



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN USUARIA RESPECTO DEL
CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA POSTRADO RELACIONADO
CON FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD EN
CUIDADORES DE PACIENTES INSCRITOS EN EL CESFAM
VIOLETA PARRA DE CHILLÁN EN EL AÑO 2012**

AUTORES:

Espinoza Sanhueza, María José.

Muñoz Cartes, Carmen Paz.

Sanhueza Ortega, María José.

Venegas Candia, Jessica Pamela.

DOCENTE GUÍA:

EU. © Mg. Contreras Contreras,
Sonia Eugenia.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHILLÁN – CHILE

2012

AGRADECIMIENTOS.

A nuestra docente guía en la investigación Sra. Sonia Contreras C., por su permanente apoyo y asesoría.

A los cuidadores de los usuarios postrados del CESFAM Violeta Parra que participaron de este estudio, por su disposición y cooperación.

A los funcionarios del CESFAM Violeta Parra por su autorización y cooperación en la realización de nuestra investigación.

A los funcionarios del CESFAM Isabel Riquelme por autorizar la realización de la muestra piloto.

A nuestras docentes Sra. Patricia Letelier y Sra. Juana Cortés por guiarnos en nuestro proyecto de investigación.

Al estadístico Sr. Miguel Ángel López, por guiarnos en el procesamiento de datos durante nuestra investigación.

A nuestra docente Sra. Elena Espinoza por entregar el respaldo para la realización de nuestra investigación.

A la Sra. Soledad Salazar secretaria de la Escuela de Enfermería, por su apoyo y colaboración otorgada en el desarrollo de esta investigación.

Al Profesor de Lenguaje y Comunicación Sr. Claudio Muñoz Ortega, por la revisión gramatical y ortográfica.

DEDICATORIA.

A Dios, por darnos la oportunidad de vivir y por estar en cada paso que hemos dado, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestras mentes y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido un soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A nuestros seres queridos por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, en la educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo y su amor en aquellos momentos de mayor dificultad.

A la profesión de Enfermería, por llenar nuestras almas, nuestros corazones, en una vocación de servicio a la comunidad y por darnos la oportunidad de a través de nuestro conocimiento brindar una atención de calidad para las personas.

“Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él”

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. RESUMEN Y ABSTRACT.....	3-4
1.2. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3. IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN.....	10
1.4. PROBLEMA.....	12
1.5. PROBLEMATIZACIÓN.....	12
1.6. MARCO TEÓRICO.....	14
1.7. MARCO EMPÍRICO.....	28
1.8. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
1.9. OBJETIVO GENERAL.....	36
1.10. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
1.11. HIPÓTESIS.....	37
1.12. VARIABLES A ESTUDIAR	38
II. DISEÑO METODOLÓGICO	40
2.1. TIPO DE DISEÑO.....	40
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	40
2.4. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	40
2.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	41
2.6. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
2.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR.....	42
2.8 PRUEBA PILOTO.....	44
2.9 PROCESAMIENTO DE DATOS.....	44
III. ANALISIS	45
3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.....	45
3.2 ANALISIS DE RESULTADOS.....	45

3.3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	55
IV. CONCLUSIONES.....	61
4.1 SUGERENCIAS.....	63
4.2 LIMITACIONES.....	64
V. BIBLIOGRAFIA.....	64
VI. ANEXOS.....	73

I. INTRODUCCIÓN

La población de Chile durante el 2011 asciende a más de 17 millones de habitantes con una disminución notable de la mortalidad y la natalidad, lo que conlleva a un aumento significativo de adultos mayores portadores de enfermedades crónicas, que con el paso del tiempo derivan en diferentes grados de dependencia que van desde leve a severa, lo que culmina muchas veces en pacientes encamados o dismóviles (1).

El aumento de los pacientes postrados es una realidad emergente en nuestro país, que trae consigo grandes gastos a nivel hospitalario y una creciente crisis al interior de la familia donde está inserto el usuario, especialmente para aquel integrante encargado de su cuidado diario, es por esto que se hace imperativo medir la percepción de satisfacción usuaria del cuidador, ya que es él quien mantiene un contacto directo con el equipo de salud y quien carga con las tareas que implica mantener en las mejores condiciones al usuario postrado; de la misma manera es relevante conocer cuáles son las variables que interfieren en la percepción de satisfacción usuaria, ya que de esta forma se puede conocer que tan bien implementados están los programas adoptados por el gobierno y el Ministerio de Salud que tienen como finalidad cubrir las necesidades de los pacientes postrados y de sus cuidadores. El objetivo principal de este estudio es medir la percepción de satisfacción usuaria de los cuidadores de pacientes postrados ya que en la actualidad se ha tomado conciencia, y es cada vez más importante brindar servicios de calidad sin distinción de raza, credo, situación económica o social, entre otras.

Durante la revisión bibliográfica, se observa que variables como edad y sexo del cuidador, patología de base del usuario con dependencia, entre otras, podrían incidir en la percepción de la satisfacción de los cuidadores de usuarios

postrados, frente a la atención de salud brindada por los diferentes centros de atención primaria (2).

La finalidad de este estudio es relacionar los factores socio demográficos: edad, sexo y escolaridad del cuidador, ingreso per cápita familiar, número de integrantes del grupo familiar y factores de salud: tiempo que ha ejercido como cuidador formal, depresión, sobrecarga y capacitación del cuidador, además de patología de base del paciente postrado con la percepción de satisfacción usuaria en los cuidadores de los pacientes frente al programa postrado, ya que como anteriormente se planteó los profesionales de salud deben trabajar para lograr satisfacer las necesidades de sus clientes con altos estándares de calidad.

RESUMEN

PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN USUARIA RESPECTO DEL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA POSTRADO RELACIONADO CON FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD EN CUIDADORES DE PACIENTES INSCRITOS EN EL CESFAM VIOLETA PARRA DE CHILLÁN EN EL AÑO 2012.

Antecedentes: El incremento de adultos mayores y de las enfermedades crónicas, ha propiciado que la sociedad asuma el cuidado de este grupo etario. En Chile, el programa postrado, está dedicado a entregar las prestaciones que requieran, además de apoyar al cuidador, quién provee las atenciones necesarias para satisfacer sus necesidades. **Fundamento Teórico de Enfermería:** Teoría de Imogene King **Objetivo:** Relacionar factores sociodemográficos y de salud con percepción de satisfacción usuaria en el cumplimiento del programa postrado de cuidadores de pacientes pertenecientes a dicho programa. **Metodología:** Diseño no experimental, de tipo correlacional y corte transversal a 80 cuidadores de usuarios inscritos en el programa postrados del Centro de Salud Familiar Violeta Parra, Chillán (Chile), contactados mediante visita domiciliaria. Se evaluaron características sociodemográficas y de salud a través de un cuestionario, se aplicó una encuesta de satisfacción usuaria el SERVQUAL modificado. Se analizó con Stata 9.0. **Resultados:** De los cuidadores el 56.25% tiene 55 y más años, el 86.25% son mujeres, el 57.50% tiene 8 o más años de escolaridad, el 70.00% posee un ingreso per cápita menor o igual a \$86.600, el 65.00% posee un grupo familiar de 4 o menos integrantes, el 51.25% ha ejercido como cuidador dos años o menos, el 68.00% no posee depresión, el 65.00% presenta sobrecarga intensa, el 51.25% presenta capacitación, el 50.00% es cuidador de un paciente con patología física y el 53.75% se encuentra totalmente satisfecho. Cuidadores de usuarios con patología psiquiátrica y física presentan menor satisfacción usuaria ($p= 0.003$). **Conclusión:** Las variables sociodemográficas y de salud influyen en la satisfacción usuaria de cuidadores de pacientes inscritos en el programa postrado.

Palabras Claves: Satisfacción usuaria, programa postrado, cuidador, usuario/paciente, variables sociodemográficas y variables de salud.

ABSTRACTS

USER SATISFACTION PERCEIVED AS PRONE COMPLIANCE PROGRAM RELATED WITH SOCIODEMOGRAPHIC AND HEALTH FACTORS IN CAREGIVERS OF PATIENTS ENROLLED AT THE CESFAM VIOLETA PARRA, CHILLÁN, YEAR 2012.

Background: The increase in elderly and chronic disease, has been enabling the society to take care of this age group. In Chile, the Postrado program, is dedicated to delivering the services they require, in addition to supporting the caregiver, who provides the necessary services to meet their needs. **Nurse's Theoretical Foundation:** Imogene King's Theory. **Object:** Relate socio demographic and health factors with perceived user satisfaction in compliance with de program on caregivers of bedridden patients of the program. **Methodology:** No experimental design, of correlational kind and cross-sectional, to 80 caregivers of patients enrolled on the Postrado program, from the Violeta Parra Family Health Center, Chillán (CHILE), using house inspection visits. Were evaluated socio demographic and health characteristics thought a questionnaire and a inquiry of user satisfaction, the modified SERVQUAL. The study was analyzed with Stata 9.0. **Results:** From the caregivers the 56.25% are 55 years and more, the 86.25% are women, the 57.50% have 8 years or more of schooling, the 70.00% have a per capita less than or equal to \$86.600, the 65.00% live with 4 or more relatives, the 51.25% has been a caregiver two or less years, the 68.00% have no depression, the 65.00% have an intense overload, the 51.25% have training, the 50.00% is caregiver of patient with physical and psychiatric disease and the 53.75% is totally satisfied. Caregivers of patients with physical and psychiatric disease are lees satisfied ($p=0.003$). **Conclusion:** The socio demographic and health variables influence user satisfaction of caregivers of patients enrolled in the Postrado program.

Key word: Use satisfaction, Postrado program, caregiver, user/patient, socio demographic and health variables.

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población constituye uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de las últimas décadas. La creciente población de adultos mayores debe ser integrada al desarrollo y a la modernidad, lo que depende en parte importante del Estado, pero también de los propios adultos mayores y de los individuos que se aproximan a dicha etapa de la vida (3).

El envejecimiento corresponde a una etapa de la vida del individuo en la cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y de reacción a los cambios. En nuestro país actualmente un gran número de adultos mayores posee algún tipo de dependencia, es decir, necesita del apoyo de otra persona en mayor o menor grado para poder desenvolverse. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) define dependencia como “La disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales” (4).

En general, distintas definiciones concuerdan con que dependencia y postración se relacionan con condiciones de salud alteradas y como tal, inseparables de discapacidad. Ésta última se define como “disminución de la habilidad para efectuar tareas y actividades específicas que son esenciales para el cuidado personal y la autonomía” (4). Las limitaciones funcionales constituyen el componente principal de los modelos que explican la génesis de la discapacidad.

Todos los cuidadores de aquellos pacientes dependientes, especialmente aquellos con mayores requerimientos son los encargados de evaluar el rol y desempeño de los profesionales de salud, esto a través de la calidad de las prestaciones recibidas.

La sociedad chilena necesita asumir el cuidado de sus adultos mayores y personas con discapacidad severa. El cuidado humanizado de las personas con dependencia severa constituye una de las tareas sociales pendientes más urgentes (5). En la mayor parte de los casos la responsabilidad de cuidar a las personas con enfermedades degenerativas crónicas suele recaer en el ámbito familiar lo cual involucra una gran cantidad de recursos que son destinados a mejorar la calidad de vida de quien padece la enfermedad, esta labor de cuidados de salud en los hogares lo realizan mayoritariamente mujeres, lo que se manifiesta en una sobrecarga de sus tareas cotidianas representando en muchos casos un obstáculo para el desarrollo profesional y personal (6). Cuidador se define como: “la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente, incapaz de auto sustentarse, necesita” (7).

Es importante destacar que el familiar o persona a cargo de cuidar a un usuario dependiente dentro de su hogar, está expuesto a enfrentarse a sobrecarga, depresión, e incluso a patologías físicas debido al estrés generado por la labor que desempeña y de esta manera se afectará su satisfacción en lo que respecta a las expectativas por parte del programa y del personal del centro de salud.

La satisfacción del cliente es definida como “el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de este, del servicio que recibió” (8), o bien, como “la medida en que los profesionales logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario” (8). Al mencionar la percepción de satisfacción del cliente en cuanto al personal de salud y a los servicios entregados, aparece el concepto de calidad, y más profundamente el de calidad percibida, la que es definida como la “evaluación efectuada por el usuario de la experiencia general del producto” (8). En algunos modelos plantean que el estándar es un ideal o bien una evaluación basada en la

experiencia previa con el sistema de salud. La importancia de evaluar la percepción de satisfacción usuaria en diversos programas, es que permite modificar y mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas, desde la perspectiva de los pacientes con respecto al manejo de la calidad del cuidado de la salud y a sus expectativas de resultado. Sin embargo, no siempre se considera la evaluación de la percepción de satisfacción usuaria al momento de evaluar la calidad general de los diversos programas de atención (8).

Hasta 1970, las personas mayores de 60 años representaban el 8% de la población, posteriormente en el Censo de 2002 aumentaron a 11,4% y cuatro años después, de acuerdo a datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2006, las personas mayores de 60 años alcanzaban al 13% de la población total del país. Si se observan las estadísticas poblacionales y junto con ello se analiza el descenso de las tasas de fecundidad y mortalidad en Chile, se logra evidenciar el cambio en la composición etaria de la población, con un aumento sostenido del número de personas adultas mayores que al 2008 superan los dos millones de personas. Ello ubica a Chile en un grupo denominado de envejecimiento avanzado con un 10,2% de adultos mayores en el año 2000, un 12,4% al 2008 y con una proyección de 24,1% para el 2050 (9), es decir, en los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etario, por lo que se proyecta una población de 3.825.000 personas de 60 años y más para el año 2025, lo que representará el 20% de los chilenos (10).

