentaje
No realiza	70	78,7
Menos de una hora	15	16,9
Entre una y tres horas	4	4,5
Más de tres horas	0	0
Total	89	100
Lectura	Número	Porcentaje
No realiza	43	48,3
Menos de una hora	33	37,1
Entre una y tres horas	11	12,4
Más de tres horas	2	2,2
Total	89	100
Realiza otra actividad no deportiva	Número	Porcentaje
No realiza	78	87,6
Menos de una hora	4	4,5
Entre una y tres horas	3	3,4
Más de tres horas	4	4,5
Total	89	100
Otra actividad no deportiva que realiza	Número	Porcentaje
Asistencia a clases de mosaico y telar	1	9,1
Coser	6	54,5
Juegos de salón	2	18,2
No específica	2	18,2
Total	11	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

Gráfico N° 9: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa física no deportiva que realiza al día”



Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, las actividades físicas no deportivas que se realizan en una mayor proporción son: Ver televisión con un 91%, seguido por escuchar música con un 80,8%, le sigue la lectura con un 51,7%, jardinería con un 39,3% y finalmente bordar o tejer con un 30,4%. El mayor porcentaje de actividad realizada, ver televisión y escuchar música, se debe fundamentalmente al hecho que las cuidadoras de adultos mayores postrados al mismo tiempo que otorgan los cuidados y/o realizan labores domésticas, se dan instancias para efectuar dichas actividades, puesto que no requieren de un tiempo exclusivo para realizarlas.

Las actividades en las cuales las cuidadoras ocupan mayor tiempo, entendiéndose por esto, una duración mayor de tres horas, son nuevamente escuchar música y ver televisión, 44,9% y 24,7% respectivamente. Cabe destacar, que las actividades realizadas entre una y tres horas también corresponden a las mencionadas anteriormente, donde los porcentajes se invierten, siendo éstos 21,3% y 47,2%. Las actividades que se realizan menos de una hora y que corresponden a un mayor porcentaje son: La lectura con un 37,1% y jardinería con un 30,3%. Además, se debe mencionar que un 12,3% de las cuidadoras encuestadas realizan otras actividades físicas no deportivas, las cuales, corresponden a coser con un 54,5%, juegos de salón con un 18,2% y asistencia a clases de mosaico y telar con un 9,1%.

Por otra parte, las actividades físicas no deportivas que no realizan las cuidadoras son: Pintar con un 93,3%, otras con un 87,6%, siestas con un 78,7%, bordar o tejer con un 69,7%, jardinería con un 60,7 y lectura con un 48,3%. Estos altos porcentajes se deben a que el asumir el cuidado de un adulto mayor postrado significa para las cuidadoras considerables implicaciones para su vida personal. En efecto, la actividad demanda una gran disponibilidad de tiempo, la realización de tareas pesadas, el abandono de una serie de actividades como la participación en organizaciones sociales e incluso de actividades propias que se hacían al interior del hogar, como bordar, tejer, leer, entre otras.

Tabla N° 18: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa espiritual que realiza fuera del hogar, a la semana”.

Asistencia a la iglesia	Número	Porcentaje
No realiza	60	67,4
Menos de una hora	9	10,1
Entre una y tres horas	19	21,3
Más de tres horas	1	1,1
Total	89	100

Asistencia a grupos religiosos	Número	Porcentaje
No realiza	84	94,4
Menos de una hora	1	1,1
Entre una y tres horas	3	3,4
Más de tres horas	1	1,1
Total	89	100

Asistencia a otros grupos	Número	Porcentaje
No realiza	88	98,9
Menos de una hora	1	1,1
Entre una y tres horas	0	0
Más de tres horas	0	0
Total	89	100

Otro grupos al que asiste	Número	Porcentaje
Tango Club	1	100
Total	1	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, se destaca que en relación a la realización de actividades recreativas de tipo espiritual fuera del hogar en horas a la semana, específicamente la actividad de asistencia a la iglesia, el 67,4% de las cuidadoras no realiza este tipo de actividad; le sigue un 21,3 % del las encuestadas que asiste a la iglesia entre una a tres horas; un 10, 1% de cuidadoras asiste menos de una hora a la iglesia y un 1,1% de éstas mismas asiste más de tres horas a la semana a la iglesia.

Con respecto a la asistencia a grupos religiosos, el 94,4% de las encuestadas no realiza esta actividad; le sigue un 1,1% de cuidadoras que asiste a estos grupos menos de una hora; un 3,4% de las encuestadas asiste entre una a tres horas a grupo religiosos y un 1,1% de las cuidadoras realiza más de tres horas esta actividad.

En cuanto a la participación en otros grupos de tipo espiritual, el 98,9% de las encuestadas no asiste a estos grupos; el 1,1% de las cuidadoras asiste menos de una hora

a la semana y un 0% de la muestra no realiza esta actividad entre una y tres horas o más de tres horas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede constatar que la provisión de cuidados a un adulto mayor postrado limita la disponibilidad de tiempo para la asistencia y expresión propia de las creencias de la cuidadora fuera del hogar. Muchas cuidadoras manifestaron su participación activa en grupos religiosos y en celebraciones propias de su religión antes de asumir el cuidado de su familiar postrado. Debido a su situación actual, muchas de ellas se vieron obligadas a reducir o suprimir el tiempo que dedicaban a las actividades espirituales fuera del hogar.

Tablas N° 19: “Relación entre la actividad recreativa espiritual que realiza fuera del hogar la cuidadora del adulto mayor postrado y el apoyo familiar que recibe”.

Tabla N° 19.1: “Relación entre asistencia a la iglesia y apoyo familiar que recibe”

Asistencia a la iglesia	Recibe apoyo Familiar		
	NO	SI	Total
No realiza	15	45	60
% Fila	25,0	75,0	100,0
% Columna	60,0	70,3	67,4
Menos de una hora	2	7	9
% Fila	22,2	77,8	100,0
% Columna	8,0	10,9	10,1
Entre una y tres horas	7	12	19
% Fila	36,8	63,2	100,0
% Columna	28,0	18,8	21,3
Más de tres horas	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	4,0	0,0	1,1
Total	25	64	89
% Fila	28,1	71,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

Tabla N° 19.2: “Relación entre asistencia a grupo religioso y apoyo familiar que recibe”

Asistencia a grupos religiosos	Recibe apoyo Familiar		
	NO	SI	Total
No realiza	23	61	84
% Fila	27,4	72,6	100,0
% Columna	92,0	95,3	94,4
Menos de una hora	0	1	1
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	1,6	1,1
Entre una y tres horas	1	2	3
% Fila	33,3	66,7	100,0
% Columna	4,0	3,1	3,4
Más de tres horas	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	4,0	0,0	1,1
Total	25	64	89
% Fila	28,1	71,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

Tabla N° 19.3: “Relación entre asistencia a otros grupos y apoyo familiar que recibe”

Asistencia a otros grupos	Recibe apoyo Familiar		
	NO	SI	Total
No realiza	24	64	88
% Fila	27,3	72,7	100,0
% Columna	96,0	100,0	98,9
Menos de una hora	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	4,0	0,0	1,1
Entre una y tres horas			
% Fila	0	0	0
% Columna	0	0	0
Más de tres horas			
% Fila	0	0	0
% Columna	0	0	0
Total	25	64	89
% Fila	28,1	71,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De las 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, 60 de ellas no asisten a la iglesia, de éstas, 45 reciben apoyo familiar y las 15 restantes no cuentan con este tipo de apoyo. Del total de cuidadoras, 84 de ellas no asisten a grupos religiosos, de éstas, 61 reciben apoyo familiar y las 23 restantes no cuentan con este tipo de apoyo.

De las 89 cuidadoras de adultos mayores encuestadas, 88 de ellas no asisten a otros grupos de carácter espiritual, de éstas, 64 reciben apoyo familiar y las 24 restantes no cuentan con este tipo de apoyo.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que el apoyo familiar pareciera no ser un factor determinante en la asistencia de cuidadoras de adultos mayores postrados a grupos de carácter religioso, ya que, se evidencia que aquellas que no reciben apoyo asisten de igual manera y por mayores períodos de tiempo a dichos lugares. Esto último, según lo referido por algunas cuidadoras encuestadas, se debe principalmente a que al no contar con el apoyo familiar, lo buscan en estos grupos para afrontar de una mejor manera la situación de cuidado de su familiar.

Tabla N° 20: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa espiritual que realizan dentro del hogar, al día”.

