



Universidad del Bío-Bío
Facultad Ciencias de la Salud y de los Alimentos
Escuela de Enfermería

**“PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL/FAMILIAR DE
ADULTOS MAYORES POSTRADOS EN
CHILLÁN-CHILE Y DE ADULTOS MAYORES
INMOVILIZADOS EN ALICANTE-ESPAÑA”**

AUTORAS:

Katherin Riquelme Solis
Andrea Silva Celedón
Paulina Zepeda Álvarez

DOCENTES GUÍAS:

E.U.M.E. Sra. Elena Espinoza Lavoz
Docente Universidad del Bío-Bío. Chillán, Chile

E.U. Sra. María Eugenia Galiana Sánchez
Docente Universidad de Alicante. Alicante, España

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLÁN – CHILE
2007

“Con mucho cariño a todas aquellas personas que me ayudaron a cumplir esta meta, en especial a mi hija, el tesoro más grande de mi vida, a mi esposo , a mi madre, a mi mamita Rosa, que está en el cielo, a mis amigas y compañeras tesisistas y a Jesús, la luz que guía mi camino”

Muchas Gracias

Andrea Silva Celedón.

“Dedico este trabajo a mis padres por su apoyo permanente, a mi hermano por su paciencia infinita, a mi Felipe por su amor incondicional, a mis amigas tesisistas por el cariño y la dedicación demostrada diariamente y por supuesto a Dios, por guiar mis pasos y creer en mí”.

A todos, mi eterno agradecimiento

Katherin Riquelme Solis.

“Para todas aquellas personas que en algún momento se sientan mal y necesiten algún apoyo, esperando ofrecer mi querida carrera como un instrumento de servicio y respondiendo con compromiso social a la responsabilidad y privilegio que significa ser una profesional”

Paulina Zepeda Álvarez.

AGRADECIMIENTOS

Para cumplir el objetivo de la investigación y llevar a término el estudio, numerosas personas contribuyeron a ello, agradecemos a:

- Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme, Los Volcanes y Centro de Salud Violeta Parra de Chillán/Chile; y Centro de Salud San Blas y La Florida de Alicante/España, por facilitarnos la información necesaria realizar nuestra investigación.
- Sra. Elena Espinoza Lavoz, Enfermera Docente Guía y Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán/Chile, gracias por su apoyo, experiencia y orientación en el transcurso de nuestro estudio.
- María Eugenia Galiana, Profesora Titular, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante/España, gracias por su apoyo, cariño y orientación para el desarrollo de nuestra investigación.
- Carmen Luz Muñoz Mendoza, Docente Ayudante (Lou) de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante/España, por su dedicación, apoyo, orientación, cariño y amistad, que sin duda fue uno de los soportes más importantes para no flaquear en momentos de incertidumbre y agobio.
- Inmaculada Flores, Enfermera de Gestión Domiciliaria del Centro de Salud San Blas, Alicante/España, por su amistad, cariño, alegría, compromiso, confianza y apoyo incondicional, lo que sin duda fue uno de los pilares fundamentales de nuestra enriquecedora experiencia en el extranjero.

- Norelis Mendoza, Becaria de investigación: Doctorado en Enfermería: práctica y educación; gracias por su apoyo incondicional, orientación, cariño, alegría y sobretodo amistad.
- María Dolores Saavedra, Enfermera de Gestión Domiciliara del Centro de Salud La Florida, Alicante/España, por su apoyo y facilitarnos información relevante para desarrollar nuestra investigación.
- Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán/Chile y Escuela de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante/España, por el apoyo brindado para el desarrollo de nuestro investigación.
- Universidad del Bío-Bío, Dirección General de Relaciones Internacionales, por darnos la oportunidad de fortalecer el desarrollo personal y la formación profesional al conocer y vivenciar realidades distintas en el ámbito cultural y profesional.
- Universidad de Alicante, Alicante/España, por su acogida para realizar una Pasantía de Corta Duración y desarrollar nuestro estudio.
- Sra. Elisa Cartagena, Docente de la Universidad de Alicante, Alicante/España, por su cálida acogida y apoyo durante nuestra estadía en España.
- Sra. Gloria Araneda, Enfermera Docente, Universidad del Bío-Bío, Chillán/Chile, gracias por su experiencia y orientación en el transcurso de nuestro estudio.

- Carmen de la Cuesta Benjumea, Profesora Visitante (Lou) de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante/España; Sra. Jenny Lowick-Russell Ávalos, Asistente Social y Gerontóloga, Santiago/Chile; por enseñarnos parte de sus conocimientos y experiencias en el ámbito de la investigación.