Según datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud en el año 2006 mostró que la población adulto mayor que asistía a controles en la atención primaria correspondía a 541.026 personas en el país, de los cuales un 42,8% eran autovalentes, 29,4% con riesgo, 24,3% dependientes y 3,3% postrados, de los cuales un 88,4% eran mayores de 70 años (11).

El Servicio de Salud Ñuble informa que el año 2007 en la provincia había 1.117 pacientes postrados (12) con un evidente aumento el año 2008 donde se encuentran 2.612 usuarios (13). El año 2010 se tiende a la baja con 2.130 pacientes postrados (14). En base a estas estadísticas, hasta el mes de junio del año 2011 según el Servicio de Salud Ñuble se llevaron a cabo 1.533 visitas a pacientes postrados con discapacidad severa (15).

Al realizar una indagación sistemática de la literatura desde el año 2000 hasta el 2011, se encontró evidencia de medición de la percepción de satisfacción usuaria de los cuidadores de los pacientes que pertenecen al programa postrados en Chile (0 artículos), percepción de la atención recibida (1 artículo), con los factores sociodemográficos, tales como edad, sexo y escolaridad del cuidador (10 artículos), ingreso per cápita familiar y número de integrantes del grupo familiar (0 artículos) y con factores de salud como tiempo que ha ejercido como cuidador formal (2 artículos), patología de base del usuario postrado (2 artículos), sobrecarga, depresión y capacitación del cuidador (8 artículos), además de estudio de dependencia (2 artículos). Se considera fundamental evaluar la percepción de satisfacción de los cuidadores de los pacientes, ya que se relaciona de manera positiva y significativa con los resultados obtenidos por el servicio proporcionado en salud y además nos permite evidenciar la existencia de una serie de factores que influyen en la satisfacción de los usuarios con relación a la atención de salud recibida. Las investigaciones han señalado que: las patologías físicas y fundamentalmente psiquiátricas que padecen los consultantes; como también edad, sexo y nivel socioeconómico del cuidador influyen en la actitud hacia la salud en general.

Por lo tanto, es importante verificar la influencia que tales variables poseen en el grado de satisfacción de los usuarios cuidadores ya que estas darán directrices de cómo se encuentra el sistema de salud en Chile y serán una guía

para conocer cómo abordar al paciente y así proporcionar una atención de calidad que lo considere de manera holística.

En consecuencia resulta importante estudiar este tema, pues la esperanza de vida ha aumentado, la pirámide demográfica se ha invertido y existe un incremento progresivo de adultos mayores, lo que conlleva a un alto índice de enfermedades crónicas las cuales derivan en postración (1).

Es de suma relevancia conocer el grado de satisfacción usuaria de los cuidadores respecto del programa postrados, ya que la calidad se evidencia en la complacencia de las personas y el estar al tanto de ellas permite diferenciar lo que está bien de lo que está mal, y de esta manera retroalimentar el sistema para entregar una atención que vislumbre en forma integral al usuario y por lo tanto permitir el aumento de su satisfacción, como también les facilitará a los organismos superiores generar políticas para abordar la insatisfacción presente en los usuarios que hagan uso de esta garantía.

El tema se abordó bajo un enfoque cuantitativo, de carácter correlacional en un contexto representativo.

1.2 IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN

Con el paso de los años la tasa de adultos mayores ha aumentado, así como también la cantidad de usuarios postrados que dependen de alguien para realizar las actividades de la vida diaria. Medir la satisfacción usuaria de los cuidadores, permite conocer el grado en que las expectativas de atención que éstos poseen se alinean con la calidad de la atención brindada por los profesionales de la salud, especialmente en el área de enfermería, debido a que es el enfermero el responsable de liderar el equipo en lo que concierne a los pacientes postrados pertenecientes al programa implementado por el Ministerio de Salud (MINSAL) (8).

La atención primaria de salud, es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud y constituye parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (16).

La atención primaria se define como “la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia entre uno o más miembros del equipo de salud, con uno o más integrantes de la familia generada por el problema de salud de uno de sus miembros, en base a la necesidad de establecer un conocimiento más profundo con todo el núcleo familiar al ingreso del usuario o por solicitud de algunos de sus integrantes” (17), lo cual es de suma importancia en la atención de los pacientes que se ven imposibilitados al acceso del Centro de Salud Familiar (CESFAM) al que pertenecen, tal como ocurre en los pacientes que poseen postración severa, debido a las limitaciones que esto conlleva (18).

Es por dicha razón que la labor del profesional de enfermería es tan relevante, ya que es éste quien lidera al equipo y está a cargo de coordinar todas las acciones que agrupa el programa postrado, el enfermero/a es quien debe

organizar la atención que recibirá el usuario en su hogar, ya sea con fines de tratamiento o visitas de seguimiento, además de entregar las educaciones y capacitaciones pertinentes a su cuidador, brindando así una atención integral.

El enfermero/a debe ser capaz de guiar a todo el equipo de salud e incentivarlo, para que cada uno de los integrantes se comprometa con el objetivo que persigue el programa que es “Mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador/a, impidiendo de este modo la institucionalización. Para que las familias sean protagonistas en el cuidado de los adultos mayores y personas con dependencia de todas las edades que deben recibir apoyo externo” (19).

Cabe destacar que el enfermero/a no sólo debe preocuparse del proceso asistencial que conlleva atender a un usuario postrado, sino que también debe ser un apoyo constante para la familia, el usuario y su propio equipo de trabajo, con la finalidad de que todas las energías estén orientadas hacia el objetivo planteado.

Existe evidencia empírica sobre cuáles son las variables que influyen en la percepción de satisfacción de los cuidadores de estos clientes, sin embargo, se hace necesario continuar investigando, debido a que el poseer un conocimiento estricto de cuáles son estas variables, podrían constituirse en un indicador de cómo se siente el cliente y la familia respecto de la atención de enfermería recibida.

El poseer información de los factores que influyen en la percepción de satisfacción usuaria de los cuidadores, permite medir la calidad del programa postrado. Ella está directamente relacionada con la calidad del programa, si los cuidadores del usuario se sienten satisfechos quiere decir que el trabajo y las garantías están siendo entregados de manera correcta y, por lo tanto, el programa es efectivo en lo que busca, que es apoyar y mantener en las mejores condiciones a los pacientes postrados y sus familias.

PROBLEMA Y PROBLEMATIZACIÓN

1.3 Problema:

¿Existe relación entre percepción de satisfacción usuaria respecto del cumplimiento del programa postrado y factores sociodemográficos y de salud en los cuidadores de pacientes inscritos al CESFAM Violeta Parra de Chillán en el año 2012?

1.4 Problematización:

A partir del problema se plantearon las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la edad promedio, sexo predominante y escolaridad del cuidador, ingreso per cápita familiar más frecuente, y número de integrantes promedio del grupo familiar de los participantes en estudio?
- ¿Cuál es el tiempo que ha ejercido como cuidador formal del usuario con dependencia severa, existencia de depresión, sobrecarga y evidencia de capacitación de los participantes en estudio?
- ¿Cuál es el tipo patología de base que posee el paciente postrado, física o psiquiátrica?
- ¿Cuál es la percepción de satisfacción usuaria respecto del cumplimiento del programa postrados de los participantes en estudio?
- ¿Influye la edad en la percepción de satisfacción usuaria de los participantes en estudio?

- ¿Influye el sexo en la percepción de satisfacción usuaria de los participantes en estudio?
- ¿Influye la escolaridad en la percepción de satisfacción usuaria de los participantes en estudio?
- ¿Influye el ingreso per cápita familiar en la percepción de satisfacción usuaria de los participantes en estudio?
- ¿Influye el número de integrantes del grupo familiar en la percepción de satisfacción usuaria de los participantes en estudio?
- ¿Influye tiempo que ha ejercido como cuidador formal del usuario con dependencia severa en la percepción de satisfacción usuaria de los participantes en estudio?
- ¿Influye la depresión en la percepción de satisfacción usuaria de los participantes en estudio?
- ¿Influye la sobrecarga en la percepción de satisfacción usuaria de los pacientes en estudio?
- ¿Influye la capacitación recibida en la percepción de satisfacción usuaria de los pacientes en estudio?
- ¿Influye la patología de base del usuario postrado en la percepción de satisfacción usuaria de los participantes en estudio?

1.5 MARCO TEÓRICO

Chile, a partir de la década de los 90', se inserta en una etapa denominada "Etapa de transición demográfica avanzada" respecto al envejecimiento de su población. Esta etapa quiere decir que el crecimiento anual de la población es menor al 1% (20).

Entre los años 1969 y 1997, la tasa de crecimiento en Chile se redujo en un 43%. Lo que nos indica un descenso tanto en la mortalidad como en la natalidad de la población. Ésta situación ha concluido en un cambio en la composición del número de personas según grupo etario, aumentando en número los adultos mayores y disminuyendo los niños y jóvenes (20).

Se hace imperativo señalar que el proceso de envejecimiento no es homogéneo en todas las regiones del país, según el CENSO realizado el año 2002, la región con mayor porcentaje de adulto mayores es la quinta región de Valparaíso, con un 12.44% del total de adultos mayores del país, en segundo lugar se encuentra la novena región de la Araucanía con un 10.7% y en tercer lugar la décima o región de los Lagos con un 10.1% (Considerando como adulto mayor a toda persona de 60 años o más.) (20).

A nivel nacional existen dos clasificaciones, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) quien adopta la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para definir a los adultos mayores la cual define como adulto mayor a aquellas personas de 60 y más años, definición validada a nivel mundial (21). A lo anterior debemos agregar los cambios físicos, psicológicos y sociales que se van experimentando junto al paso de los años, resultado del envejecimiento celular.

Langarica Salazar (1985), citada por García, Henríquez M. (2006) en el libro de "Enfermería Geriátrica", afirma que "el envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible,

que se presentan antes que las manifestaciones externas le otorguen al individuo un aspecto de anciano” (22).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S, 2002), define el envejecimiento como “el deterioro de las funciones, progresivo y generalizado, que produce una pérdida de respuestas adaptativas al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad” (23).

Según Miller, citada por Ángela Staab, (1990) desde el punto de vista objetivo, el envejecimiento comienza con el nacimiento, pero se asocia más con el anciano o el adulto en edad avanzada. Cronológicamente y legalmente, se considera viejo a la persona de 65 años de edad o más. La edad subjetiva puede estar relacionada con sentimientos personales, edad personal, edad cognitiva, edad social, edad de serotipo, edad comparativa y edad percibida o auto percibida (24).

Coderch señala que, aún la vejez ha de ser considerada como otra de las fases del desarrollo del curso vital de cada persona, en el sentido de que no es estática y de que las respuestas defensivas ante los déficit somáticos y psicosociales son las manifestaciones de esfuerzo a la adaptación, tal como se manifiesta en las otras etapas frente a las dificultades que se presentan (25).

Derivado de lo anterior y junto con el conocimiento que con el proceso de envejecimiento aparecen asociadas múltiples afecciones de salud, no es raro ver centros de atención primaria con gran demanda por parte de usuarios longevos. Es por ello que el gobierno ha implementado programas de salud orientados específicamente a estos pacientes, a través de la atención primaria, acompañándolos en los diferentes procesos y afectaciones que estos presenten a través de su ciclo vital, ya sea en instituciones de atención primaria o en el domicilio de los usuarios que se ven imposibilitados al acceso del Centro de Salud Familiar (CESFAM), al que pertenecen, como es el caso de los pacientes que poseen postración severa, debido a las limitaciones que esto conlleva.

Los cambios que se producen a medida que envejecemos hacen de la persona mayor alguien vulnerable y susceptible de llegar a algún nivel de dependencia. Algunas personas mayores por falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria (comer, caminar, asearse, vestirse, bañarse, ir al baño) y/o instrumentales (usar el teléfono, comprar, preparar la comida, tareas domésticas, utilizar transporte, tomarse sus medicamentos, administrar el dinero, salir a la calle). Cuando la dependencia es definitiva y se necesita de manera sistemática cuidados de otra persona, hablamos de cuidados a largo plazo (26).

La fragilidad, problemas de movilidad, enfermedades, limitaciones sensoriales, consumo de fármacos, factores psicológicos, depresión, factores vinculados a la personalidad y factores ambientales son determinantes en la dependencia de una persona mayor:

- Fragilidad, problemas de movilidad y enfermedades: El deterioro de algunos sistemas provoca disminución de la fuerza física, movilidad y equilibrio. Esta suele ir asociada al deterioro o empeoramiento de la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Este declive del organismo biológico se produce en todas las personas, aunque existen amplias diferencias en la forma en la que se envejece y en la que se afronta el envejecimiento. Además, el padecimiento durante la vejez de enfermedades crónicas tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, accidente vascular cerebral, enfermedad respiratoria crónica (EPOC), párkinson, demencia, artrosis, osteoporosis y fracturas provocadas por caídas u otros accidentes, contribuyen a la dependencia.
- Limitaciones sensoriales: Sobre todo problemas de visión y audición influyen en gran medida en la dependencia de las personas mayores,

porque dificultan de manera notable su interacción con el medio físico y social.