Leer la Biblia	Número	Porcentaje
No realiza	51	57,3
Menos de una hora	32	36,0
Entre una y tres horas	5	5,6
Más de tres horas	1	1,1
Total	89	100

Rezar u orar	Número	Porcentaje
No realiza	7	7,9
Menos de una hora	72	80,9
Entre una y tres horas	10	11,2
Más de tres horas	0	0
Total	89	100

Realiza otra actividad recreativa espiritual	Número	Porcentaje
No realiza	88	98,9
Menos de una hora	0	0
Entre una y tres horas	0	0
Más de tres horas	1	1,1
Total	89	100

Otra actividad recreativa espiritual dentro del hogar	Número	Porcentaje
Predicar	1	100
Total	1	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, se destaca que el 57,3% no lee la biblia, el 36% lo realiza menos de una hora, el 5,6% lo realiza menos de tres horas en el día y un menor porcentaje realiza esta actividad por más de tres horas, el cual corresponde al 1,1%.

Al evaluar la actividad de rezar u orar se constata que el 7,9% no lo realiza, el 80,9% realiza esta actividad por menos de una hora en el día y el 11,2% la realiza entre una y tres horas.

Respecto a los resultados obtenidos, las cuidadoras manifestaban que el rezar u orar era una actividad más factible de realizar, sobre todo antes de dormir, ya que es una instancia de mayor tranquilidad para la cuidadora. Además, las actividades recreativas espirituales dentro del hogar son las únicas que pueden desarrollar para satisfacer la necesidad de espiritualidad intrínseca en cada cuidadora.

En cuanto a la realización de otra actividad recreativa espiritual dentro del hogar el mayor porcentaje señala no realizarla, correspondiendo a un 98,9%, mientras que el 1,1% señala realizar otra actividad recreativa espiritual dentro del hogar, la cual corresponde a Predicar.

Tabla N° 21: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa social comunitaria que realiza a la semana”.

Paseos	Número	Porcentaje
No realiza	77	86,5
Menos de una hora	5	5,6
Entre una y tres horas	3	3,4
Más de tres horas	4	4,5
Total	89	100
Asistencia a Junta de Vecinos	Número	Porcentaje
No realiza	82	92,1
Menos de una hora	3	3,4
Entre una y tres horas	4	4,5
Más de tres horas	0	0
Total	89	100
Asistencia a Centro de Madres	Número	Porcentaje
No realiza	87	97,8
Menos de una hora	0	0
Entre una y tres horas	2	2,2
Más de tres horas	0	0
Total	89	100
Realiza otra actividad recreativa social comunitaria	Número	Porcentaje
No realiza	82	92,1
Menos de una hora	1	1,1
Entre una y tres horas	5	5,6
Más de tres horas	1	1,1
Total	89	100
Otra actividad recreativa social comunitaria	Número	Porcentaje
Centro de amigas	1	14,3
Curso de tejido	1	14,3
Grupo al amanecer	1	14,3
Grupo de amigas	1	14,3
Grupo folklórico	1	14,3
Sociedad Manuel Rodríguez	1	14,3
Sociedad Carlos Alberto Martínez (ayuda cuidadores)	1	14,3
Total	7	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, las actividades sociales recreativas que se realizan en una mayor proporción son: Paseos con

un 13,5%, le sigue, la asistencia a junta de vecinos con un 7,9%, posteriormente, otras (centro y grupo de amigas, curso de tejido, grupo “Al Amanecer”, grupo folklórico, Sociedad Manuel Rodríguez y Sociedad mutualista Carlos Alberto Martínez) con un 7,8% y por último la asistencia a centros de madres con un 2,2%.

Las actividades sociales recreativas en donde las cuidadoras utilizan mayor tiempo, entendiéndose por esto, una duración mayor de tres horas, son solamente los paseos con un 4,5% y otras con un 1,1%. Las actividades realizadas entre una y tres horas son: otras, con un 5,6%, asistencia a junta de vecinos con un 4,5%, paseos con un 3,4% y finalmente, asistencia a centros de madre con un 2,2%. Por último, las actividades en las cuales las cuidadoras ocupan menor tiempo, es decir, menos de una hora son: Paseos con un 5,6%, asistencia a junta de vecinos con un 3,4% y otras con un 1,1%.

Por otra parte, las actividades sociales recreativas que las cuidadoras no realizan son: Asistencia a centro de madres con un 97,8%, asistencia a junta de vecinos con un 92,1%, otras con el mismo porcentaje anterior, y paseos con un 86,5%.

De acuerdo a los datos pertenecientes a la tabla y gráfico N° 24, los cuales demuestran bajos porcentajes de realización de dichas actividades por parte de las cuidadoras encuestadas, se puede deducir que esto se debe a que las actividades sociales recreativas requieren de una mayor cantidad de tiempo para ser efectuadas, tiempo exclusivo fuera del hogar y además de una posible inexistencia o lejanía de los centros comunitarios.

Tabla N° 22: “Relación entre la actividad recreativa social comunitaria que realiza la cuidadora de adulto mayor postrado y el apoyo familiar que recibe”.

Paseos	Recibe apoyo Familiar		
	NO	SI	Total
No realiza	23	54	77
% Fila	29,9	70,1	100,0
% Columna	92,0	84,4	86,5
Menos de una hora	0	5	5
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	7,8	5,6
Entre una y tres horas	0	3	3
% Fila	0,0	100,0	100,0
% Columna	0,0	4,7	3,4
Más de tres horas	2	2	4
% Fila	50,0	50,0	100,0
% Columna	8,0	3,1	4,5
Total	25	64	89
% Fila	28,1	71,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, se destaca que 77 de ellas no realizan paseos como actividad recreativa social comunitaria. De éstas, el 70,1% recibe apoyo familiar, mientras que el 29,9% no cuentan con este tipo de apoyo, por lo tanto, se observa que el apoyo familiar no influye de manera significativa, pues existe un porcentaje mayor de cuidadoras que no realizan este tipo de actividades aún cuando reciban apoyo. Pese a esto, se constata que 12 personas realizan paseos, de las cuales 10 reciben apoyo familiar, mientras que 2 cuidadoras no cuentan con éste, realizando paseos durante más de tres horas en la semana. Estas cuidadoras refirieron trasladarse con su familiar postrado, generalmente, en instancias de cortas vacaciones durante fines de semana.

Tabla N° 23: “Distribución de las cuidadoras de adultos mayores postrados según tipo de actividad recreativa social familiar que realiza en número a la semana”.

Recibe visitas	Número	Porcentaje
No realiza	26	29,2
Una	17	19,1
Entre dos y tres	19	21,3
Más de tres	27	30,3
Total	89	100

Efectúa visitas	Número	Porcentaje
No realiza	59	66,3
Una	25	28,1
Entre dos y tres	2	2,2
Más de tres	3	3,4
Total	89	100

Contacto telefónico con familiares y amigos	Número	Porcentaje
No realiza	7	7,9
Una	16	18,0
Entre dos y tres	23	25,8
Más de tres	43	48,3
Total	89	100

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, se destaca que en relación a las actividades recreativas de tipo familiar, específicamente en cuanto a la recepción de visitas, el 29,2% de la muestra no recibe visitas de sus familiares; un 19,1% recibe visitas al menos una vez por semana; un 21,3% de las cuidadoras recibe entre dos y tres visitas semanalmente y un 30,3% de las encuestadas recibe más de tres visitas a la semana. Por lo tanto, el 70,7% de las cuidadoras de familiares adultos mayores postrados reciben visitas, independiente de la frecuencia de éstas, lo que es beneficioso desde el punto de vista de la interacción social con otras personas que no residen en el hogar.

En cuanto al punto de efectuar visitas a la semana, se tiene que el 66,3% de la muestra no realiza visitas; el 28,1% efectúa una visita; un 2,2% de las cuidadoras realiza

entre dos y tres visitas y un 2,4% de las encuestadas realiza más de tres visitas. El alto porcentaje de cuidadoras que no realizan visitas, se debe a que éstas no cuentan con el tiempo necesario para asistir a otro hogar y posiblemente no recurren a sus redes más cercanas para que éstas suplan el cuidado que presta al adulto mayor postrado, dado el compromiso y responsabilidad moral referida con respecto a su familiar. Además, la prestación de cuidados por parte de un cuidador secundario son requeridos, generalmente por el cuidador principal, ya sea, en casos de trámites imprescindibles y/o asistencia a centros de salud.

En cuanto al contacto telefónico con otros familiares el 7,9 % de la muestra no mantiene contacto con otro familiar; el 18% de las cuidadoras realiza un contacto telefónico; un 25,8% de las encuestadas mantiene contacto telefónico entre dos y tres veces a la semana y un 48,3% mantiene un contacto telefónico más de tres veces a la semana. Por lo tanto el 92,1% de las cuidadoras mantiene un contacto con familiares, lo cual resulta beneficioso, pues conserva las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia extensa y además, el contacto telefónico constituye un canal de comunicación entre los familiares para la ayuda material y apoyo emocional que pudiera necesitar la cuidadora tanto para ella como para el adulto mayor postrado.

Tabla N° 24: “Relación entre la actividad recreativa social familiar de efectuar visitas por parte de la cuidadora del adulto mayor postrado y el apoyo familiar que recibe”.