- Consumo de fármacos: La elevada frecuencia de enfermedades de diversos tipos entre las personas mayores trae consigo un alto consumo de fármacos que, a su vez, suele implicar efectos secundarios e interacciones farmacológicas no deseadas. La confusión, el deterioro cognitivo adicional, los efectos sedantes, la toxicidad cardíaca o la hipotensión ortostática son síntomas que provienen con frecuencia del consumo de fármacos por las personas mayores y tienden a aumentar su dependencia.
- Factores psicológicos: Los trastornos cognitivos asociados al padecimiento de demencias como Alzheimer o los que se desarrollan tras sufrir un accidente cerebrovascular, son los problemas que afectan de forma más severa a la dependencia de las personas mayores porque limitan su actividad intelectual y su capacidad de recuerdo, de comunicación con los demás, de realización de acciones cotidianas, entre otros.
- La depresión contribuye de manera significativa a la dependencia en la edad avanzada. Lleva al aislamiento social, provoca un aumento de quejas sobre uno mismo y aumenta el declive cognitivo y funcional, todos ellos factores que potencian la dependencia.
- Factores vinculados a la personalidad: Las experiencias y aprendizajes a lo largo de la vida hacen que con la vejez las personas puedan transformar sus demandas y su postura sobre la aceptación de ayuda exterior ante las distintas situaciones de la vida cotidiana.
- Factores ambientales: Se refieren tanto al ambiente físico donde vive la persona mayor como a las actitudes y comportamientos de las personas cercanas a los mayores dependientes. Ambos pueden actuar ya sea a favor de su autonomía, o a favor de su dependencia (26).

Cuidar a las personas mayores, cuando no pueden satisfacer sus necesidades por sí solas, exige una gran capacidad humana para respetar la dignidad de ese otro a quien se está cuidando.

En la Encuesta Nacional de salud de 2004 se registraron 917.939 chilenos (5,7% de la población) como discapacitados moderados/severos, necesitados de apoyo en actividades de la vida diaria. El 68,71% de ellos es cuidado por familiares directos, generando una crisis por sobrecarga. A las situaciones generales de estrés vivenciadas por la familia, producto de la evolución de sus propios miembros, se agrega la situación de dependencia severa de unos de sus integrantes (7).

El programa postrado está orientado a cubrir las necesidades y requerimientos terapéuticos de estos pacientes, además de entregar las herramientas necesarias a familias y cuidadores para proporcionar cuidados de calidad a los usuarios. Junto con ello, pretende proteger y velar por la integridad física y psicológica del cuidador, el que por lo general se encuentra con una carga de estrés elevada.

Este programa incrementa la calidad del cuidado del postrado con la participación de todo el equipo de salud, proporcionando un alivio significativo a la familia.

Los objetivos son: mejorar la calidad del cuidado de la persona en su domicilio, la capacitación permanente al familiar cuidador, aliviar al familiar que cuida a través de un apoyo monetario e impedir la institucionalización (27).

Éste cuenta con recursos para costear los insumos necesarios para curaciones y medicamentos, además de otros destinados al pago de estipendios al cuidador que se dedica totalmente al usuario postrado, sin recibir otra remuneración por tal cuidado. Además de estas intervenciones, se realizan visitas domiciliarias, donde junto con prestar cuidados, se constata que el paciente

continúe en condición de postrado y que el cuidador esté cumpliendo fehacientemente sus obligaciones para con el paciente encamado, incluyendo mantenerlo en las mejores condiciones higiénicas y de salud.

Los requisitos para pertenecer al programa son: ser paciente postrado con discapacidad severa o pérdida severa de la autonomía, poseer un cuidador o familiar responsable capacitado por el equipo de salud y estar clasificado como beneficiario del Fondo Nacional de Salud (FONASA), de la Pensión Asistencial (PASIS) o Chile Solidario para ser beneficiario del estipendio (28).

La persona postrada es aquella que requiere de apoyo, guía y/o supervisión total en actividades de la vida diaria (según índice de Katz), apoyo de terceros para cambios de posición de cama y transferencias cama/silla, siendo esta situación de discapacidad irreversible (29). Enfermería, como profesión integral, se preocupa de cubrir todas las necesidades y de gestionar con el resto del equipo interdisciplinario, todas las medidas necesarias para mantener al usuario en óptimas condiciones, a través de atenciones personalizadas y de calidad, capacitando además al cuidador para que éste entregue los cuidados pertinentes al usuario con dependencia severa en el hogar.

Las necesidades de alimentación, eliminación, reposo, sueño, movilidad, hidratación, respiración, protección, higiene y confort constituyen la base que toda familia debe proveer a su familiar postrado para asegurar un mínimo bienestar. El satisfacer dichas necesidades en la mayoría de las situaciones genera estrés por sobrecarga en el cuidador y su familia.

Actualmente, el esfuerzo por mantener y mejorar la calidad de la atención médica es una preocupación permanente de los sistemas de salud, tanto en instituciones públicas como privadas. Esto ha motivado el interés por evaluar la calidad de las prestaciones de salud, implementándose estrategias para garantizar la satisfacción del usuario ya sea paciente o cuidador, ya que en circunstancias de

pacientes con dependencia severa, el cuidador asume un rol fundamental en la interacción con los profesionales de salud en relación con la atención de salud recibida en el hogar (8).

Son múltiples las definiciones que se han generado a partir del concepto “calidad de la atención médica”. Lee & Jones, definieron el concepto de “buena atención” como “la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o período determinado” (30).

Según Donabedian, citado en Oliva (2004), la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grado variable. Esa propiedad se podría definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos disponibles y los valores sociales imperantes. Siendo el precursor del análisis de la calidad de la atención, representando una contribución importante. Donabedian señala que a través del estudio de las dimensiones de estructura, proceso y resultados se pueden medir diferentes variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Esto supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fáciles y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y únicamente de la respuesta (8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS; 1985) señala que: Calidad en asistencia sanitaria es “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso” (8).

Para evaluar calidad en salud es importante precisar los atributos que tendría que tener una atención óptima. En primer lugar la efectividad o el poder del tratamiento o procedimiento para elevar el nivel de salud; la eficiencia del producto

de la relación entre lo alcanzado y los medios disponibles; la competencia, lograda a través de una mejor utilización de los conocimientos para proporcionar salud y satisfacción a los usuarios, ya sea por las técnicas empleadas, como por las relaciones interpersonales (8).

La provisión de servicios de buena calidad involucra una multiplicidad de acciones a distintos niveles, teniendo como principales actores en el proceso de la atención: el prestador de servicios y el usuario. De los clientes se obtiene la información acerca del desempeño y la calidad para determinar en qué medida los servicios satisfacen las necesidades y expectativas. Por lo tanto, es necesario que las organizaciones de salud conozcan la forma en que sus clientes evalúan la calidad de sus servicios y su atención (8).

Se ha definido satisfacción del cliente como “el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de este del servicio que recibió, o bien, como la medida en que los profesionales logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario” (8).

Pálmer, define la calidad como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles, y logrando la adhesión y satisfacción del usuario” (31).

La calidad percibida es definida como “una evaluación efectuada por el usuario de la experiencia general del producto”. De este modo, la calidad percibida es un instrumento evaluativo, en que algunos modelos plantean que el estándar es un ideal o bien una evaluación basada en la experiencia previa con el sistema de salud (8).

Oliva en su estudio menciona una serie de factores que influyen en la percepción de satisfacción de los usuarios con relación a la atención de salud percibida, algunos de ellos son: el género profesional; especialidad del profesional; tipo de relación que se establece entre el paciente y el profesional; patologías

físicas y fundamentalmente psiquiátricas que padecen los consultantes; carga de trabajo que mantienen los profesionales que atienden a los pacientes; alta consideración de las preferencias, de las opciones y de la participación de los usuarios por parte de quienes desarrollan los programas de atención. Edad, sexo y nivel socioeconómico de los consultantes influye en la actitud hacia la salud en general (8).

La importancia de evaluar la percepción de satisfacción usuaria en diversos programas, es que permite modificar y mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas, desde la perspectiva de los pacientes con respecto al manejo de la calidad del cuidado de la salud y a sus expectativas de resultado. Sin embargo, no siempre se considera la evaluación de la percepción de satisfacción usuaria al momento de evaluar la calidad general de los diversos programas de atención. Esto se debe principalmente a la dificultad y a la polémica que existe hasta el día de hoy para definir y operacionalizar la satisfacción usuaria, ya que existen dos posibles vías para evaluarla; considerando la satisfacción usuaria como constructo unidimensional, es decir, se postula que una única dimensión refleja la satisfacción general; y/o como un conjunto de juicios, características o aspectos del cuidado médico tales como conducta del personal, la relación profesional-paciente, la disponibilidad del servicio, su accesibilidad, competencia técnica y eficacia de la atención reflejado en el estado de salud obtenido, entre otros (8).

Oliva señala que para obtener una real comprensión de la percepción de satisfacción del usuario con los servicios médicos, es necesario evaluar de modo integrado las dos perspectivas, complementando ambos modelos (8).

La propuesta de Donabedian, mencionada en Oliva (2004), de analizar la atención sanitaria en tres dimensiones, estructura, proceso y resultado, ha sido universalmente aceptada y se ha convertido en un modelo de uso común en las actividades de evaluación de la satisfacción usuaria (8).

Por estructura se entiende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos donde trabajan y de la organización que se adopta.

Proceso se refiere al conjunto de las actividades que los profesionales realizan, por o para el paciente, así como la respuesta de los pacientes a esas actividades.

El resultado se refiere a los logros alcanzados tanto en el ámbito de salud del paciente o de la población a que se refiere. El paciente percibe un cambio (positivo o negativo) en el estado de salud atribuible a la atención.

De otro modo, la satisfacción usuaria también es considerada como un indicador de calidad de resultados y se le define como “el grado de cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario en relación a los servicios que éste le ofrece” (32). Desde donde se le puede interpretar como:

1) Conocer las expectativas y luego el grado de cumplimiento por parte del sistema respecto de las expectativas que frente a él tiene el usuario.

2) Reacción del receptor de atención a aspectos importantes de su experiencia en relación a los servicios de salud.

3) Evaluación cognitiva de la reacción emocional del usuario a la estructura, proceso y resultado de los servicios de salud.

4) Medida de actitudes, creencias y percepciones de los usuarios en relación a los servicios de salud.

5) Estado de satisfacción entendido como lo recibido es técnicamente bueno, humanamente agradable y contribuye a resolver un problema físico y/o psicosocial (32).

Así también, el conocimiento de la percepción de satisfacción usuaria tiene particular relevancia ya que aporta un diagnóstico de los problemas de calidad de la atención y de la gestión visualizados por el usuario, el que complementa el diagnóstico técnico hecho por el equipo de salud, lo que permite que en el proceso de toma de decisiones se incluya la opinión usuaria (32).

Es por esto entonces, que se puede explicar la relevancia que adquiere la medición de la percepción de satisfacción usuaria en los sistemas de salud actuales. Ya que hoy en día, el usuario junto a su familia son actores críticos y demandantes de las diversas actividades sanitarias que se realizan en los centros de salud.

FUNDAMENTACIONES TEÓRICAS EN ENFERMERÍA.

TEORIA DE IMOGENE KING

La teoría de King propone un marco conceptual de sistemas abiertos como su base. Su visión del proceso de enfermería hace especial énfasis en los procesos interpersonales, basándose en la teoría general de sistemas, la teoría de consecución de objetivos, la ciencia de la conducta y el razonamiento inductivo y deductivo. Dentro del sistema personal, examina estudios relacionados con la percepción de Allport, Kelley y Hammond, Ittleson y Cantril, entre otros. Al exponer su definición de espacio, utiliza estudios de Sommer y Ardrey, y se remite a la investigación de Minckley. Para el concepto de tiempo, reconoce el trabajo de Orme.

Dentro del sistema interpersonal, King presenta teorías y modelos de comunicación, y cita los estudios de Watzlawick, Beavin y Jackson, y Krieger. Para buscar información sobre interacción, examina los estudios de Whiting, Orlando y Diers y Schmidt. También menciona la teoría del conocimiento de Dewey y Bentley, que trata de la autoacción, interacción y transacción en *Knowing and the Known*, y el trabajo de Kunh sobre transacciones.

La filosofía personal de King sobre los seres humanos y la vida tiene un claro reflejo en sus supuestos teóricos. En éstos se incluyen los aspectos relativos al entorno, la salud, la enfermería, las personas y las interacciones enfermera- paciente. Su marco sistémico y su teoría de la consecución de objetivos se basa en el supuesto general de que el interés central de la enfermería es el ser humano, en la interacción con su entorno, lo que conduce a las personas a un estado de salud, entendido como la capacidad para desempeñar un rol social (33).

Afirmaciones Teóricas:

La teoría de la consecución de objetivos de King se centra en el sistema interpersonal y en las interacciones que tienen lugar entre las personas, en particular en la relación enfermera-usuario. En el proceso de enfermería, cada miembro de esta díada tiene una percepción de otro, establece juicios de valor y ejecuta acciones. El resultado de todo ello da lugar a una reacción, produciéndose la interacción y si existe coherencia en la percepción y se resuelven las posibles interferencias, se empiezan a producir transacciones. El sistema es abierto, por lo que permite la retroalimentación, debido a que toda percepción puede, potencialmente, acusar la influencia de cada actividad (33).

Inicialmente King afirmó: "... Si las enfermeras deben asumir los roles y las responsabilidades que se les atribuyen, el descubrimiento del conocimiento debe difundirse de modo que sean capaces de utilizarlo en su práctica. Los datos descriptivos recogidos de manera sistemática sirven para generar hipótesis para la investigación de la conducta humana en situaciones enfermeras" (34).