Efectúa visitas	Recibe apoyo Familiar		
	NO	SI	Total
No realiza	17	42	59
% Fila	28,8	71,2	100,0
% Columna	68,0	65,6	66,3
Una	6	19	25
% Fila	24,0	76,0	100,0
% Columna	24,0	29,7	28,1
Entre dos y tres	1	1	2
% Fila	50,0	50,0	100,0
% Columna	4,0	1,6	2,2
Más de tres	1	2	3
% Fila	33,3	66,7	100,0
% Columna	4,0	3,1	3,4
Total	25	64	89
% Fila	28,1	71,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario para Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados.

De un total de 89 cuidadoras de adultos mayores postrados encuestadas, se destaca que la sumatoria del número de visitas efectuadas por las cuidadoras que no reciben apoyo familiar, entre dos y tres y más de tres visitas de forma semanal, corresponde a un 8%, mientras que en las que reciben apoyo se observa sólo un 4,7%. Esto se explicaría por la razón de que aquellas cuidadoras que no reciben apoyo familiar, buscan apoyo en otras personas, sean amigos, vecinos o conocidos, que puedan aportar de forma similar con la ayuda otorgada por los familiares.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

5.1 CONCLUSIONES

Las edades de las cuidadoras estudiadas van desde 31 a 85 años, identificándose que el rango de edad más prevalente de las cuidadoras corresponde a 51-55 años integrando el grupo etáreo de adultez media.

En cuanto al último control de salud realizado por las cuidadoras estudiadas tenemos que el 63% ha asistido hace menos de 6 meses a controlarse, un 16% entre 6 a 12 meses y un 21% hace más de 1 año.

El 51,7% de las cuidadoras estudiadas son portadoras de enfermedades crónicas, identificándose que las de mayor prevalencia corresponden a Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

Del total de cuidadoras encuestadas, el estado civil de mayor prevalencia corresponde a Casada, con un 59,6%, lo que implica una multiplicidad de roles y responsabilidades, aumentado la sobrecarga de la mujer e impidiendo la realización de prácticas de autocuidado, incluyendo las de tipo recreativas.

El 74,2% de las cuidadoras estudiadas presentan una escolaridad mayor o igual a 8 años, lo cual se considera aceptable y constituye un factor protector de salud en cuanto a las prácticas de autocuidado que pueden realizar.

De las cuidadoras estudiadas el 66,3% se desempeñan como dueñas de casa, trabajo no remunerado que es compatible con su rol de cuidadora. Ambas actividades las limitan para poder realizar actividades recreativas, en especial las que se realizan fuera del hogar.

El apoyo recibido del CESFAM y/o Centro de salud es manifestado por todas las cuidadoras, sin embargo, el nivel de satisfacción usuaria no es óptimo. Este apoyo no tiene mayor implicancia con las actividades recreativas que puedan realizar las cuidadoras. En segundo lugar las cuidadoras perciben las familias como apoyo, lo que es

un factor protector para la realización de actividades recreativas, principalmente fuera del hogar.

La relación de parentesco de mayor prevalencia corresponde a Hija, con un 52,8%, relacionado con la situación de viudez del postrado o a que su cónyuge no está capacitado para hacerse cargo de sus cuidados. Esto puede generar que la cuidadora postergue su vida personal por responsabilizarse por el cuidado de uno o ambos padres.

La distancia en cuadras desde el hogar de las cuidadoras estudiadas hacia el CESFAM y/o Centro de salud a pesar que es variable, no influiría en que las cuidadoras asistan a los controles de salud.

Según los resultados obtenidos se constata que las cuidadoras utilizan los taxis colectivos y/o los microbuses como medios de desplazamiento con mayor frecuencia, lo que constituye un factor protector para la asistencia al CESFAM y/o Centro de salud, debido a que optimiza el tiempo del que disponen las cuidadoras para realizar actividades de autocuidado, como lo es la asistencia a controles de salud.

Todas las cuidadoras estudiadas realizan al menos una actividad recreativa, ya sea deportiva, espiritual o comunitaria, mayoritariamente dentro del hogar, debido a la imposibilidad de delegar el cuidado de su familiar postrado. Se observan que las actividades recreativas sociales familiares son las más realizadas, con un 65,3%, que incluye las actividades como el recibir visitas, efectuar visitas y contacto telefónico con otros familiares, siendo este último preponderante para obtener dicho valor. Le siguen las actividades recreativas espirituales dentro del hogar, con un promedio de 45,3% que incluyen el leer la Biblia, rezar-orar, u otra, siendo el rezar-orar, la actividad que obtiene un mayor porcentaje de realización por parte de las cuidadoras encuestadas. Por último, el tercer grupo de actividades más realizadas, corresponde a las actividades recreativas físicas no deportivas con un 41,7%, considerando en éste grupo el bordar o tejer, jardinería, ver televisión, leer, entre otras. Dentro de estas últimas, las actividades más preponderantes son el ver televisión y escuchar música, puesto que no requieren

dedicación exclusiva por parte de la cuidadora para su realización. Todo lo anteriormente señalado revela que existe, en la mayoría de las situaciones de las cuidadoras, un contacto permanente con familiares, a través de diversos canales de comunicación, lo que resulta beneficioso para la interacción social y el afrontamiento de las problemáticas que surgen de la situación de otorgar cuidados a su familiar postrado. Por otra parte, se observa que existen prácticas espirituales en las cuidadoras de adultos mayores postrados, siendo dichas prácticas, parte de la cultura y la crianza de las cuidadoras que pertenecen a los sectores estudiados.

La frecuencia de las actividades realizadas en horas al día más reiteradas, corresponde a menos de una hora, con un promedio de 28,3% que equivale a las actividades recreativas físicas no deportivas y espirituales dentro del hogar. La frecuencia de las actividades realizadas en horas a la semana más preponderante corresponde a entre una y 3 horas con un promedio de 5,2% que equivale a las actividades recreativas físicas deportivas, espirituales fuera del hogar y sociales comunitarias. Con respecto a las frecuencias de las actividades recreativas mencionadas anteriormente, se constata que las primeras, no requieren de mayor tiempo para su realización, ni tampoco de una preparación previa para llevarlas a cabo. En cambio, las actividades recreativas físicas deportivas, espirituales fuera del hogar y sociales comunitarias, sí lo requieren, comenzando por el hecho de elegir ropa adecuada a la actividad, dedicación de mayor tiempo, lo que sumado al traslado que conllevan dichas actividades, hacen que se refleje un menor porcentaje en éstas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se constata que el apoyo familiar incide positivamente en la realización de actividades recreativas físicas deportivas. No obstante, cabe destacar que aún cuando las cuidadoras reciben éste apoyo, el número de éstas que realiza este tipo de actividad es considerablemente bajo, lo que refleja un déficit de autocuidado por parte de las cuidadoras de adultos mayores postrados.

La realización de actividades recreativas espirituales fuera del hogar por parte de la cuidadora, pareciera no verse influida por el apoyo familiar que recibe, pues se

evidencia que aquellas que no reciben apoyo asisten de igual manera y por mayores períodos de tiempo a dichos lugares.

El apoyo familiar no influiría significativamente en la realización de actividades recreativas sociales familiares, pues un alto número de cuidadoras no efectúan paseos, a pesar de recibir apoyo familiar.

Existe un 8% de cuidadoras que efectúan visitas y que no reciben apoyo, y un 4,7% que las realiza y cuenta con apoyo familiar. Por lo tanto, no influiría mayormente el apoyo familiar recibido para la realización de la actividad recreativa social familiar de efectuar visitas.

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1 Para CESFAM y/o Centros de salud

El autocuidado de la cuidadora es una actividad esencial, que debe ser parte de los contenidos educativos que entrega el personal de salud en la capacitación que se realice en este contexto. Se deben crear instancias que permitan a las cuidadoras de adultos mayores postrados integrar en su rutina diaria o semanal ejercicios destinados a la prevención tanto de sensaciones de cansancio físicas como psicológicas, con lo cual aumentará la sensación de bienestar general de la cuidadora y los cuidados otorgados al adulto mayor postrado serán más eficientes.

En forma especial el profesional de enfermería, debe reforzar la mantención de la salud de las cuidadoras y la asistencia regular a los controles de salud que requieran, sobre todo de aquellas que son portadoras de enfermedades crónicas.

Utilizar los recursos comunitarios como: Junta de vecinos, centros de madres, grupos religiosos, comunidades educacionales, entre otros, y motivar a los integrantes de estas instituciones a participar en forma voluntaria de capacitaciones para brindar apoyo a las familias que poseen un integrante dependiente, con el fin de aliviar la carga de las cuidadoras y estrechar los lazos comunitarios.

Otorgar a las cuidadoras apoyo psicológico constante, ya sea individual o grupal, para afrontar de mejor manera el cuidado de su familiar postrado y disminuir la carga emocional y mental que esta situación genera.