Con base a lo planteado por la teorista King, la relación enfermera- usuario, está dada por la atención brindada por el profesional y como es la respuesta del usuario en base a las intervenciones, teniendo en cuenta que satisfacción del usuario dependerá del trato y relación mutua, ya que ambos son capaces de influir en el otro. Esta debe ser una interrelación, con base en la complementación y apoyo que se brinden, de esta manera se mantendrá un equilibrio, en el estudio se investigará esta relación usuario- profesional, y la satisfacción de los clientes en cuanto a su interacción con el operador, relacionándolo con variables tanto sociodemográficas, como de salud.

A través de King se pretende abordar la temática de la relación enfermera-usuario, como la relación de ambos, influye en las intervenciones brindadas, en la percepción y en la respuesta de los cuidadores de los pacientes postrados. La importancia de esto es detectar y por sobre todo resaltar la importancia de la

interrelación del usuario con el profesional, ya que ésta tendrá directa relación con la percepción de la satisfacción por parte de la comunidad y las familias e influirá en la conducta y actitud del profesional, es por ello que resulta esencial mantener y fomentar una relación de empatía y comunión entre ambos. Durante las visitas domiciliarias, la enfermera/o debe ser capaz de detectar y jerarquizar las necesidades del usuario, el cuidador y de las familias de estos, ya que lo más importante durante estas instancias de convivencia es la comunicación durante la anamnesis y el ser capaz de llegar a aquellas necesidades psicológicas y de sobrecarga que pueda experimentar el cuidador e incidir en los cuidados que este brinda al usuario postrado, tanto física como psicológicamente.

En su Teoría King postula que las personas son seres espirituales, que tienen la capacidad de pensar, saber y tomar decisiones, pero por sobre todo hace énfasis en que son únicos, holísticos y que tienen la capacidad de pensar racionalmente. Su Teoría está basada en la consecución de objetivos, ya que la enfermera y el usuario poseen una percepción, juicio y acción propias e independientes, pero que interactúan provocando una reacción, para una posterior transacción y así retroalimentarse de manera positiva ambas partes y obteniendo lo mejor de cada uno en pro del otro, logrando un anhelado equilibrio.

1.6 MARCO EMPIRICO

Aznar, C. y Col. (España, 1998), en el estudio transversal, titulado “Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza”, con una muestra significativa de 351 Personas Mayores no institucionalizados. Se apreció en los resultados que la prevalencia de dependencia para las actividades del cuidado personal es de un 37,3%. Las variables que predicen la dependencia para las actividades del cuidado personal son: una mala percepción de salud, depresión establecida, ser mujer y ser mayor de 85 años. La prevalencia de necesidades de apoyo no cubiertas en personas dependientes para las actividades del cuidado personal es de 22,1%. El apoyo informal lo presta la familia. Ser mujer y vivir sola se presenta como un factor de riesgo para no tener las necesidades cubiertas, así como también no estar deprimido (35).

Reyes-Ortiz, C (1998) en su estudio de tipo descriptivo, de corte transversal retrospectivo titulado “Visitas Domiciliarias En Pacientes Geriátricos”, tuvo por objetivo describir las necesidades de salud y necesidades sociales de los pensionados recluidos en casa. Las visitas domiciliarias se indican en ancianos de alto riesgo o recluidos en la casa. Para describir las necesidades médico-sociales, se evaluaron 75 pensionados. Esto incluyó datos sociales y clínicos, funciones física y psíquica, función familiar y ambiente. La edad promedio fue 80.3 años, hubo 3.9 diagnósticos y 4.4 fármacos/paciente; 89% tenían un estado socioeconómico bajo. En casi 85% de las mujeres y 94% de los hombres se pudo apreciar una incapacidad física moderada-severa. Más o menos en 44% de las mujeres y en 48% de los hombres se observó alguna incapacidad psíquica moderada-severa. Había una disfunción familiar moderada en 39% y severa en 28% de ellos. Una cifra alta de los hogares, 96%, tenían por lo menos un problema ambiental; los más frecuentes fueron accesibilidad, 60%; espacio inadecuado, 52%; peligros arquitectónicos, 47%; e inseguridad, 39%. En estos pensionados se encontró una prevalencia alta de necesidades médico-sociales (36).

Marilaf, Magdalena (2002), en su estudio titulado Percepción que tiene el paciente postrado, el cuidador y los integrantes del equipo de salud sobre la atención que se le brinda al paciente postrado perteneciente al consultorio rural Belarmina Paredes de Futrono.

Tiene por objetivo analizar la percepción que tiene el cuidador de la atención que le brinda al paciente y la atención que otorga el equipo de salud del consultorio de Futrono al paciente postrado.

Es un estudio cuali-cuantitativo, transversal, realizado a través de encuestas dirigidas a los pacientes, sus cuidadores y el equipo de salud del consultorio, realizado a 9 pacientes postrados que se encontraban adscritos al mes de agosto del 2002 al Consultorio Rural Belarmina Paredes de Futrono.

Para calificar a cada paciente se consideró el índice de Katz, que permitió evaluar las capacidades para realizar actividades de la vida diaria.

Se presenta la percepción que tienen los pacientes postrados de la atención que le brindan sus cuidadores y la atención que le brindan los integrantes del equipo de salud, la percepción que tienen los cuidadores de la atención que ellos le brindan al paciente postrado y la atención que le brinda el equipo de salud, por último la percepción que tiene el equipo de salud de la atención que le brindan los cuidadores a los pacientes postrados y la atención que ellos le brindan a los pacientes.

De los pacientes postrados se encontraron entre 70 y 93 años, predominando los mayores de 80 años. El tiempo de postración fluctúa entre un mínimo de 6 meses y un máximo de 4,5 años.

En relación a la opinión que tienen los pacientes postrados sobre la atención que le otorga el equipo de salud del consultorio dan a conocer que 1 paciente lo considera muy bueno, 6 pacientes buena y 2 regulares.

Respecto de la opinión de los cuidadores sobre la atención que le otorga el equipo de salud, 8 cuidadores señalaron que: “en general la atención es buena” y un cuidador señaló que: “la atención es muy buena” (37).

Albala, C. (2007), en su estudio denominado “Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial”, corresponde a un estudio de carácter híbrido (estudio transversal y caso-control), con uso de metodología mixta: cuantitativa y cualitativa. El tamaño de la muestra es de 288 sujetos para el estudio transversal. Además considerando que el foco del estudio es conocer la realidad de los cuidadores, en base a la prevalencia de depresión de 17,5% reportada por la Encuesta Nacional de Salud 2003, para detectar una diferencia de 40% considerando una precisión de +/- 7,5% y un nivel de confianza de 95%, se estima una muestra de 164 sujetos. El diseño corresponde a un estudio caso-control, en el cual la muestra corresponde a 77 para el grupo de casos y un número similar para los controles. Se consideraron 5 regiones para efectuar el estudio (IV, Metropolitana, V, VII y VIII). Como resultados se obtuvieron que las causas de dependencia de los AM, es diferente entre los que no reciben y aquellos que reciben estipendio, lo cual se relaciona con la severidad de la postración. La mayoría (76,7%) del grupo que recibe estipendio, presenta deterioro cognitivo severo, lo que impacta negativamente en la carga del cuidador. El promedio de años de dependencia fue de 5 años con un amplio rango de variabilidad.

La patología más prevalente es la hipertensión arterial, le siguen la demencia y el accidente vascular encefálico siendo todas ellas más frecuentes en el grupo que recibe estipendio. Se observa una mayor prevalencia de caídas en los adultos mayores que reciben estipendio, lo cual debe ser causado por el nivel de postración de los mismos.

Se observa que en su gran mayoría son mujeres (89,6%) las que cumplen el rol de cuidador, que en promedio son menores en 10 años que los hombres que realizan esta labor y que la mitad de ellos sin importar el sexo, tienen 8 o menos años de educación. En general los cuidadores son mayoritariamente hijos (53,8) y cónyuges (18,1) y en sólo 8% de los casos no se trata de un familiar. La casi totalidad de los cuidadores dedica todo su tiempo al cuidado del adulto mayor

postrado y en la mitad de los casos, a ello se suma el resto de las labores del hogar.

Dentro de los cuidadores estudiados, sólo la mitad había recibido capacitación en cuidados y dentro de los que reciben estipendio, cuyo programa incluye la capacitación, un tercio la había recibido. Se observó significativamente mayor frecuencia de capacitación en el grupo que no recibe estipendio, lo que indica que la capacitación es efectuada por los equipos de atención primaria como parte del programa de atención domiciliaria del Postrado y que la implementación del estipendio no ha significado una focalización de esta actividad hacia el grupo más desprotegido. Dentro del total de cuidadores menos de la mitad comparte el cuidado (en todos los casos con otro familiar), lo cual tiene alto impacto en la calidad de vida y la carga del cuidador. Los análisis efectuados muestran que tanto el estipendio como el compartir el cuidado son factores protectores para la calidad de vida del cuidador y que la demencia del adulto mayor, la edad y la baja escolaridad del cuidador son factores de riesgo para la calidad de vida y la carga del cuidador. De acuerdo a nuestros resultados la capacitación de los cuidadores es prioritaria (38).

Pizarro, J. et al (2008), en su estudio titulado “Análisis descriptivo en cuidadores de personas postradas del consultorio Pedro Pulgar, comuna de Alto Hospicio” describen las características de los cuidadores y las variables que puedan condicionar su sobrecarga, aportando insumos para la intervención del programa. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo utilizando fichas clínicas de las personas postradas del programa que tienen la “ficha tipo” de ingreso y la entrevista de sobrecarga del cuidador (ZARIT). El total de cuidadores fue 34, determinando que los cuidadores del programa son principalmente mujeres, dueñas de casa, familiares directos (hijos), entre 40-49 años de edad, con total demanda de capacitación, la gran mayoría con escolaridad incompleta. Es posible inferir que después de 1 año de ser cuidador aumenta el nivel de sobrecarga, así

como también aumenta al tener educación básica incompleta. Igual situación sucedería en familiares no directos del postrado. De todo lo expuesto se concluye que es necesario fortalecer la capacitación continua de los cuidadores, al igual que su nivel de escolaridad a través de alianzas con otros sectores de la red social (39).

López, M. et al (2009), en su estudio observacional y analítico de casos y controles titulado “El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud” tuvo por objetivos conocer la sobrecarga sentida por los cuidadores y las repercusiones que este rol representa sobre su calidad de vida, su salud en las esferas física, psíquica y social y su necesidad de utilización de los recursos sanitarios (frecuentación). El grupo de estudio fue formado por 156 cuidadores principales y el grupo control por 156 personas adscritas al centro de salud que no realizaban funciones de cuidador principal, emparejadas por edad, sexo y número de patologías crónicas padecidas. Los resultados obtenidos fueron que el 66,4% de los cuidadores presentaba sobrecarga en el test de Zarit. El 48,1% los cuidadores respondió que su salud era mala o muy mala, frente al 31,4% del grupo control (OR = 2,02; IC 95%: 1,27 - 3,21). Se observó una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo de cuidadores, así como una mayor frecuencia de posible disfunción familiar y de sensación de apoyo social insuficiente (40).

Sentis, J. y Valles, A (2009), En su estudio de carácter híbrido, siendo en la primera fase observacional analítico y en la segunda fase un estudio de validación de cuestionarios titulado “Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario”, tuvo por objetivos evaluar la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas dependientes en domicilio; elaborar y validar una versión reducida de un instrumento de medida de la calidad de vida de dichos

cuidadores. Se estudiaron a 240 cuidadores familiares de personas dependientes, la selección de los sujetos se realizó mediante muestreo no probabilístico. Los cuales se dividieron en 3 grupos, 120 cuidadores de pacientes adscritos al programa de atención domiciliaria. 60 cuidadores de pacientes no adscritos que reciben atención en las consultas externas de los centros de atención primaria, 60 cuidadores de personas dependientes que viven en su casa, pero asisten a un centro de día de 9 a 17 hrs.

Dentro de los Resultados de la investigación se destacan:

- **Descripción de características socio demográficas de las personas receptoras de cuidados:** **Género:** 72.9% femenino, **Edad:** la media de edad es de 79.6 años y la mediana de 82 años, **Diagnóstico:** 31.2% enfermedad neurodegenerativa y/o mental y el 68.8% otro tipo de enfermedades, **Nivel de dependencia:** medido a través de índice de Barthel y Lawton y Brody, indica que la media del índice de Barthel es de 50,4 (dependencia severa), en el índice de Lawton y Brody se indica una media de 1,6 (dependencia severa).
- **Relación entre el nivel de dependencia y el tipo de diagnóstico:** Las personas que presentan enfermedad neurodegenerativa y/o mental presentan nivel mayor de dependencia ya que las puntuaciones en Barthel y Lawton y Brody son más bajas para estos usuarios.
- **Características socio demográficas de los cuidadores:** **Género:** 82,4% mujeres, **Edad:** media de edad de 58, 3 años, **Tiempo que llevan cuidando:** 62,7 meses de media y mediana de 42 meses, **Nivel de estudios:** 44,9% primarios incompletos, 30,1% primarios completos, 14,1% no saben leer, **Convivencia con la persona receptora de cuidados:** 90,7% convive con la persona, **Repercusiones del cuidar en el cuidador familiar:** 60% problemas físicos como dolor de espalda, entre el 50 y el 60% manifestaciones psicológicas, 90% presenta menos tiempo libre, más

del 40% posee menos relaciones sociales, 35,7% manifiesta que ha disminuido su economía.

- **Relación entre el nivel de dependencia de la persona receptora de cuidados y la magnitud de los cuidados prestados por el cuidador:** a medida que aumenta el nivel de dependencia, aumentan los cuidados prestados por el cuidador, con una correlación negativa entre la puntuación total del índice de Barthel y el número de cuidados prestados. **Variables asociadas a las repercusiones en la calidad de vida de los cuidadores familiares:** De los coeficientes de correlación se deduce que a medida que aumenta el nivel de dependencia del enfermo, aumentan las repercusiones en el cuidador, también se ha analizado la correlación existente entre la magnitud de los cuidados que presta el cuidador y las consecuencias en su calidad de vida. De los coeficientes de correlación obtenidos se deduce que a medida que aumentan los cuidados prestados a la persona dependiente, aumentan las repercusiones en su calidad de vida, sin embargo no se observa que el impacto que percibe el cuidador sea dependiente ni de la edad de este ni de la edad de la persona receptora, a pesar de que existe ligera correlación negativa entre la edad del cuidador y las repercusiones en su calidad de vida. **Otras variables asociadas a las repercusiones de la calidad de vida de los cuidadores familiares:** Las mujeres presentan mayor número de problemas en su calidad de vida, cuando la persona receptora de cuidados presenta enfermedad neurodegenerativa y/o mental se producen mayores afectaciones en el cuidador, asimismo unas relaciones difíciles entre el cuidador y el receptor de cuidados, la percepción del cuidador de un mal estado de salud y el no disponer de ayuda está asociada a mayores afectaciones en el cuidador familiar (42).

Luengo, C. y et al (2010) en su estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, analítico, correlacional de corte transversal titulado “Factores del cuidador familiar que

influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado”, se propusieron como objetivo asociar factores del cuidador familiar con el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. La población de estudio: 98 cuidadores familiares pertenecientes a Centros de Salud de Chillán-Chile. Como resultados obtuvieron que la mayoría de los cuidadores familiares de usuarios postrados, cumplen moderadamente los cuidados básicos que necesita el paciente, presentan una sobrecarga intensa y existe evidencia para afirmar que los factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos son: edad, escolaridad, tiempo a cargo del paciente y enfermedades crónicas no transmisibles sin síntomas de ansiedad (41).

-

1.7 Propósito de la investigación:

Determinar los factores socio demográficos y de salud que se relacionan con la percepción de satisfacción usuaria de cuidadores de los pacientes pertenecientes al programa postrados del CESFAM Violeta Parra de Chillán, 2012.

1.8 Objetivo general:

Relacionar los factores sociodemográficos y de salud con la percepción de satisfacción usuaria en el cumplimiento del programa postrado de cuidadores de pacientes pertenecientes a dicho programa, del CESFAM Violeta Parra, Chillán, 2012.

1.9 Objetivos específicos:

1. Determinar la edad, sexo y escolaridad del cuidador, ingreso per cápita familiar y número de integrantes del grupo familiar de los participantes del estudio.
2. Determinar el tiempo que ha ejercido como cuidador formal del usuario con dependencia severa, depresión, sobrecarga y capacitación en los participantes del estudio.
3. Determinar la patología de base del usuario postrado dependiente de los participantes del estudio.
4. Determinar la percepción de satisfacción usuaria, en el cumplimiento del programa postrado, de los usuarios en estudio.
5. Determinar la relación de la edad, sexo y escolaridad del cuidador, ingreso per cápita y número de integrantes del grupo familiar con la percepción de

satisfacción usuaria del cuidador, respecto del cumplimiento del programa de postrado.

6. Determinar la relación del tiempo que ha ejercido como cuidador formal, depresión, sobrecarga y capacitación con la percepción de satisfacción usuaria del participante en estudio, respecto del cumplimiento del programa postrado.
7. Determinar la relación de la patología de base del paciente postrado, con la percepción de satisfacción usuaria del cuidador, respecto del cumplimiento del programa postrado.

1.10 HIPÓTESIS:

1. A mayor edad, menor satisfacción de los participantes del estudio.
2. Cuidadores varones presentan baja satisfacción usuaria, respecto del programa postrado.
3. A menor escolaridad, menor satisfacción usuaria de los participantes del estudio.
4. A menor ingreso per cápita familiar, menor satisfacción usuaria de los participantes del estudio.
5. A mayor número de integrantes del grupo familiar, mayor satisfacción usuaria de los participantes del estudio.

6. A mayor tiempo que ha ejercido como cuidador formal del usuario con dependencia severa, menor satisfacción usuaria de los participantes del estudio.
7. Cuidadores con depresión, presentan baja satisfacción usuaria, respecto del programa postrado.
8. A mayor sobrecarga, menor satisfacción usuaria de los participantes del estudio.
9. Cuidadores que poseen capacitación formal por enfermera, presentan mayor satisfacción usuaria respecto del programa postrado.
10. Cuidadores de pacientes que presentan patología psiquiátrica y física presentan baja satisfacción usuaria.

1.11 VARIABLES A ESTUDIAR (ANEXO 1)

❖ VARIABLE DEPENDIENTE:

- Percepción de Satisfacción Usuaria

❖ VARIABLE INDEPENDIENTE:

- **Socio demográficas:**

- Edad.
- Sexo.
- Escolaridad.
- Ingreso familiar per cápita.
- Número de integrantes del grupo familiar.

- **En relación a las Características de Salud**
 - Tiempo que ha ejercido como cuidador formal del usuario con dependencia severa.
 - Depresión.
 - Sobrecarga.
 - Capacitación.
 - Patología de base del usuario con dependencia severa.

En anexo 1 se encuentra la definición operacional y nominal de las variables.

II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE DISEÑO:

Diseño no experimental, del tipo correlacional y de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Se consideró una población de 102 cuidadores de usuarios inscritos hasta diciembre del año 2011 en el programa Postrados del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Violeta Parra de la comuna de Chillan, según la base de datos del centro de salud (43).

Se obtuvo una muestra de 80 cuidadores de pacientes postrados, a partir del cálculo de tamaño muestral, el cual consideró un 95% de confianza, una prevalencia de 50% y un error de 5%. Se seleccionó a los sujetos mediante muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple a partir de una tabla Excel.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Cuidador de un paciente con dependencia severa inscrito en el programa postrado del Centro de Salud Familiar Violeta Parra.

2.4 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

Criterios de Inclusión

- Cuidador formal de un paciente mayor de 60 años con dependencia severa, inscrito en el programa postrado, del CESFAM Violeta Parra, Chillan.
- Alfabetos.

- Ser cuidador de tiempo completo del usuario postrado.

Criterios de Exclusión

- Cuidador que no vive en el domicilio del paciente que posee dependencia severa.
- Paciente con dependencia severa institucionalizado.
- Cuidador remunerado.

Criterios de eliminación

- Cuidador que no esté presente en su hogar al momento de la visita domiciliaria.
- Cuidador que no desee participar voluntariamente del estudio.
- Cuidador que no responda completamente los instrumentos de la investigación.
- Domicilio falso.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó la autorización previa a la aplicación del instrumento recolector a la Enfermera jefe del CESFAM Isabel Riquelme y CESFAM Violeta Parra, para la aplicación de la prueba piloto y el estudio propiamente tal, mediante una solicitud gestionada a través de la Directora de Escuela de Enfermería. (ANEXO 2)

La participación en este estudio fue voluntaria, se cauteló la confidencialidad de los datos y el anonimato en el manejo de la información entregada por los usuarios postrados pertenecientes al programa en el Centro de Salud Familiar Violeta Parra, que participaron en este estudio, así como a quienes participaron en la prueba piloto.

2.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se contactó a la enfermera supervisora, encargada del programa postrado del CESFAM Violeta Parra de Chillán, quien autorizó el estudio en el establecimiento de salud y proporcionó los datos de los pacientes pertenecientes a él (Nombre completo, dirección, teléfono de contacto, RUT, años pertenecientes al programa, entre otros), para luego contactar a los usuarios y aplicar los instrumentos correspondientes.

Luego de ubicar al usuario en el domicilio, se confirmó la participación voluntaria del cuidador de los pacientes postrados, mediante un consentimiento informado por escrito (ANEXO 3), en el cual se entendió por aceptada si la persona firma o deja su huella dactilar en el documento. El levantamiento de los datos se inició con la aplicación de los instrumentos, mediante una entrevista semiestructurada (tipo encuesta) cara a cara en un lugar del domicilio que dispuso el cuidador y que permitió el registro confidencial de los datos. (ANEXO 4)

2.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR

A los usuarios elegibles, se les aplicó el Cuestionario de Recolección de Variables Sociodemográficas y de Salud, construido por:

- Antecedentes sociodemográficos que mide edad, sexo y escolaridad del cuidador, ingreso per cápita y número de integrantes del grupo familiar, a través de preguntas abiertas.
- Antecedentes de salud que mide tiempo que ha ejercido como cuidador formal del usuario con dependencia severa, depresión, capacitación del cuidador, y patología de base del usuario postrado, a través de preguntas abiertas.
- Escala de sobre carga del cuidador de Zarit la que consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones, cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110)

puntos). Clasifica en: “ausencia de sobrecarga” un puntaje menor o igual a 46, “sobrecarga ligera” puntajes entre 47-55 o “sobrecarga intensa” con un puntaje mayor o igual a 56. Esta herramienta presenta una confiabilidad inter-observador; coeficiente de correlación intraclase (CCI) 0,71 en su estudio original 18, y 0,71-0,85 en validaciones internacionales 24-27), consistencia interna; alfa de Cronbach 0,91 en estudio original y 0,85-0,93 en varios países (ANEXO 4) (7).

El segundo instrumento utilizado fue el SERVQUAL modificado. Esta escala es una herramienta para la medición de la calidad del servicio desarrollada por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry, en 1988. Ha experimentado mejoras y revisiones y ha sido validada en América Latina por Michelsen Consulting, con el apoyo del nuevo Instituto Latinoamericano de Calidad en los Servicios (44). La consistencia interna del instrumento está determinada por el test *Alfa de Cronbach* con resultado $\alpha=0,74$ en la escala total. El cuestionario consta de 34 ítems con escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos (siendo el 1 la satisfacción mínima y el 5 la satisfacción máxima). Los 34 ítems se dividen en 5 dimensiones: “percepción física” (9 ítems); “prestación de servicios” (11 ítems), “velocidad de respuesta” (5 ítems); “seguridad” (5 ítems) y “empatía” (4 ítems) (ANEXO 5) (44).

Las autoras del estudio decidieron eliminar 5 ítems de la dimensión “percepción física”, por no corresponder al contexto en el cual se aplicó el instrumento, quedando una dimensión de 4 ítems y un cuestionario de 29 ítems en total.

Se determinaron 5 categorías a partir del puntaje obtenido de la sumatoria simple de las respuestas de la escala, quedando la siguiente clasificación: “insatisfecho” (entre 29 y 52 puntos), “poco satisfecho” (entre 53 y 76 puntos), “regularmente satisfecho” (entre 77 y 100 puntos), “satisfecho” (entre 101 y 124 puntos) y “completamente satisfecho” (125 y más puntos) (ANEXO 6).

2.8 PRUEBA PILOTO

Con el objetivo de calibrar los aspectos relacionados con la aplicación de los instrumentos del estudio y aumentar la confiabilidad de los mismos, se aplicaron la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, el instrumento de recolección de variables socio demográficas y de salud y el SERVQUAL modificado, en una muestra piloto de 10 usuarios del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, seleccionados al azar con las mismas características respecto a la muestra del estudio. Al final de la aplicación de los instrumentos, los sujetos reclutados no indicaron problemas lectocomprensivos de las preguntas ni de la metodología de respuesta, por lo que no fue necesario realizar cambios de forma ni de fondo a los instrumentos.

2.9 PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego del levantamiento de datos se procedió a construir una matriz en el programa Excel para analizarlos en el programa Stata 9, con el objeto de construir tablas de frecuencias, las que contienen frecuencia observada y frecuencia relativa porcentual para aquellas variables de tipo nominal, mientras que se sumó la columna de frecuencia acumulada para aquellas de tipo ordinal. Se describieron las variables de tipo cuantitativa utilizando medidas de tendencia central y de dispersión.

Con el objeto de estudiar las posibles relaciones entre las variables dependientes e independientes se procedió a construir tablas de contingencia y el cálculo de la prueba de independencia (χ^2 , Coeficiente V de Cramer y Coeficiente Gamma), con nivel de significación del 5%.

III. ANALISIS

3.1 Caracterización de la muestra

Se estudió a 80 cuidadores de usuarios postrados mayores de 60 años pertenecientes al programa postrados del CESFAM Violeta Parra, quienes contestaron todos los ítems del cuestionario, sin abandonar la entrevista durante el desarrollo del mismo.

3.2 Análisis de Resultados

Tabla 1

Distribución de pacientes postrados según características sociodemográficas (n= 80)

Características sociodemográficas	N	%	Medidas de resumen
Edad (años) †			58.49 ± 13.60
Menor a 55 años	35	43.75	
55 años y más	45	56.25	
Sexo			
Mujer	69	86.25	
Hombre	11	13.75	
Escolaridad			
Menor o igual a 8 años	34	42.50	
Mayor a 8 años	46	57.50	
Ingreso per cápita ††			56.62 ± 75.00
Menor o igual a \$86.600	56	70.00	
Mayor o igual a \$86.700	24	30.00	
Integrantes del grupo familiar ††			3.00 ± 4.00

Menor o igual a 4 integrantes	52	65.00
Más de 4 integrantes	28	35.00

† media aritmética ±desviación típica

Fuente: Elaboración propia

†† mediana ± rango intercuartílico

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de los participantes del estudio, de los cuales el 56.25% presentó una edad de 56 años y más; el 86,25% correspondió a mujeres; el 57,50% indicó 9 y más años de estudios; el 65.00% informaron tener un grupo familiar compuesto por menos de 5 personas, y el 70.00% refirió un ingreso per cápita menor o igual a \$86.600 pesos chilenos.