Durante la determinación del universo y muestra se evidenció una categorización inadecuada de los usuarios incluidos en el programa de atención domiciliaria al paciente con dependencia moderada o severa o postrado, por lo tanto, se sugiere respetar los criterios de inclusión definidos en la norma ministerial para el ingreso y continuidad en el programa, con la aplicación rigurosa del Índice de Katz.

Que el profesional de enfermería, durante la realización de las visitas domiciliarias, utilice un enfoque integral familiar, en donde no sólo preste atención al paciente postrado, sino también preocuparse de valorar e intervenir de manera holística a la cuidadora.

5.2.2 Para las cuidadoras de adultos mayores postrados

Una actividad esencial que ayuda a disminuir la carga de la cuidadora es contar con una buena estrategia de organización de las actividades diarias y del tiempo que se destinará a cada una de ellas. Una de estas estrategias es la elaboración de un calendario de actividades diarias que estipule los tiempos para cada una de éstas, que sea ubicado en un lugar visible en el hogar y que sea cumplido y modificado según las necesidades y el contexto.

Que la cuidadora equilibre el tiempo que dedica al cuidado de su familiar postrado con actividades para su propio cuidado, como instancias de recreación y esparcimiento tanto dentro como fuera del hogar. Esto se puede llevar a cabo a través de la solicitud de ayuda a otros familiares y/o redes de apoyo confiables que suplan a la cuidadora mientras dedica tiempo a estas actividades.

Es fundamental que las cuidadoras le otorguen la importancia necesaria al proceso de comunicar e intercambiar con otros sus sentimientos, preocupaciones, inquietudes y dificultades. Esta comunicación debe ser principalmente realizada con su círculo social más cercano, aumentando así los recursos personales y sociales con que cuentan para afrontar de manera saludable el cuidado de su familiar postrado.

5.2.3 Para otras investigaciones

Es un tema importante e interesante de investigar las repercusiones que implica el asumir el cuidado de un familiar adulto mayor postrado sobre los demás roles que desempeña la cuidadora, como son el ser esposa, madre, trabajadora, entre otros.

Debido a las transformaciones en el modelo tradicional de familia y la progresiva inserción laboral de las mujeres, podría producirse un deterioro del cuidado de las personas dependientes, debido a que esta responsabilidad recae la mayoría de las veces en los miembros femeninos de la familia. Por esta razón es importante realizar estudios que arrojen información periódica sobre estas tendencias y la velocidad en que se producen, con el fin de proyectar soluciones a esta problemática social y familiar que afecta de manera directa a las personas en situación de dependencia.

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

LISTADO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ ASHFORD, L. Datos a destacar de la población mundial en el año 2004[en línea]
<<http://www.prb.org>>
- ² II ASAMBLEA MUNDIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, Envejecimiento. 2002 [en línea]
<http://www.cuentayrazon.org/revista/pdf/124/Num124_018.pdf>
- ³ ALBALA C. y Colbs. Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial. 2007 [en línea]
<<http://www.senama.cl/archivos/SITUACIONCUIDADORES.pdf>>
- ⁴ II ASAMBLEA MUNDIAL DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, Envejecimiento. 2002 [en línea]
<http://www.cuentayrazon.org/revista/pdf/124/Num124_018.pdf>
- ⁵ INE. Estadísticas en salud. 2002 [en línea]
<http://deis.minsal.cl/deis/pobla/pob_censo202.htm>
- ⁶ INE. Estadísticas en salud. 2002 [en línea]
<http://deis.minsal.cl/deis/pobla/pob_censo202.htm>
- ⁷ AGUILERA, N. y HUERTA J. Cuidados de Largo Plazo para el Adulto Mayor en América .CISS-CIESS. 2005 [en línea]
<www.ciss.org.mx/assembly/pdf/es/2005/cadam/Nelly_Aguilera_e.pdf>
- ⁸ ALBALA C. y Colbs. Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial. 2007 [en línea]
<<http://www.senama.cl/archivos/SITUACIONCUIDADORES.pdf>>
- ⁹ ÁVILA C. Situación Epidemiológica del Adulto Mayor en Chile, Perfil Epidemiológico de Chile Actual. 2007 [en línea]
<<http://www.medwave.cl/enfermeria/Enfgeriatrica/1/1.act.>>

- ¹⁰ AGUILERA, N. y HUERTA J. Cuidados de Largo Plazo para el Adulto Mayor en América .CISS-CIESS. 2005 [en línea] <www.ciss.org.mx/assembly/pdf/es/2005/cadam/Nelly_Aguilera_e.pdf>
- ¹¹ ALBALA C. y Colbs. Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial. 2007 [en línea] <<http://www.senama.cl/archivos/SITUACIONCUIDADORES.pdf>>
- ¹² VILLALOBOS A. y Colaboradores. Norma de cuidados domiciliarios de personas que sufren de discapacidad severa. Ministerio de Salud. Julio 2006. Gobierno de Chile. Página 6.
- ¹³ BASTÍAS ARRIAGADA E. y SANHUEZA ALVARADO O. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción, Chile 2004 [en línea] <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art06.pdf>>
- ¹⁴ REDERO H. Las dificultades de las familias cuidadoras de afectados de enfermedades neuromusculares graves. [en línea] <http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/Extra_Ais/Dependencia/Comunicaciones/RederoBellido.pdf>
- ¹⁵ BARBOSA W. La actividad física como soporte biopsicosocial en un grupo de mujeres cuidadoras informales de ancianos dependientes. 2007 [en línea] <<http://hera.ugr.es/tesisugr/16680686.pdf>>
- ¹⁶ PINEDO V, CHÁVEZ H, GÁLVEZ M, MÉNDEZ F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. 2005 [en línea] <<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n3/v16n3ao1.pdf>>
- ¹⁷ ÁVILA C. Situación Epidemiológica del Adulto Mayor en Chile, Perfil Epidemiológico de Chile Actual. 2007 [en línea] <<http://www.medwave.cl/enfermeria/Enfgeriatrica/1/1.act>>

- ¹⁸ HALL, JOANNE Y REDDING, BARBARA. Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de sistemas, 2ª Ed. Washington DC, EUA, OPS 1999, Parte IV. Bases conceptuales para intervenir en los sistemas humanos. Capítulo Once, Pág. 185.
- ¹⁹ MORENO M. Cómo cuidar a un enfermo en casa. Editorial El Manual Moderno, primera edición, 2005, página 8.
- ²⁰ BARRERA L, DUARTE C. Significado que el gerontocuidador no profesional da al cuidado del adulto mayor en el hogar. 2008 [en línea] <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0204.php>>
- ²¹ SÁNCHEZ A. La Mujer Como Proveedora Principal de Apoyo a los Ancianos: El Caso de Puerto Rico. 2008 [en línea] < <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PC541-286-291.pdf>>
- ²² SANHUEZA J. Las dueñas de casa son el grupo de más alto riesgo. 2008 [en línea] <http://www.uai.cl/prontus3_newsletter/site/artic/20080814/pags/20080814102623>
- ²³ ARBELO, A.C. HERNANDEZ R.G. El Anciano Enfermo. Las enfermedades en el transcurso de la vejez. Atención de enfermería [en línea] <<http://www.enferteruel.org/enferteruel/formacio/temas/tema8.doc>>
- ²⁴ KÉROUAC S. y Colaboradores. El Pensamiento Enfermero. Primera Edición. Editorial Elsevier. Barcelona, España. 1996. Capítulo 3. Hacia lo esencial de la disciplina. Página 62.
- ²⁵ KÉROUAC S. y Colaboradores. El Pensamiento Enfermero. Primera Edición. Editorial Elsevier. Barcelona, España. 1996. Capítulo 3. Hacia lo esencial de la disciplina. Página 61.
- ²⁶ LOPATEGUI E, Recreación [en línea] <www.saludmed.com/Bienestar/Cap6/Recrear.html>

BIBLIOGRAFÍA

GENERAL

LISTADO DE BIBLIOGRAFÍA GENERAL

ALBARRAN, M.A. Recreación [en línea]
<<http://www.saludmed.com/Bienestar/Cap6/Recrear.html>> [consulta: 10 de Diciembre, 2007].

AUGSBURGER H. Sentimiento de carga del cuidador de pacientes postrados. Centro de Salud Familiar Las Animas Valdivia 2003 [en línea]
<http://cybertesis.uach.cl:8080/sdx/uach/notice.xsp?id=uach.2003.fma921s%7CTH.7&qid=pcdq&base=documents&id_doc=uach.2003.fma921s&num=&query=&isid=uach.2003.fma921s%7CTH.7&dn=1> [consulta 1 de Diciembre, 2008].

BARRERA MEDINA, LF; DUARTE GODOY, CY. Significado que el geronto cuidador no profesional da al cuidado del adulto mayor en el hogar [en línea] <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0204.php>> [consulta: 10 de Diciembre, 2007].