Tabla 2

Distribución de pacientes postrados según características de salud (n= 80)

Características de salud	n	%	Medidas de resumen
Tiempo que ha ejercido como cuidador (años) ††			2.00 ± 3.00
Menor o igual a 2	41	51.25	
3 o más años	39	48.75	
Depresión del cuidador			
Si	25	31.25	
No	55	68.75	
Sobrecarga del cuidador			
Ausencia	7	8.75	
Ligera	21	26.25	
Intensa	52	65.00	
Capacitación del cuidador			

Si	41	51.25
No	39	48.75
Patología de base		
Física	40	50.00
Psiquiátrica	24	30.00
Ambas	16	20.00

†† mediana ± rango intercuartílico

Fuente: Elaboración propia

La tabla 2 presenta las características de salud de los participantes del estudio, de los cuales el 51.25% indicó haber ejercido como cuidador un periodo menor o igual a 2 años hasta la fecha; el 68.75% no presentó depresión; el 65.00% refirió sobrecarga intensa; el 51.25% informó tener capacitación formal para el cuidado del paciente postrado en el hogar, y el 50.00% de los clientes postrados presentó patología física.

Tabla 3
Distribución de los sujetos en estudio según satisfacción usuaria (n=80)

Variable Dependiente	N	%	Medidas de resumen
Satisfacción usuaria			
Parcialmente satisfecho	11	13.75	
Satisfecho	26	32.50	
Totalmente satisfecho	46	53.75	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 presenta la distribución de los sujetos en estudio según satisfacción usuaria, de los cuales el 13.75% señaló sentirse Parcialmente Satisfecho; el 32.50% Satisfecho y el 53.75% Totalmente Satisfecho.

Tabla 4
Percepción de satisfacción usuaria según edad de los sujetos en estudio

Edad	Percepción de Satisfacción Usuaria			Total
	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Parcialmente satisfecho	
Menor de 55 años	48.84% (21)	42.31% (11)	27.27% (3)	43.75% (35)
55 años y más	51.16% (22)	57.69% (15)	72.73% (8)	56.25% (45)
Total	100.00% (43)	100.00% (26)	100.00% (11)	100.00% (80)

n (%) $\chi^2= 1.6877$ (2 gl); p=0.430

Fuente. Elaboración propia

La tabla 4 indica la percepción de satisfacción usuaria según edad de los participantes del estudio, de los cuales para el grupo de “totalmente satisfecho”, “satisfecho” y “parcialmente satisfecho” el 48.84, 42.31 y el 27.27% presentaron una edad menor a 55 años”, respectivamente, y el 51.16, 57.69 y el 72.73% son de 55 o más años; sin existir una relación estadísticamente significativa en ambas variables (p=0,430).

Tabla 5
Percepción de satisfacción usuaria según sexo de los sujetos del estudio

Sexo	Percepción de Satisfacción Usuaría			Total
	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Parcialmente satisfecho	
Mujer	90.70% (39)	84.62% (22)	72.73% (8)	86.25% (69)
Hombre	9.30% (4)	15.38% (4)	27.27% (3)	13.75% (11)
Total	100.00% (43)	100.00% (26)	100.00% (11)	100.00% (80)

n (%) $\chi^2= 2.4720$ (2 gl); p=0.291

Fuente. Elaboración propia

La tabla 5 señala la percepción de satisfacción usuaria según sexo de los participantes del estudio, de los cuales para el grupo de “totalmente satisfecho”, “satisfecho” y “parcialmente satisfecho” el 90.70, 84.62 y el 72.73% presentaron sexo masculino, respectivamente, y el 9.30, 15.38 y el 27.27% de sexo femenino; no existiendo una relación estadísticamente significativa entre ellas (p=0.291).

Tabla 6
Percepción de satisfacción usuaria según escolaridad de los sujetos del estudio

Escolaridad	Percepción de Satisfacción Usuaría			Total
	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Parcialmente satisfecho	
Menor ó igual a 8 años	39.53% (17)	34.62% (9)	72.73% (8)	42.50% (34)
Mayor de 8 años	60.47% (26)	65.38% (17)	27.27% (3)	57.50% (46)
Total	100.00% (43)	100.00% (26)	100.00% (11)	100.00% (80)

n (%) $\chi^2= 4.9289$ (2 gl); p=0.085

Fuente. Elaboración propia

La tabla 6 indica la percepción de satisfacción usuaria según escolaridad de los cuidadores estudiados; en el cual, para el grupo de “totalmente satisfecho”, “satisfecho” y “parcialmente satisfecho” el 39.53, 34.62 y el 72.73% cursaron estudios por 8 años ó menos, respectivamente, y el 60.47, 65.38 y el 27.27% más de 8 años; sin existir una relación estadísticamente significativa en ambas variables ($p=0,085$).

Tabla 7
Percepción de satisfacción usuaria según ingreso per cápita de los sujetos del estudio

Ingreso <i>per-cápita</i>	Percepción de Satisfacción Usuaria			Total
	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Parcialmente satisfecho	
Menor ó igual a \$86.600	74.42% (32)	69.23% (18)	54.55% (6)	70.00% (56)
Mayor ó igual a \$86.700	25.58% (11)	30.77% (8)	45.45% (5)	30.00% (24)
Total	100.00% (43)	100.00% (26)	100.00% (11)	100.00% (80)

n (%) $\chi^2= 1.6582$ (2 gl); $p=0.436$

Fuente. Elaboración propia

La tabla 7 indica la percepción de satisfacción usuaria según ingreso *per-cápita* de los participantes del estudio, de los cuales para el grupo de “totalmente satisfecho”, “satisfecho” y “parcialmente satisfecho” el 74.42, 69.23 y el 54.55% indicaron recibir un ingreso *per-cápita* menor o igual a \$86.600 pesos chilenos, respectivamente, y el 25.58, 30.77 y el 45.45% un ingreso mayor o igual a \$86.700; sin existir una relación estadísticamente significativa en ambas variables ($p=0,436$).

Tabla 8

Percepción de satisfacción usuaria según número de integrantes del grupo familiar de los sujetos del estudio

Número de integrantes del grupo familiar	Percepción de Satisfacción Usuaría			Total
	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Parcialmente satisfecho	
Menor ó igual a 4	60.47% (26)	65.38% (17)	81.82% (9)	65.00% (52)
Más de 4	39.53% (17)	34.62% (9)	18.18% (2)	35.00% (28)
Total	100.00% (43)	100.00% (26)	100.00% (11)	100.00%(80)

n (%) $\chi^2= 1.7580$ (2 gl); p=0.415

Fuente. Elaboración propia

La tabla 8 muestra la percepción de satisfacción usuaria según número de integrantes del grupo familiar de los participantes del estudio, de los cuales para el grupo de “totalmente satisfecho”, “satisfecho” y “parcialmente satisfecho” el 60.47, 65.38 y el 81.82% indicaron poseer 4 o menos integrantes, respectivamente, y el 39.53, 34.62 y el 18.18% con 5 ó más personas; sin existir una relación estadísticamente significativa entre ellas (p=0.415).

Tabla 9

Percepción de satisfacción usuaria según tiempo que ha ejercido como cuidador del paciente postrado

Tiempo que ha ejercido como cuidador (años)	Percepción de Satisfacción Usuaría			Total
	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Parcialmente satisfecho	
Menor ó igual a 2 años	48.84% (21)	50.00% (13)	63.64% (3)	51.25% (41)
3 ó más años	51.16% (22)	50.00% (13)	36.36% (4)	48.75% (39)
Total	100.00% (43)	100.00% (26)	100.00% (11)	100.00% (80)

n (%) $\chi^2= 0.7919$ (2 gl); p=0.673

Fuente. Elaboración propia

La tabla 9 presenta la percepción de satisfacción usuaria según tiempo que ha ejercido como cuidador del paciente, de los cuales para el grupo de “totalmente satisfecho”, “satisfecho” y “parcialmente satisfecho” el 48.84, 50.00 y el 63.64% presentaron tiempo menor o igual a 2 años, respectivamente, y el 51.16, 50.00 y 36.36% durante más de 2 años; sin existir una relación estadísticamente significativa ($p=0,673$).

Tabla 10
Percepción de satisfacción usuaria según depresión de los sujetos en estudio

Depresión	Percepción de Satisfacción Usuaría			Total
	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Parcialmente satisfecho	
Sí	27.91% (12)	38.46% (10)	27.27% (3)	31.25% (25)
No	72.09% (31)	61.54% (16)	72.73% (8)	68.75% (55)
Total	100.00% (43)	100.00% (26)	100.00% (11)	100.00% (80)

n (%) $\chi^2= 0.9340$ (2 gl); $p=0.627$

Fuente. Elaboración propia

La tabla 10 indica la percepción de satisfacción usuaria según depresión de los participantes del estudio, en donde para el grupo de “totalmente satisfecho”, “satisfecho” y “parcialmente satisfecho” el 27.91, 38.46 y el 27.27% refirieron presentar depresión, respectivamente, y el 72.09, 61.54 y el 72.73% no lo indicaron; sin existir una relación estadísticamente significativa en ambas variables ($p=0,627$).

Tabla 11

Percepción de satisfacción usuaria según sobrecarga de los sujetos en estudio

Sobrecarga del cuidador	Percepción de Satisfacción Usuaría			Total
	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Parcialmente satisfecho	
Ausencia	9.30% (4)	7.69% (2)	9.09% (1)	8.75% (7)
Ligera	23.26% (10)	30.77% (8)	27.27% (3)	26.25% (21)
Intensa	67.44% (29)	61.54% (16)	63.64% (7)	65.00% (52)
Total	100.00% (43)	100.00% (26)	100.00% (11)	100.00% (80)

n (%) $\chi^2 = 0.4937$ (4 gl); p=0.974

Fuente. Elaboración propia

La tabla 11 indica la percepción de satisfacción usuaria según edad de los participantes del estudio, de los cuales para el grupo de “totalmente satisfecho”, “satisfecho” y “parcialmente satisfecho” el 9.30, 7.69 y el 9.09% presentaron “ausencia de carga”, respectivamente; el 23.26, 30.77 y el 27.27% “ligera carga” y el 67.44, 61.54 y 63.64% presentaron “intensa carga”; sin existir una relación estadísticamente significativa (p=0,974).

Tabla 12

Percepción de satisfacción usuaria según capacitación de los sujetos en estudio

Capacitación	Percepción de Satisfacción Usuaría			Total
	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Parcialmente satisfecho	
Sí	55.81% (24)	57.69% (15)	18.18% (2)	51.25% (41)
No	44.19% (19)	42.31% (11)	81.82% (9)	48.75% (39)
Total	100.00% (43)	100.00% (26)	100.00% (11)	100.00% (80)

n (%) $\chi^2 = 5.6048$ (2 gl); p=0.061

Fuente. Elaboración propia

La tabla 12 indica la percepción de satisfacción usuaria según capacitación de los participantes del estudio, de los cuales para el grupo de “totalmente satisfecho”, “satisfecho” y “parcialmente satisfecho” el 55.81, 57.69 y el 18.18% indicaron haber sido capacitados, respectivamente, y el 44.19, 42.31 y el 81.82% no haber recibido capacitación; sin existir una relación estadísticamente significativa en ambas variables ($p=0,061$).

Tabla 13

Percepción de satisfacción usuaria según patología de base de paciente que vive con los sujetos en estudio

Patología de base	Percepción de Satisfacción Usuaria			Total
	Totalmente satisfecho	Satisfecho	Parcialmente satisfecho	
Física	51.16% (22)	53.85% (14)	36.36% (4)	50.00% (40)
Psiquiátrica	41.86% (18)	19.23% (5)	9.09% (1)	30.00% (24)
Ambas	6.98% (3)	26.92% (7)	54.55% (6)	20.00% (16)
Total	100.00% (43)	100.00% (26)	100.00% (11)	100.00% (80)

n (%) $\chi^2= 12.2690$ (4 gl); $p=0.003$

Fuente. Elaboración propia

La tabla 13 indica la percepción de satisfacción usuaria según patologías de base de los participantes del estudio, de los cuales para el grupo de “totalmente satisfecho”, “satisfecho” y “parcialmente satisfecho” el 51.16, 53.85 y el 36.36% presentaron patologías físicas, respectivamente; el 41.86, 19.23 y el 9.09% presentaban patologías psiquiátricas, y el 6,98, 26.92 y el 54.55% ambas patologías; siendo estadísticamente significativa esta relación ($p=0,003$).

3.3 Discusión de los Resultados

El propósito de la investigación fue conocer si existe relación entre la percepción de satisfacción usuaria respecto al cumplimiento del programa postrado y factores sociodemográficos y de salud en los cuidadores de pacientes pertenecientes a dicho programa, inscritos en el CESFAM Violeta Parra de Chillán en el año 2012. Esto concuerda con el estudio de Marilaf, Magdalena (2002), quien en su investigación propende analizar la percepción que tiene el cuidador de la atención que se le brinda al paciente y a sí mismo por parte del equipo de salud.

Los sujetos del estudio fueron mayoritariamente personas de 55 años o más, lo que concuerda con el estudio de Sentis, J. y Valles, A. (2009), el cual señala que la media de edad de los cuidadores es de 58.3 años aproximadamente. En su mayoría los cuidadores poseen sexo femenino, lo que se respalda en los estudios de Albala, C. (2007), Pizarro, J. et al (2008) y Sentis, J. y Valles, A. (2009). Respecto del nivel de escolaridad los sujetos presentan en su mayoría estudios medios o superiores, lo cual no coincide con las investigaciones realizadas por Albala, C. (2007), Pizarro, J. et al (2008) y Sentis, J. y Valles, A. (2009), en donde la mayoría de los sujetos estudiados poseen estudios básicos y medios. En lo que se refiere al ingreso per cápita, la mayoría de los sujetos estudiados reciben \$86.000 o menos de ingreso per cápita, lo cual se relaciona con el estudio de Reyes – Ortiz, C. (1998), en donde el 89% de la población estudiada posee un ingreso económico bajo. En cuanto al número de integrantes del grupo familiar, se evidencia que la mayoría se constituyen por no más de 4 personas, sin embargo no existen estudios relacionados con los cuales realizar un análisis estadístico significativo. En relación a las características de salud la mediana en relación al tiempo que ha ejercido como cuidador formal del usuario es de dos años, lo que no concuerda con el estudio de Sentis, J. y Valles, A. (2009), quien señala que la mediana de tiempo que ha ejercido como cuidador es de 3.5 años. La mayoría de los cuidadores no poseen depresión, al igual que en los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Salud, 2003 citada en el

estudio de Albala, C. (2007), Pizarro, J. et al (2008), en donde sólo el 17.50% presentaba diagnóstico de dicha patología. La mayoría de los cuidadores presentan sobrecarga intensa al igual que en los estudios realizados por López, M. et al (2009) y Luengo, C. et al (2010). En lo que refiere a la capacitación de los cuidadores la mitad de ellos ha recibido educación, de igual manera que los sujetos del estudio de Albala, C. (2007), Pizarro, J. et al (2008). Finalmente los cuidadores en su mayoría están a cargo de pacientes con alteraciones físicas al igual que los sujetos del estudio de Sentis, J. y Valles, A. (2009), en donde el 68.80% presentó dicha patología.

Respecto al grado de satisfacción usuaria en cuidadores de pacientes inscritos al programa postrados del CESFAM Violeta Parra, la mayoría señaló estar Totalmente satisfecho y un número menor de sujetos estudiados señaló estar Satisfecho o Parcialmente satisfecho, lo cual no concuerda con el estudio de Marilaf, Magdalena (2002), en donde sólo un cuidador, de nueve sujetos estudiados, señaló que la atención es “muy buena”.

En cuanto a la edad, cuidadores menores de 55 años y de 55 años o más, presentaron una curva similar de satisfacción usuaria respecto del cumplimiento del programa postrados, sin relación estadística entre ambas variables. A pesar de dicha situación resulta pertinente destacar que de los cuidadores que se encontraron parcialmente satisfechos, 72.73% corresponde a personas de 55 años o más, pudiendo establecer una relación clínica que señala que cuidadores de mayor edad poseen menor satisfacción usuaria, lo cual se relaciona con el desgaste propio de la edad y la disminución de la capacidad de reserva que se adquiere con los años.

Respecto a la variable sexo no se logra obtener resultados estadísticamente significativos debido a que la muestra con la que se contó para realizar el estudio no presenta igual número de hombres respecto de las mujeres, siendo los primeros un octavo de la muestra total, sin embargo, se logra observar

que los usuarios de sexo masculino poseen menor satisfacción usuaria que aquellos de sexo femenino. En la categoría Totalmente satisfecho un 9.30% son hombres, mientras en la categoría Parcialmente satisfechos representan 27.27% del total, evidenciando un aumento en grado de insatisfacción respecto del programa.

En relación a la escolaridad cuidadores con estudios menores o iguales a 8 años, presentan menor satisfacción usuaria, evidenciando un 39.53% en la categoría Totalmente satisfecho y un 72.73% en la categoría Parcialmente satisfecho, pudiendo establecer una relación clínica importante, al existir un aumento en la insatisfacción de los cuidadores con menor escolaridad, esto se relaciona con el hecho de que presentan mayor dificultad para comprender los cuidados entregados por los profesionales del Centro de Salud Familiar.

Respecto de la variable ingreso per cápita a pesar de no existir una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente, presenta una relevancia clínica, apreciándose que sujetos con ingreso per cápita menor o igual a \$86.600 presentan mayor satisfacción usuaria que aquellos que poseen un ingreso superior a esta cifra evidenciando en la categoría Totalmente satisfecho y parcialmente satisfechos un 74.42% y 25.58% respectivamente. Esto debido al gran respaldo económico que entrega el Centro de Salud a los cuidadores de personas postradas, disminuyendo altamente los costos que esto implica, entregando ayudas técnicas, insumos y/o estipendios según corresponda.

En la variable número de integrantes del grupo familiar, se aprecia una relación estadística muy débil entre ambas variables, no obstante clínicamente se puede observar que usuarios que viven con 4 o menos personas poseen mayor satisfacción usuaria que aquellos que viven con 5 o más personas. Esto se relaciona con el grado de apoyo que reciben por parte de los familiares dentro del hogar, para el cuidado de la persona postrada.

En cuanto al tiempo que ha ejercido como cuidador, no se establece una relación estadísticamente significativa con la satisfacción, pero se evidencia que en la categoría parcialmente satisfechos, existe un 63.64% de los sujetos en estudio que han ejercido 2 o menos años como cuidador y en la categoría Totalmente satisfechos un 48.54%, estableciéndose una relación clínicamente importante que destaca que a menor tiempo que ha ejercido como cuidador existe una menor satisfacción usuaria. Se sugiere que dichos resultados están relacionados con un menor proceso adaptativo al cambio de vida que presenta el cuidador al hacerse cargo de la salud de un paciente con dependencia severa.

Respecto a la variable capacitación se evidencia que aquellos que recibieron capacitación poseen mayor satisfacción usuaria que quienes no la recibieron. En la categoría Totalmente satisfechos un 55.81% recibió capacitación, mientras que en la categoría parcialmente satisfechos un 81.82% no la recibió. Esto se relaciona además con la variable educación, debido a que aquellos que poseen mayor educación pueden tomar mayor provecho de la capacitación para el cuidado del paciente en el hogar, haciendo mejor uso de los recursos y ayudas entregadas por el Centro de Salud Familiar, aumentando los niveles de satisfacción.

En relación a la depresión no se observó relación estadísticamente significativa, presentando el mismo porcentaje en las categorías de Totalmente satisfecho y Parcialmente satisfecho en aquellos que presentaron y los que no presentaron depresión diagnosticada. Cabe destacar que existen muchos usuarios sin diagnóstico de depresión que no pudieron entrar en la categoría "SI", pero presentaron antecedentes depresivos o relataron sentirse angustiados.

Para la variable sobrecarga del cuidador, no se apreció relación estadísticamente significativa entre ésta variable y la percepción de satisfacción usuaria. Es importante destacar que al agrupar la categoría "ausencia" y "ligera" se podría evidenciar que existe mayor satisfacción usuaria en pacientes con

sobrecarga intensa, alejándose de la hipótesis planteada por las autoras del estudio. Lo anteriormente señalado, puede relacionarse con que una intensa sobrecarga les permite valorar, más que los otros sujetos estudiados, las acciones brindadas por el CESFAM.

La variable patología de base presenta una relación estadísticamente significativa con la satisfacción usuaria de cuidadores de pacientes postrados ($p=0.003$), en donde se observa que para la categoría Totalmente satisfecho, cuidadores de pacientes con ambas patologías presentan el menor porcentaje de satisfacción (6.98%), seguidos por patología psiquiátrica (41.86%) y evidenciando un mayor grado de satisfacción usuaria en cuidadores de pacientes con patología física (51.16). Lo anterior se debe a que aquellos pacientes con dependencia psiquiátrica requieren constante supervisión, ya que, por lo general poseen grandes cambios de conducta y alteración de la percepción de la realidad, lo que se traduce en mayor demanda hacia el cuidador.

Las hipótesis fueron aceptadas en su mayoría, a excepción de las hipótesis de las variables tiempo que ha ejercido como cuidador formal y sobrecarga del cuidador, siendo rechazadas por las razones anteriormente descritas. Por otro lado es importante destacar que la variable depresión no presentó significación dentro del estudio por lo que no se puede establecer concordancia con la hipótesis planteada.

Respecto al modelo teórico propuesto, se evidencia un respaldo significativo, ya que la Teoría de King, se basa en la Teoría general de sistemas, Teoría de consecución de objetivos, la ciencia de la conducta y el razonamiento inductivo y deductivo, lo cual indica que la satisfacción está influenciada fuertemente por la relación profesional de salud – paciente, además de los múltiples factores del entorno, los que generan una relación bidireccional en una red de sistemas abiertos, influenciada por factores sociodemográficos y de salud.

Los resultados generan un impacto significativo a nivel de salud, ya que a pesar de presentar sólo un respaldo estadístico entre la variable dependiente y las variables independientes, es importante destacar la evidencia clínica observada. Estos resultados permitirán poner énfasis en las variables estudiadas al momento de brindar los cuidados a los pacientes, además de generar nuevas estrategias en el Programa Postrado, considerando las variantes personales de los cuidadores y pacientes inscritos en él.

Sin embargo los resultados del estudio presentan un importante sesgo de selección al trabajar en base a una muestra numéricamente baja, como también sesgos de medición, relacionados con el instrumento de satisfacción usuaria, debido a que este no se encuentra validado a nivel nacional y posee una tabla de categorización creada por las autoras del estudio. Por otro lado subjetivamente se logró identificar que los sujetos encuestados no reportaron información completamente fidedigna, temerosos de las acciones que pudiera tomar el Centro de Salud Familiar en relación a las respuestas entregadas, pese a que se dieron indicaciones explícitas al momento de aclarar la confidencialidad de los datos entregados para el estudio.

IV. CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos en el estudio “Percepción de la Satisfacción Usuaría respecto del cumplimiento del programa postrado relacionado con factores sociodemográficos y de salud en cuidadores de pacientes inscritos en el CESFAM Violeta Parra de Chillan”, se puede concluir que:

- Más de la mitad de la muestra refiere sentirse totalmente satisfecho con la atención brindada.
- El 56.25% de los cuidadores se encuentra en un rango etario de 55 o más años.
- El 86,25% corresponde al género femenino.
- Un 87,50% posee entre 8 y mas años de escolaridad.
- El 70%, posee un ingreso per cápita entre \$0 y \$86.000.
- El 65% posee un grupo familiar de 4 o menos personas.
- El 51,25% posee 2 o menos años como cuidador formal.
- El 68,75% no presento diagnóstico de Depresión.
- El 65% presentó sobrecarga intensa, según resultado encuesta de Zarit.
- El 51,25% presento capacitación formal de parte del Centro de Salud.
- El 50% se encuentra postrado debido a patología de base física.
- Según el análisis de los resultados a mayor edad presenta mayor satisfacción usuaria.

- Debido a que la mayoría de los cuidadores son de sexo femenino, estas presentan mayor satisfacción usuaria.
- Los cuidadores con 8 o menos años de estudio presentaron satisfacción parcial, mientras que los con más de 8 años de estudio manifestaron estar solo satisfechos.
- De los cuidadores estudiados, aquellos que reciben ingresos menores a \$86.600 presentar mayor satisfacción usuaria.
- Aquellos usuarios que poseen un grupo familiar compuesto por 4 o menos integrantes presentan mayor satisfacción usuaria.
- Las personas que han ejercido como cuidador por un tiempo menor o igual a 2 años presentan una menor satisfacción usuaria.
- El 68,75% de los cuidadores no presentó depresión diagnosticada siendo este grupo el con mayor satisfacción usuaria.
- Del total de los cuidadores del estudio el 65% presentó sobrecarga intensa, siendo estos los con mayor satisfacción.
- Aquellos cuidadores que están capacitados presentaron mayor satisfacción usuaria.
- Los cuidadores de pacientes postrados por patología física están mayormente satisfechos.

SUGERENCIAS

Realizar un estudio de similares características sobre la base a todos los usuarios inscritos en el programa postrados de la Provincia de Ñuble, para obtener una muestra significativa.

Incentivar a los profesionales de enfermería a realizar estudios cualitativos para lograr un acercamiento sistemático e individual con los sujetos estudiados ya que este tipo de estudio es utilizado para describir las experiencias vividas y darles un significado y de esta manera profundizar en el objeto o sujeto de estudio, es decir, en los cuidadores de los usuarios inscritos en el Programa de Postrados.

Durante las visitas domiciliarias realizadas por los profesionales de la salud, preocuparse de actualizar los registros de los usuarios y cuidadores pertenecientes al Programa de Postrados.

Utilizar Instrumentos Validados en Chile para posteriores estudios de Satisfacción Usuaría.

Utilizar los resultados obtenidos en este estudio para poder reorientar las prestaciones del programa postrados, por ejemplo, poner énfasis en el cuidador, teniendo como base la gran sobrecarga a la que están expuestos, brindar las herramientas para compatibilizar sanamente el cuidado de su familiar con el autocuidado.

Fomentar la investigación y el estudio sobre satisfacción usuaria, ya que es la herramienta que permite evaluar si las prestaciones de salud están siendo entregadas con estándares de calidad.

LIMITACIONES

Reticencia en la entrega de información por parte de los cuidadores a los investigadores durante las visitas.