BASTÍAS ARRIAGADA E. y SANHUEZA ALVARADO O. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción, Chile [en línea] <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art06.pdf>> [consulta: 09 de Diciembre, 2008].

DGPLADES. Índice de Katz [en línea]
<<http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hc6.pdf>> [consulta: 02 de Octubre, 2007].

DONOSO SEPÚLVEDA, A. Orientación para la familia del adulto mayor postrado [en línea]. <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/don_3.htm> [consulta 10 de Diciembre, 2008].

FLORENZANO, Ramón. “Características y modelos teóricos en familia”. En su: “Familia y Salud de los Jóvenes. 1ª Ed. Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile 1994, Páginas. 13-26.

GARAY VENANCIO I. y Colaboradores. Necesidades sentidas de las cuidadoras y recursos necesarios para mejorar su labor [en línea] <http://www.seapremur.com/Congreso_Moratalla/Comunicaciones/Necesidades_sentidas_de_las_cuidadoras.htm> [consulta: 08 de Diciembre, 2008].

GARCIA-CALVENTE, María del Mar, MATEO-RODRIGUEZ, Inmaculada y MAROTO-NAVARRO, Gracia. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de las mujeres [en línea] <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=en&nrm=iso> [consulta: 02 de Octubre, 2007].

GENERALITAT VALENCIANA. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria [en línea] <<http://www.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3785-2004.pdf>> [consulta: 05 de Diciembre, 2007].

GOBIERNO DE CHILE. Ministerio de Salud. Apoyo al cuidado domiciliario de personas de toda edad postradas con discapacidad severa o pérdida de autonomía [en línea] <http://www.minsal.cl/ici/destacados/presentacion_cuarta_medida.ppt#355,3> [consulta: 02 de Octubre, 2007].

GUILLÉN-LLERA. F, RUIPÉREZ. J y SALGADO. A. “Grandes Síndromes Geriátricos”. En su: “Manual de Geriatría”, 3ª ed. Barcelona, España, Masson 2002, Páginas. 657-667.

GUTIERREZ A. URRUTIA M. y CABIESES B. Climaterio y postmenopausia: Aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532006000100003&script=sci_arttext&tlng=es> [consulta: 02 de Diciembre, 2008].

INE. Anuario estadísticas vitales 2003 [en línea]
<http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php> [consulta: 05 de Diciembre, 2007].

INE. Anuario estadísticas vitales 2005 [en línea]
<http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php> [consulta: 05 de Diciembre, 2007].

INE. Censo 2002 [en línea]
<http://www.adimarkgfk.com/medios/estudios/Mapa_Socioeconomico_de_Chile.pdf>
[consulta: 05 de Diciembre, 2007].

JOFRE A. MENDOZA P., Sara. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales [en línea]
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532005000100005&script=sci_arttext>
[consulta: 02 de Octubre, 2007].

KÉROUAC S. y Colaboradores. “El Pensamiento Enfermero”. En su: “Hacia lo esencial de la disciplina”. Primera Edición. Editorial Elsevier. Barcelona, España. 1996. Páginas 61-62.

MARTÍNEZ, A. y colaboradores. The schizophrenic patient and his/her relatives in a process of deep change [en línea].
<<http://74.125.47.132/search?q=cache:vJ5rfTKTHPcJ:www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple1/suple10a.html+carga+economica+del+cuidador&hl=es&ct=clnk&cd=6&gl=cl>> [consulta 10 de Diciembre, 2008].

MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2003 [en línea]
<<http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>> [consulta: 05 de Diciembre, 2007].

MINSAL. Norma de cuidados domiciliarios de Personas que sufren de Discapacidad severa [en línea] <<http://www.minsal.cl>> [consulta: 01 de Diciembre, 2008].

NAVAS, R. ¿Quién cuida a nuestros mayores? [en línea] <<http://www.jubilo.es/asp/pagina.asp?IDPagina=1637>> [consulta: 22 de Septiembre, 2007].

OLEAGADA R, EROSKI Consumer. El Síndrome del Cuidador [en línea] <<http://www.consumer.es/web/es/salud/2002/03/04/38919.php>> [consulta: 22 de Septiembre, 2007].

REDERO H. Las dificultades de las familias cuidadoras de afectados de enfermedades neuromusculares graves [en línea] <http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/Extra_Ais/Dependencia/Comunicaciones/RederoBellido.pdf> [consulta: 05 de Diciembre, 2008].

SENAMA. CHILE. Estudio de situación de los AM dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios [en línea] <http://www.imsersodependencia.csic.es/documentos/documentos/senama_cuidadores_01.pdf> [consulta: 05 de Diciembre, 2008].

SANHUEZA J. "Las dueñas de casa son el grupo de más alto riesgo" [en línea] <http://www.uai.cl/prontus3_newsletter/site/artic/20080814/pags/20080814102623.htm> [consulta: 01 de Diciembre, 2008].

ANEXOS

ANEXO 1
Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Estimada Sra./ Srta:

Solicitamos tenga la amabilidad de responder las siguientes preguntas, que serán de mucha utilidad para el desarrollo de nuestra Tesis de pregrado, de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, sobre las actividades que realizan las cuidadoras de adultos mayores postrados.

El acceder a contestar estas preguntas es voluntario. La negación a responderlas, no perjudicará la atención que recibe usted y su familiar en el Consultorio.

Todas sus respuestas serán confidenciales. Agradecemos de antemano responder a todas las preguntas que se le harán y de la manera más honesta posible.

Muchas gracias por su cooperación

Responsables de la Investigación
Estudiantes de Enfermería
Universidad de Valparaíso

Acepto participar _____

Firma

ANEXO 2

Instrumento de Recolección de Datos

Instrumento de Recolección de Datos

Número Encuesta

Cuestionario para *Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados (CAMP)*

ITEM I: Datos generales de la cuidadora

1. Iniciales:	2. Dirección:		
3. Edad:	5. Escolaridad	6. Trabajo u ocupación	
4. Estado civil a) ___ Soltera b) ___ Casada c) ___ Conviviente d) ___ Viuda	a) ___ Básica incompleta b) ___ Básica completa c) ___ Media incompleta d) ___ Media completa e) ___ Ed. Superior incompleta f) ___ Ed. Superior completa Último año aprobado: _____	a) ___ Trabajo remunerado estable b) ___ Trabajo esporádico remunerado c) ___ Trabajo no remunerado d) ___ Jubilada e) ___ Cesante	
7. Relación con Adulto Mayor Postrado a) ___ Madre b) ___ Esposa c) ___ Conviviente d) ___ Hija e) ___ Tía f) ___ Prima g) ___ Hermana h) ___ Sobrina Otro: _____	8. Ingreso económico global familiar: _____		

ITEM II: Antecedentes de salud

9. Fecha de su último control de salud a) ___ menos de 6 meses b) ___ entre 6 y 12 meses c) ___ más de un año	10. ¿Presenta usted alguna enfermedad crónica? a) ___ Sí b) ___ No ¿Cuáles? _____
---	--

ITEM III: Acceso al CESFAM y/o Centro de salud

11. ¿Cuántas cuadras hay desde su casa al CESFAM y/o Centro de salud?: _____	cuadras			
12. ¿Cuánto tiempo que demora en llegar su casa al CESFAM y/o Centro de Salud? _____	minutos			
13. ¿Va caminando?	Siempre <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
14. ¿Va en locomoción?	Siempre <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
15. Locomoción disponible hacia CESFAM y/o Centro de Salud				
15.1 Microbuses	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2 Taxis Colectivos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3 Locomoción particular	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ITEM IV: Redes de apoyo

Recibe apoyo de:	16.1 CESFAM	16.2 Junta de vecinos	16.3 Centro de madres	16.4 Grupo religioso	16.5 Amigos	16.6 Vecinos	16.7 Familiar
NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuál?: _____

ITEM V: Actividades recreativas

17. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas físicas deportivas como parte de su ejercicio físico				
	a) No realiza	b) Menos de 1 hora	c) Entre 1 y 3 horas	d) Más de 3 horas
17.1 Caminatas				
17.2 Gimnasia				
17.3 Aeróbica				
17.4 Otra ¿cuál?:				

18. HORAS AL DÍA que realiza Actividades recreativas físicas no deportivas				
	a) No realiza	b) Menos de 1 hora	c) Entre 1 y 3 horas	d) Más de 3 horas
18.1 Bordar o tejer				
18.2 Jardinería				
18.3 Pintar				
18.4 Ver televisión				
18.5 Escuchar música				
18.6 Siesta				
18.7 Lectura				
18.8 Otra ¿cuál?:				

19. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas espirituales fuera del hogar				
	a) No realiza	b) Menos de 1 hora	c) Entre 1 y 3 horas	d) Más de 3 horas
19.1 Asistencia a la Iglesia				
19.2 Asistencia a grupos religiosos				
19.3 Asistencia a otros grupos: ¿Cuáles?:				