Poca actualización de registros, es decir, direcciones, nombres de cuidadores, edades de usuarios.

Escasas investigaciones relacionadas con la Satisfacción Usuaría de los cuidadores de los pacientes postrados.

Tamaño muestral insuficiente para lograr una relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla de categorización tipo likert de satisfacción usuaria creada por las autoras del estudio.

REFERENCIAS.

- 1.- División de asuntos de género. Indicadores [en línea] <
<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mujer/noticias/paginas/8/29838/P29838.xml&xsl=/mujer/tpl/p18f>> [Consultado: 12 de enero, 2012].
- 2.- Servicio de Salud, Chillan. REM-P5. Población en Control Programa de Salud del adulto Mayor, Centro de Salud Familiar Violeta Parra. Sección A: Población en Control por condición de funcionalidad. Diciembre 2011 [consultado: 12 de enero 2012].
- 3.- DONOSO S. Archibaldo: Cuidado Y Autocuidado De Salud Del Adulto Mayor [en línea] <<http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/cuidado.htm>> [consultado: 3 de noviembre 2011].
- 4.- GONZÁLEZ, Francisco; MASSAD, Cristián y LAVANDEROS, Felipe. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores [en línea] Chile. pág. 11. <
http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf > [consultado: 3 de noviembre 2011].
- 5.- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud: Norma de cuidados domiciliarios de personas que sufren de discapacidad severa. 2009. Chile pág. 7.
- 6.- CARRILLO, María José: ¿Que padecen los cuidadores de enfermos postrados? Factores de riesgo biopsicosocial que influyen en la sobrecarga emocional que padecen cuidadores de. [en línea] <
<http://mariacarrilloc.blogspot.com/2010/06/que-padecen-los-cuidadores-de-enfermos.html>> [consultado: 17 de mayo 2012].
- 7.- BREINBAUER, Hayo et al: Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. [en línea] Chile, v.137 n.5 Santiago, mayo 2009. Disponible en <
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009> [consultado: 17 de mayo 2012].

- 8.- OLIVA, Carolina; HIDALGO, Carmen. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. [En línea] Chile, Psykhe v.13 n.2 Santiago nov. 2004. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200013&script=sci_arttext> [consultado: 5 de noviembre 2011].
- 9.- Gobierno de Chile, Servicio Nacional del Adulto Mayor, red de Protección Social: estadísticas sobre las personas Adultas mayores: un análisis de género [en línea] < http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_Estadisticas_sobre_PM-analisis_de_genero.pdf> [consultado: 25 de noviembre 2011].
- 10.- Gobierno de Chile, Servicio Nacional del Adulto Mayor: las personas mayores en Chile situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez [en línea]<http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf> [consultado: 25 de noviembre 2011].
- 11.- CAVIARES, Carol. Situación Epidemiológica del Adulto Mayor en Chile [en Línea] <<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatrica/1/2744>> [consultado: 28 de noviembre 2011].
- 12.- Servicio de Salud Ñuble. Subdirección de Gestión Asistencial, Subdepartamento de Bioestadística e Información de Salud .Continuación Tabla Nº 71. Chile, año 2007. Pág. 72.
- 13.- Servicio de Salud Ñuble, Subdirección de Gestión Asistencial, Subdepartamento de Bioestadística e Información de Salud. Continuación tabla Nº 63 Programa Adulto Mayor Población en Control Según funcionalidad Servicio de Salud Ñuble. Chile, año 2008. Pág. 68.
- 14.- Servicio de Salud Ñuble, Subdirección de Gestión Asistencial, Subdepartamento de Bioestadística e Información de Salud. Tabla Nº 71 Población bajo control, otros programas. Chile, Diciembre 2010. Pág. 78.
- 15.- Servicio de salud Ñuble, Subdirección de Gestión Asistencial, Subdepartamento de Bioestadística e Información de Salud. Programa de atención domiciliaria. Chile, 2011. Pág. 43

16.-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, [En línea]
<http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/> Atención primaria de salud.
[Consultado: 24 de diciembre 2011].

17.-VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL, [En línea]
<http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/p/pubpomodoroloreto/site/artic/20090309/asocfile/visita__domiciliaria_integral.pdf>. [Consulta: 24 de diciembre de 2011].

18.- BOLETÍN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, Enfoque a la atención primaria. [En línea]
<http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ahora12_nov05.htm>. [Consultado: 23 de noviembre 2011].

19.- Servicio de Salud Talcahuano. Región de Biobío: Programa Pacientes Postrados Severos (objetivo del programa de pacientes con postración severa)[en línea]<
http://www.sstalcahuano.cl/programa_postrados_severos_objetivo.php>[Consultado: 17 de enero,2012].

20.- CHILE ENVEJECE. “Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario”, [En línea]
<<http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/chien3.htm>>. [Consultado: 22 de noviembre 2011].pág. 5-8.

21.- Organización Mundial de la Salud citado en CONTRERAS, Jorge; ROJAS, Cryss; ZUÑIGA, Daniela. “Factores asociados a la calidad de vida de personas mayores postradas en CESFAM Violeta Parra, Chillán, Chile y de personas mayores inmovilizadas no institucionalizadas en el centro de salud infante, Murcia, España”. Tesis para optar al grado de licenciado en Enfermería, Universidad del Biobío, Chile, 2010. Pág. 11 [Consultado: 12 de diciembre 2011].

22.- GARCIA, Henríquez M.; TORRES, Egea M.: BALLESTEROS, Pérez E. Enfermería Geriátrica. 2ª Ed., Masson. 2006. [en línea].
<<http://books.google.cl/books?id=cJRk2uBS2VAC&pg=PR3&dq=GARCIA,+Misericordia+enfermeria+geriatrica&ei=6mTVSp->

OOqfCyATygYnkDQ#v=onepage&q=&f=false> [Consultado: 12 de diciembre 2011].

23.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)]. Hombres, Envejecimiento Y Salud. 2001. [en línea] Ginebra, Suiza. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../oms-hombres-01.rtf>> [consultado: 14 de Diciembre de 2011].

24.- MILLER citado en STAAB, Ángela y HODGES C. Linda Enfermería Gerontológica. Adaptación al proceso de envejecimiento. Editorial McGraw-Hill Interamericana, México. 1998. Pág. 4 [Consultado: 13 de diciembre 2011].

25.- CODERCH citado en GARCÍA H. Misericordia; TORRES M. y BALLESTEROS E. Enfermería geriátrica, Segunda edición. Editorial Elsevier masson. Barcelona España. 2000. Pág. 83. [Consultado 14 de diciembre 2011].

26.- GOBIERNO DE CHILE, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Red de protección Social: MANUAL DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y CON PÉRDIDA DE AUTONOMÍA [en línea] http://www.kinesiologia.ucm.cl/geriatria/components/com_descargas/Archivos/ManualCuidados2009.pdf [consultado: 15 de mayo 2012].

27.-PROGRAMA DE POSTRADOS, CESFAM EEF, [En línea] <<http://www.slideshare.net/Chabe44/programa-de-postrados-cesfam-eef>>. [Consultado: 22 de noviembre 2011].

28.- PROGRAMA POSTRADOS, Municipalidad de San Vicente, [En línea], <http://www.msanvicente.cl/pagina%20transparencia%20municipal%202010/salud/PROGRAMA_POSTRADOS__SALUD_.pdf>. [Consultado: 21 de noviembre 2011].

29.- PLAN DE APOYO AL CUIDADOR DE PERSONAS EN SITUACION DE DEPENDENCIA SEVERA, Ministerio de Chile, Gobierno de Chile. Pág. 7.

30. - LEE RI, Jones LW. The fundamentals of good medical care. Salud Pública México [en línea]<http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/264/1/Sonia%20Carlos_MSP2003.pdf>[consultado: 3 diciembre,2011].

- 31.- PALMER R Heather. Componentes de la Evaluación de la Asistencia Sanitaria; En: Evaluación de la Asistencia Ambulatoria, Principios y Práctica. 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, Cap. 4 p.3. [en línea]<[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.\(1\)_05/p5.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.(1)_05/p5.html)>[consultado: 3 de diciembre,2011].
- 32.- RIVEROS S. Jorge; Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios, [en línea]; Scielo, Rev. méd. Chile v.138 n.5 Santiago mayo 2010; disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500015> [Consultado: 3 de Diciembre, 2011].
- 33.- MARRINER Tomey, Ann y RAILE Alligood, Martha. Modelos y teorías en Enfermería. 4ª ed. Madrid, España, editorial Harcourt Brace, 1999. 300-302-306p.
- 34.- ARIAS Tinocco, Liz et al. Imogene King: teoría de la consecución de objetivos. [en línea] Lima, Perú. 2008 <http://es.scribd.com/doc/5883674/IMOGENE-KINGfinal>[consultado: 6 de abril 2012].
- 35.- AZNAR, C. “Dependencia y Necesidades de Cuidados no Cubiertas de las Personas Mayores de una Zona de Salud de Zaragoza”. [en línea] <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000300006&script=sci_arttext> [consultado: 19 de diciembre 2011].
- 36.- REYES, C. “Visitas Domiciliarias en Pacientes Geriátricos”. [en línea] <<http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL29NO4/visitas.html>> [consultado: 20 de diciembre, 2011].
- 37.- MARILAF, Magdalena. “ Percepción que tiene el paciente postrado, el cuidador y los integrantes del equipo de salud sobre la atención que se le brinda al paciente postrado perteneciente al Consultorio rural Belarmina Paredes de Futrono” [en línea]<<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2002/fmm334p/pdf/fmm334p-TH.6.pdf>> [consultado: 15 de mayo 2012].

- 38.- ALBALA, C. “Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial” [en línea] <<http://www.senama.cl/filesapp/3366.pdf>> [consultado: 15 de mayo 2012].
- 30.- PIZARRO, J. el al “Análisis descriptivo en cuidadores de personas postradas del consultorio Pedro Pulgar, comuna de Alto Hospicio” [en línea] <<http://www.smsextar.cl/medicos/revistasociedadmed.pdf#page=57> > [consultado: 15 de mayo 2012].
- 40.- LÓPEZ. M. et al “ El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud” [en línea]<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000200004&script=sci_arttext> [consultado: 16 de mayo 2012].
- 41.- LUENGO, C. et al “Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado” [en línea]<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000100003&script=sci_arttext> [consultado: 15 de mayo 2012].
- 42.- SENTIS, J. y VALLES, A. Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona, España 2009.[en línea] <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/2081/IUB_TESIS.pdf?sequence=1>.[consultado: 17 de mayo, 2012].
- 43.- Servicio de Salud, Chillan. REM-P5. Población en Control Programa de Salud del adulto Mayor, Centro de Salud Familiar Violeta Parral. Diciembre 2011. Sección A: Población en Control por condición de funcionalidad. [Consultado: 12 de enero 2012]
- 44.- Consulting, M. en Alemany,P., et al: Instrumento de valoración del programa de atención a domicilio. [En Línea] <<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j88.pdf>>[consultado: 8 de marzo,2012].
- 45.- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición [en línea]

- <<http://buscon.rae.es/drael/SrvltObtenerHtml?LEMA=edad&SUPIND=0&CAREXT=10000&NEDIC=No>> [consultado: 10 de noviembre, 2011].
- 46.- Ministerio de Chile. Servicio Nacional de la Mujer. Herramientas para la evaluación en función del género. [en línea] <<http://www.goremaule.cl/publicar/genero/EVALUACION%20DEL%20IMPACTO%20EN%20FUNCION%20DEL%20GENERO.pdf>> [consultado: 10 de noviembre, 2011].
- 47.- BARRERA, L. et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería [en línea] <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s0120-53072006000100004&script=sci_arttext> [consultado: 10 de noviembre, 2011].
- 48.- Universidad de Chile. ¿Qué son los quintiles? [en línea] <<http://www.uchile.cl/noticias/45243/que-son-los-quintiles>> [consultado: 10 de noviembre, 2011].
- 49.- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición [en línea] <http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=familia> [consultado: 10 de noviembre, 2011].
- 50.- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición [en línea] <<http://lema.rae.es/drae/?val=periodo>> [consultado: 10 de noviembre, 2011].
- 51.- DE LOS REYES, M. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. [en línea] <<http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>> [consultado: 10 de noviembre, 2011].
- 52.- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía clínica: Tratamiento de personas con depresión. 2006 [en línea] <<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/depresion.pdf>> [consultado: 15 de marzo, 2012].

- 53.- ESPÍN, Ana. Manejo de la carga del cuidador [en línea] <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/sobrecarga_del_cuidador.pdf> [consultado: 5 de marzo, 2012].
- 54.- VILLALOBOS, A. et al. Norma de cuidados domiciliarios de personas que sufren de discapacidad severa [en línea] <http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CFAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ssmaule.cl%2Fpaginas%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D2154%26Itemid%3D123&ei=npvgT6fKN6jc0QGVxKyPDg&usg=AFQjCNETwAnC-jZ6gBA43J2KvsEKx_UbvQ> [consultado: 10 de mayo, 2011].
- 55.- Manual de patología general. Conceptos básicos. [En línea] <http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/patol_004.html> [consultado: 10 de noviembre, 2011].
- 56.- FERNÁNDEZ, P. y DÍAZ, P. Significancia estadística y relevancia clínica. [En línea] <http://formacionbiblioteca.udea.edu.co/moodle/file.php/161/CAUSALIDAD/14.sig_estad_relev_clinic.pdf> [consultado: 27 de junio, 2012].

V. ANEXOS