20. HORAS AL DÍA que realiza Actividades recreativas espirituales dentro del hogar				
	a) No realiza	b) Menos de 1 hora	c) Entre 1 y 3 horas	d) Más de 3 horas
20.1 Leer la Biblia				
20.2 Rezar u orar				
20.3 Otra: ¿cuál?:				

21. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas sociales comunitarias				
	a) No realiza	b) Menos de 1 hora	c) Entre 1 y 3 horas	d) Más de 3 horas
21.1 Paseos				
21.2 Asistencia a junta de vecinos				
21.3 Asistencia a centros de madres				
21.4 Otra ¿cuál?:				

22. Actividades recreativas sociales familiares, especificar NÚMERO A LA SEMANA				
	a) No	b) Una	c) Entre 2 a 3	d) Más de 3
22.1 Recibe visitas				
22.2 Efectúa visitas				
22.3 Contacto telefónico con otros familiares				

ANEXO 3

Instructivo para la Aplicación del Instrumento

Instructivo para la Aplicación del Instrumento

- **Objetivos del Instrumento:**

- Identificar datos generales, antecedentes de salud, accesibilidad al CESFAM y/o Centro de salud y redes de apoyo de las mujeres, mayores de 30 años, cuidadoras principales de adultos mayores postrados que pertenecen al Programa de Postrados de 12 Centros de Salud pertenecientes a Corporación Municipal de Valparaíso.
- Identificar la cantidad y frecuencia de las actividades de recreación que realizan las mujeres, mayores de 30 años, cuidadoras principales de adultos mayores postrados que pertenecen al Programa de Postrados de 12 Centros de Salud pertenecientes a Corporación Municipal de Valparaíso.

El Cuestionario ha sido diseñado para ser aplicado por alumnos tesistas de Cuarto año de enfermería en el respectivo domicilio de cada cuidadora.

Al abordar a la cuidadora, el alumno deberá presentarse, dar a conocer los objetivos de la investigación, solicitar su colaboración y asegurar la confidencialidad de los datos, enfatizando la importancia de la veracidad de sus respuestas, para lo cual utilizará el consentimiento informado.

El encuestador deberá procurar un ambiente tranquilo; brindando el tiempo necesario para que la cuidadora de respuesta a cada ítem.

Las respuestas serán completadas por el encuestador, marcando con una cruz (X) con lápiz de color azul o negro, en el casillero que la entrevistada indique como respuesta.

Con el propósito de resguardar la confiabilidad en la recolección de los datos, las preguntas no serán explicadas, sino que se volverán a leer con distinta velocidad y entonación si se requiere.

Presentación personal: Los alumnos testistas deberán presentarse con delantal blanco y piocha de identificación, o bien, uniforme clínico perteneciente a la institución universitaria.

Descripción: El siguiente instrumento consta de 5 secciones que incluye un total de 22 preguntas; 3 con respuestas acerca de datos generales de la cuidadora, 19 corresponden a preguntas con alternativas de respuesta de tipo nominal, ordinal y dicotómico.

Ítem I: Datos generales de la cuidadora.

Consta de preguntas enumeradas desde el 1 al 8, de las cuales 3 corresponden a preguntas con respuesta específica que ayudan a identificar a las cuidadoras y 5 preguntas con respuesta de alternativa.

- En la pregunta 1, se solicitan las iniciales de la cuidadora a fin de resguardar la confidencialidad de los datos aportados.
(Manera de plantear la pregunta: “¿Cuál es su nombre y apellidos?”).
- En la pregunta 2, se solicita la dirección de la cuidadora.
(Manera de plantear la pregunta: “¿Cuál es su dirección?”).
- En la pregunta 3, se solicita la edad de la cuidadora.
(Manera de plantear la pregunta: “¿Cuál es su edad?”).
- En la pregunta 4, se presentan las alternativas correspondientes al estado civil de la cuidadora.
(Manera de plantear la pregunta: “De los siguientes ¿Cuál es su estado civil?”).

• En la pregunta 5 se plantean rangos de escolaridades vigentes, por lo que es necesario homologar los años de escolaridad actuales con los previos.

- Enseñanza Básica Incompleta: Corresponde a los años de escolaridad aprobados, inferiores a octavo básico.
- Enseñanza Básica completa: Corresponde a los años de escolaridad aprobados hasta octavo básico.
- Enseñanza Media Incompleta: Corresponde a los años de escolaridad aprobados, inferiores a cuarto año de enseñanza media.
- Enseñanza Media Completa: Corresponde a los años de escolaridad aprobados hasta cuarto medio.
- Educación Superior Incompleta: Corresponde a los años de escolaridad cursados en un instituto de formación técnica y/o universidades, que no corresponden al total de los requeridos para la obtención del título.
- Educación Superior Completa: Corresponde a los años de escolaridad cursados en un instituto de formación técnica y/o universidades, que corresponden al total de los requeridos para la obtención del título.

A fin de homologar la enseñanza actual con la impartida en años anteriores se presenta la siguiente clasificación:

- De 1° a 6° de Preparatoria corresponde de 1° a 6° básico.
- De 1° a 2° de Humanidades corresponde a 7° y 8° básico.
- De 3° a 6° de Humanidades corresponde de 1° a 4° medio.

(Manera de plantear la pregunta: “De los siguientes ¿Cuál es su escolaridad y su último año aprobado?”).

- En la pregunta 6, se plantean tipos de trabajos u ocupación, los cuales se definen como:
 - Trabajo remunerado estable: Es el conjunto de actividades propias de una profesión u oficio, que se realizan en una empresa o institución, que están establecidas en un acuerdo entre empleadores y trabajadores en el sistema privado e instituciones y funcionarios en el sistema público, estableciéndose una jornada de trabajo y una remuneración estable producto de sus funciones.
 - Trabajo esporádico remunerado: Es el conjunto de actividades propias de una profesión u oficio, que se realizan en una empresa o institución, que están establecidas en un acuerdo entre empleadores y trabajadores en el sistema privado e instituciones y funcionarios en el sistema público, estableciéndose la prestación de servicios por un período de tiempo breve (igual o inferior a 3 meses) y una remuneración proporcional a los servicios prestados.
 - Trabajo no remunerado: Es el conjunto de actividades propias de una profesión u oficio, producto de las cuales no se percibe un ingreso, en ésta se incluye el trabajo que realiza la dueña de casa.
 - Jubilada: Persona que no trabaja pero que recibe ingresos, producto del trabajo realizado en años anteriores.
 - Cesante: Persona que no trabaja y que no recibe ingresos.

(Manera de plantear la pregunta: “Su profesión u ocupación es de tipo: nombre cada alternativa”)

- En la pregunta 7, se pregunta a la cuidadora sobre el parentesco con el paciente postrado al que cuida, considerándose como respuestas válidas el ser conviviente o ahijada del paciente postrado.

(Manera de plantear la pregunta: “De los siguientes ¿Cuál es el parentesco que usted tiene con la persona que cuida?”).

- En la pregunta 8, se solicitan el ingreso económico global que percibe la familia.

(Manera de plantear la pregunta: “En promedio ¿A cuánto corresponde el ingreso familiar?”).

Ítem II: Antecedentes de salud.

Consta de 2 preguntas, la número 9 y 10, la primera acerca de la asistencia a control de salud y la segunda sobre la presencia o ausencia de enfermedad crónica. En esta última se solicita el nombre de la enfermedad crónica que padece.

(Manera de plantear la pregunta 9: “¿Hace cuanto se realizó usted su último control de salud, ya sea en forma particular o en el centro de salud?”).

(Manera de plantear la pregunta 10: “¿Presenta usted alguna enfermedad crónica? ¿Cuál?”).

Ítem III: Accesibilidad al CESFAM y/o Centro de salud.

- En la pregunta 11, se solicita el número de cuadras desde la casa de la cuidadora al CESFAM y/o Centro de Salud.

(Manera de plantear la pregunta: “¿Cuántas cuadras hay desde su casa al centro de salud?”).

- En la pregunta 12, se solicita el tiempo en minutos que demora la cuidadora en llegar desde su casa al CESFAM y/o Centro de Salud.

(Manera de plantear la pregunta: “¿Cuánto tiempo demora, en minutos, en llegar usted al centro de salud desde su casa, ya sea caminando o en locomoción?”).

- En la pregunta 13 y 14, se consulta sobre la manera de llegar al CESFAM y/o Centro de Salud, siendo éstas caminando o en locomoción. Se cuenta con las siguientes alternativas:

- Siempre: Continuamente va caminando al CESFAM y/o Centro de Salud.
- Frecuentemente: Casi siempre va caminando al CESFAM y/o Centro de Salud.
- Ocasionalmente: Casi nunca va caminando al CESFAM y/o Centro de Salud.
- Nunca: Ninguna vez va caminando al CESFAM y/o Centro de Salud.

(Manera de plantear la pregunta 13: “Cuando va al centro de salud, usted va caminando ¿Siempre, frecuentemente, ocasionalmente o nunca?”).

(Manera de plantear la pregunta 14: “Cuando va al centro de salud, usted va en locomoción ¿Siempre, frecuentemente, ocasionalmente o nunca?”).

- En la pregunta 15, se consulta sobre locomoción disponible hacia CESFAM y/o Centro de Salud, y además si cuentan con locomoción particular.

(Manera de plantear la pregunta: “Para ir al centro de salud, independientemente si usted las utiliza o no, usted cuenta con ¿Microbuses, taxis colectivos o locomoción particular?”).

Ítem IV: Redes de apoyo.

Consta de una pregunta dicotómica, la número 16, la cual menciona una serie de redes de apoyo con las cuales la cuidadora puede contar. En esta pregunta es posible

señalar más de una alternativa, y en caso de existir apoyo familiar, se solicita especificar de quien se trata.

(Manera de plantear la pregunta: “Para cuidar a su familiar, usted recibe ayuda de ¿Centro de salud, junta de vecinos, centros de madres, grupo religioso, amigos, vecinos o familiares? ¿Qué familiar?”).

Ítem V: Actividades recreativas.

Consta de 6 preguntas, enumeradas desde la 17 a la 22, donde se presentan una serie de actividades recreativas clasificadas, que realiza la cuidadora de manera voluntaria y donde se requiere conocer la frecuencia de cada una de ellas. Es válido que la cuidadora responda más de una actividad.

Si la cuidadora realiza una actividad recreativa no mencionada en las alternativas, se solicita especificarla con su respectiva frecuencia.

- En la pregunta 17, se consulta sobre las horas a la semana en que la cuidadora realiza Actividades recreativas físicas deportivas como parte de su ejercicio físico, como:
 - Caminatas: Actividad que realiza una persona durante mínimo 30 minutos, sin otro fin más de caminar.
 - Gimnasia: Actividad que realiza una persona en el que se ejecutan secuencias de movimientos que requieren fuerza, flexibilidad y agilidad, siendo esto sin música.
 - Aeróbica: Actividad que realiza una persona en el que se ejecutan secuencias de movimientos que requieren fuerza, flexibilidad y agilidad, siendo esto al ritmo de la música.

La cuidadora debe especificar si no realiza la actividad, la realiza en menos de una hora, entre 2 y 3 horas o en más de 3 horas a la semana.

(Manera de plantear la pregunta: “En horas a la semana, indique ¿Cuáles de las siguientes actividades recreativas físicas deportivas usted realiza como parte de su ejercicio físico? ¿Realiza otras actividades físicas deportivas diferentes a las nombradas? Nombrar las actividades y las distintas frecuencias”).

- En la pregunta 18, se consulta sobre las horas al día en que la cuidadora realiza actividades recreativas físicas no deportivas. La cuidadora debe especificar si no realiza la actividad, la realiza en menos de una hora, entre 2 y 3 horas o en más de 3 horas al día.

(Manera de plantear la pregunta: “En horas al día, indique ¿Cuáles de las siguientes actividades recreativas físicas no deportivas usted realiza? ¿Realiza otras actividades físicas no deportivas diferentes a las nombradas? Nombrar las actividades y las distintas frecuencias”).

- En la pregunta 19, se solicita responder sobre la cantidad de horas a la semana en que la cuidadora realiza actividades recreativas espirituales fuera del hogar. La cuidadora debe especificar si no realiza la actividad, la realiza en menos de una hora, entre 2 y 3 horas o en más de 3 horas a la semana.

(Manera de plantear la pregunta: “En horas a la semana, indique ¿Cuáles de las siguientes actividades recreativas espirituales usted realiza fuera del hogar? ¿Realiza usted otras actividades espirituales fuera del hogar diferentes a las nombradas? Nombrar las actividades y las distintas frecuencias”).

- En la pregunta 20, se pide que responda respecto de las horas al día en que la cuidadora realiza actividades recreativas espirituales dentro del hogar. La cuidadora debe especificar si no realiza la actividad, la realiza en menos de una hora, entre 2 y 3 horas o en más de 3 horas al día.

(Manera de plantear la pregunta: “En horas al día, indique ¿Cuáles de las siguientes actividades recreativas espirituales usted realiza dentro del hogar? ¿Realiza usted otras

actividades espirituales dentro del hogar diferentes a las nombradas? Nombrar las actividades y las distintas frecuencias”).

- En la pregunta 21, se requiere que responda la cantidad de horas a la semana en que la cuidadora realiza actividades recreativas sociales comunitarias. La cuidadora debe especificar si no realiza la actividad, la realiza en menos de una hora, entre 2 y 3 horas o en más de 3 horas a la semana.

(Manera de plantear la pregunta: “En horas a la semana, indique ¿Cuáles de las siguientes actividades recreativas sociales a nivel comunitario usted realiza? ¿Realiza usted otras actividades recreativas sociales a nivel comunitario diferentes a las nombradas? Nombrar las actividades y las distintas frecuencias”).

- En la pregunta 22, se solicita a la cuidadora que indique el número de veces a la semana que realiza actividades recreativas sociales familiares. La cuidadora debe especificar si no realiza, efectúa visitas o tiene contacto con familiares, si los tiene una vez, si los tiene entre 2 a 3, o si los tiene más de 3 veces a la semana.

(Manera de plantear la pregunta: “En número de veces por semana, indique ¿Cuáles de las siguientes actividades recreativas sociales de tipo familiar realiza usted? Nombrar las actividades y el número de veces por semana”).

ANEXO 4

Estudio de Confiabilidad y Validez del Instrumento

Estudio de Confiabilidad y Validez del Instrumento

Estudio de la confiabilidad del instrumento

Se realiza un análisis individual para los resultados de cada variable en la primera y segunda aplicación del cuestionario. Las variables cuantitativas son analizadas mediante el coeficiente correlación de Spearman y para las variables cualitativas se utiliza la proporción de coincidencias.

a) Las 4 variables cuantitativas: 3. Edad / 8. Ingreso económico global familiar / 11. Cuadras que hay desde su casa al CESFAM y/o Centro de salud / 12. Tiempo que demora en llegar su casa al CESFAM y/o Centro de Salud, todas tienen un correlación 1, dado que las respuestas en el primer y segundo cuestionario fue la misma.

b) Las variables cualitativas, que se presentan en la tabla siguiente, tienen una proporción de coincidencia de la respuesta superior a 80%, 38 variables coinciden en un 100% en las respuestas antes y después; 2 coinciden en un 90% y 6 coinciden en un 80%.

4. Estado civil p=1	5. Escolaridad p=1
6. Trabajo u ocupación p=1	7. Relación con Adulto Mayor Postrado p=1
9. Fecha de su último control de salud p=1	10. ¿Presenta usted alguna enfermedad crónica? p=1
13. ¿Va caminando? p=1	14. ¿Va en locomoción? p=1
15.1 Microbuses p=1	
15.2 Taxi colectivos p=1	
15.3 Locomoción particular p=1	
16.1 CESFAM p=1	16.2 Junta de vecinos p=1
16.3 Centro de madres p=1	16.4 Grupo religioso p=1
16.5 Amigos p=1	16.6 Vecinos p=0,8
16.7 Familiar p=1	
17.1 Caminatas p=1	17.2 Gimnasia p=1
17.3 Aeróbica p=1	17.4 Otra p=1

18.1 Bordar o tejer p=0,8	18.2 Jardinería p=1
18.3 Pintar p=1	18.4 Ver televisión p=0,8
18.5 Escuchar música p=0,8	18.6 Siesta p=0,9
18.7 Lectura p=1	18.8 Otra p=1
19.1 Asistencia a la Iglesia p=0,8	19.2 Asistencia a grupos religiosos p=1
19.3 Asistencia a otros grupos: p=1	
20.1 Leer la Biblia p=1	20.2 Rezar u orar p=1
20.3 Otra: p=1	
21.1 Paseos p=1	21.2 Asistencia a junta de vecinos p=1
21.3 Asistencia a centros de madres p=1	21.4 Otra p=1
22.1 Recibe visitas p=0,8	22.2 Efectúa visitas p=0,9
22.3 Contacto telefónico con familiares o amigos p=1	

c) Analizando de la pregunta 17 a la 22, se estableció una nueva variable Número de actividades que desarrolla la Cuidadora de adultos mayores postrados.

Operacionalmente esta variable se define como sigue:

- Cuando la persona indica que no realiza actividad el resultado es cero.
- Cuando la persona indica algún intervalo de tiempo que realiza la actividad el resultado es uno.
- El número de actividades de las cuidadoras de adultos mayores postrados es igual a la suma de todas las actividades que realiza.
- El número máximo de actividades que podría realizar son 25, distribuidas como sigue:

Pregunta	Máximo de Actividades que realiza
17. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas físicas deportivas	4
18. HORAS AL DÍA que realiza Actividades recreativas físicas no deportivas	8
19. HORAS A LA SEMANA que realiza	3

Actividades recreativas espirituales fuera del hogar	
20. HORAS AL DÍA que realiza Actividades recreativas espirituales dentro del hogar	3
21. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas sociales comunitarias	4
22. Actividades recreativas sociales familiares, especificar NÚMERO A LA SEMANA	3
Total	25

Para estudiar la correlación que existe entre las respuestas sobre número de actividades de las cuidadoras de adultos mayores postrados, en el primer y segundo cuestionario, se utiliza el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Los datos son los siguientes:

Nº Actividades A	Nº Actividades B	orden A	orden B	D = orden A – orden B	D ^2
1	2	1	1	0	0
5	5	3	2,5	0,5	0,25
5	6	3	5	-2	4
5	5	3	2,5	0,5	0,25
6	6	3	5	-2	4
7	6	4,5	5	-0,5	0,25
7	8	4,5	8,5	-4	16
8	8	6	8,5	-2,5	6,25
9	9	7,5	10	-2,5	6,25
9	7	7,5	7	0,5	0,25

Sea N=10 (número de encuestas). El coeficiente de correlación de Spearman está dado por:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)} \quad \rho=0,77$$

Conclusión: El instrumento de medición utilizado en las Cuidadoras de Adultos Mayores Postrados, es confiable debido a que en el caso de las variables cuantitativas la correlación de las respuestas antes y después es uno. Respecto a la proporción de coincidencias en las variables cualitativas es superior a 0,8 (80%), estando la mayoría en 1 (100%). Además el coeficiente de correlación para la variable “número de actividades de la Cuidadora de adultos mayores postrados” es de 0,77, siendo esto una variable general para la respuesta de las cuidadoras.

Observación: Es importante decir que las preguntas en las que la proporción de coincidencias no fue 1, por lo general la diferencia está en realizar más o menos tiempo la actividad, pero no en “No realizarla”; por ejemplo ver televisión, escuchar música, etc.

Estudio de la Validez del Instrumento

Para estudiar la validez del instrumento se emplea un Análisis Factorial. Para esto se utilizaron los datos del primer cuestionario contestado por las cuidadoras de adultos mayores postrados. Las variables y los datos para el análisis fueron:

	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7
REG	16ptos	17ptos	18ptos	19ptos	20ptos	21ptos	22ptos
1	1	0	1	0	2	1	2
2	1	1	1	1	0	0	2
3	2	1	1	0	1	0	2
4	3	0	2	1	1	0	3
5	3	0	3	0	1	0	3
6	1	0	2	0	1	0	2
7	1	0	3	1	2	0	2
8	3	0	4	1	2	0	2
9	1	0	1	0	0	0	0
10	4	0	5	0	1	0	3

Variable	Pregunta a la que corresponde	Definición
16pts	16. Recibe apoyo	Nro. de apoyo que recibe (Min=0, Max=7)
17pts	17. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas físicas deportivas	Nro. de actividades recreativas físicas deportivas que realiza (Min=0, Max=4)
18pts	18. HORAS AL DÍA que realiza Actividades recreativas físicas no deportivas	Nro. de actividades recreativas físicas no deportivas que realiza (Min=0, Max=8)
19pts	19. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas espirituales fuera del hogar	Nro. de actividades recreativas espirituales fuera del hogar que realiza (Min=0, Max=3)
20pts	20. HORAS AL DÍA que realiza Actividades recreativas espirituales dentro del hogar	Nro. de actividades recreativas espirituales dentro del hogar que realiza (Min=0, Max=3)
21pts	21. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas sociales comunitarias	Nro. de actividades recreativas sociales comunitarias que realiza (Min=0, Max=4)
22pts	22. Actividades recreativas sociales familiares, especificar NÚMERO A LA SEMANA	Nro. de actividades recreativas sociales familiares que realiza (Min=0, Max=3)

Resultados del Análisis Factorial:

- Se utilizó análisis de factor por el método de componentes principales.
- Al seleccionar 4 factores se reúne el 90,4% de la variabilidad de los datos.
- Organizando la información en cada factor, se tienen los siguientes datos:

VARIABLE	FACTOR 1	VARIABLE	FACTOR 2	VARIABLE	FACTOR 3	VARIABLE	FACTOR 4
17pto	-0,504	17pto	-0,525	16pto	-0,272	18pto	-0,216
21pto	-0,191	19pto	-0,299	18pto	-0,108	19pto	-0,21
19pto	0,185	16pto	-0,283	21pto	0,049	20pt0	0,02
20pt0	0,521	22pto	-0,094	22pto	0,107	16pto	0,184
22pto	0,744	18pto	-0,091	17pto	0,225	21pto	0,353
16pto	0,838	20pt0	0,667	20pt0	0,396	17pto	0,565
18pto	0,912	21pto	0,868	19pto	0,886	22pto	0,569

Interpretación:

Variable	Pregunta a la que corresponde	Definición
16pts	16. Recibe apoyo	Nro. de apoyo que recibe (Min=0, Max=7)
17pts	17. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas físicas deportivas	Nro. de actividades recreativas físicas deportivas que realiza (Min=0, Max=4)
18pts	18. HORAS AL DÍA que realiza Actividades recreativas físicas no deportivas	Nro. de actividades recreativas físicas no deportivas que realiza (Min=0, Max=8)
19pts	19. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas espirituales fuera del hogar	Nro. de actividades recreativas espirituales fuera del hogar que realiza (Min=0, Max=3)
20pts	20. HORAS AL DÍA que realiza Actividades recreativas espirituales dentro del hogar	Nro. de actividades recreativas espirituales dentro del hogar que realiza (Min=0, Max=3)
21pts	21. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas sociales comunitarias	Nro. de actividades recreativas sociales comunitarias que realiza (Min=0, Max=4)
22pts	22. Actividades recreativas sociales familiares, especificar NÚMERO A LA SEMANA	Nro. de actividades recreativas sociales familiares que realiza (Min=0, Max=3)

1) El Factor 1 reúne las siguientes variables:

Variable	Pregunta a la que corresponde	Definición
16pts	16. Recibe apoyo	Nro. de apoyo que recibe (Min=0, Max=7)
18pts	18. HORAS AL DÍA que realiza Actividades recreativas físicas no deportivas	Nro. de actividades recreativas físicas no deportivas que realiza (Min=0, Max=8)
22pts	22. Actividades recreativas sociales familiares, especificar NÚMERO A LA SEMANA	Nro. de actividades recreativas sociales familiares que realiza (Min=0, Max=3)

- En este factor las variables 16pts y 18pts tienen las mayores ponderaciones y se le puede asociar el término “recibir apoyo y realizar actividad física no deportiva”.
- En este factor la variable 22pts sobre “realizar actividades recreativas sociales familiares” se une a los dos anteriores.

- En este factor la variable 17pts tiene un ponderación en negativo, lo que se puede interpretar como al “recibir apoyo y realizar actividad física no deportiva” se da en forma inversa a “desarrollar actividades recreativas físicas deportivas”.

2) El Factor 2 reúne las siguientes variables:

Variable	Pregunta a la que corresponde	Definición
20pts	20. HORAS AL DÍA que realiza Actividades recreativas espirituales dentro del hogar	Nro. de actividades recreativas espirituales dentro del hogar que realiza (Min=0, Max=3)
21pts	21. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas sociales comunitarias	Nro. de actividades recreativas sociales comunitarias que realiza (Min=0, Max=4)

- En este factor las variables 20pts y 21pts tienen las mayores ponderaciones, y se le puede asociar el término “realizar actividades recreativas espirituales dentro del hogar y sociales comunitarias”.

3) El Factor 3 destaca la siguiente variable:

Variable	Pregunta a la que corresponde	Definición
19pts	19. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas espirituales fuera del hogar	Nro. de actividades recreativas espirituales fuera del hogar que realiza (Min=0, Max=3)

- En este factor la variable 19pts tiene la mayor ponderación, y se le puede asociar el término “realizar actividades recreativas espirituales fuera del hogar”.

4) El Factor 4 reúne las siguientes variables:

Variable	Pregunta a la que corresponde	Definición
17pts	17. HORAS A LA SEMANA que realiza Actividades recreativas físicas deportivas	Nro. de actividades recreativas físicas deportivas que realiza (Min=0, Max=4)
22pts	22. Actividades recreativas sociales familiares, especificar NÚMERO A LA SEMANA	Nro. de actividades recreativas sociales familiares que realiza (Min=0, Max=3)

- En este factor las variables 17pts y 22pts tienen las mayores ponderaciones, y se le puede asociar el término “realizar actividades recreativas físicas deportivas y sociales familiares”.

Conclusión: El análisis factorial entregó una separación de las actividades que realizan las personas junto con el apoyo que recibe. Frente a estos resultados y el nombre que le está asignando a cada factor, se sugiere a los investigadores preguntarse si tiene alguna lógica la unión de estas variables en cada factor.