- Sra. Tatiana Cárdenas Díaz, Enfermera Coordinadora y encargada del Programa del Adulto Mayor, CESFAM Isabel Riquelme; Sr. Hector Acuña Ortiz, Enfermero Programa Adulto Mayor, CESFAM Los Volcanes; Srta. Alejandra Sandoval Vásquez, Enfermera Programa Postrados, CESFAM Los Volcanes; Srta. María San Martín, Enfermera Programa Postrados del Centro de Salud Violeta Parra y Srta. Jessica Carrasco, Enfermera Centro de Salud Violeta Parra; gracias por su dedicación y apoyo en la recolección de datos.

- Sr. Nelson García, Trabajador Social y Docente Universidad del Bío-Bío, Chillán; Sra. Mercedes Zavala, Docente Universidad de Concepción, Concepción; Sra. Carolina Luengo, Enfermera Docente Instituto Virginio Gómez, Chillán, por su acogida, orientación y facilitación de material bibliográfico para el desarrollo de nuestra Investigación.

- Sra. Viviana Méndez, Enfermera; Sra. Pamela Montoya, Enfermera y Sra. Johana Sandoval, Nutricionista; del Servicio Salud Ñuble y Sra. Ruth Sepúlveda, Matrona, CESFAM Isabel Riquelme: por su tiempo e información otorgada, la cual contribuyó al desarrollo de nuestra investigación.

- Sra. María Jesús Luzán, Enfermera “Asociación de Cuidadores” en Alicante/España, por la información facilitada y su cariñosa acogida.

- Maricarmen Hidalgo, Estudiante de Enfermería de 3º año de la Universidad de Alicante, Alicante/España por su colaboración y apoyo durante la realización de visitas domiciliarias.

- Paulina Mora, Estudiante de 3º año de Pedagogía en Inglés, Universidad del Bío-Bío, por su oportuna colaboración en traducción del resumen de nuestro estudio.

- Sra. Pilar Rivera, Jefe de Registro Académico y Docente, Universidad del Bío-Bío y Srta. Karen Toloza, Estadística, Universidad del Bío-Bío, gracias por la ayuda en el análisis estadístico de nuestro estudio.

RESUMEN

Estudio descriptivo transversal, cuyo propósito fue describir el Perfil del Cuidador Principal/Familiar en Chillán/Chile y Alicante/España. El universo-muestra en Chile estuvo conformado por 60 Cuidadores Principales/Familiares de Adultos Mayores Postrados pertenecientes a los Centros de Salud Familiar Isabel Riquelme, Los Volcanes y Centro de Salud Violeta Parra. En España se realizó un muestreo accidental conformado por 62 Cuidadores Principales/Familiares de Adultos Mayores Inmovilizados pertenecientes a los Centros de Salud La Florida y San Blas. La investigación se sustentó en la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem. Los datos fueron recolectados entre Febrero y Mayo del año 2007, a través de visitas domiciliarias, donde se aplicó un cuestionario compuesto por dos partes, la primera creada por las autoras de la investigación y la segunda parte destinada a medir la Sobrecarga del Cuidador a través de la escala de Zarit. Previo a la recolección de datos, se realizó una prueba piloto tanto en Chile como en España. En Chile, se observó que el 60% de los Cuidadores tenía sobre 50 años y el 30% eran Adultos Mayores. La mayoría eran mujeres; el 41.7% eran hijos y el 31.7% eran cónyuges; un 88.33% cuidaban al Adulto Mayor entre 18 y 24 horas al día. El 66.6% presentaba enfermedades crónicas y el 90% presentó sobrecarga (75% sobrecarga intensa)

En España, se observó que el 80.65% de los Cuidadores eran mujeres, la mayoría tenía sobre 50 años y un 43.6% eran Adultos Mayores; un 58.06% eran hijos y 20.97% cónyuges, cerca del 80% cuidaban al Adulto Mayor entre 18 a 24 horas diarias, alrededor del 60% de los Cuidadores padecía alguna enfermedad crónica y el 80,6% presentaba sobrecarga, (62,9% sobrecarga intensa)

Se utilizó el programa informático Excel como base de datos y el SPSS 14.0 para el análisis estadístico. Por ser un estudio descriptivo se utilizaron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Palabras claves: Adulto Mayor Postrado, Adulto Mayor Inmovilizado, Cuidador Principal/Familiar, Sobrecarga del Cuidador.

ABSTRACT

Transverse descriptive study, the purpose of this study was to identify the main/familiar caretakers profile in Chillán/Chile and Alicante/España. The universal-it show was formed by 60 kneeled old people's main/familiar caretakers registered in Centers of Family Health "Isabel Riquelme", "Los Volcanes" and in the Center of health "Violeta Parra". In Spain an accidental sampling was made in 62 immobilized old people's main/familiar caretakers registered in Center of health "La Florida" and "San Blas". The investigation sustenance in the theory of Dorothea Orem. The data were collected between February and May of year 2007, through domiciliary visits, where a questionnaire made up of two parts was applied, first created by the authors of the investigation and the second part destined to measure caregiver burden through the scale of Zarit. Previous to the data collection, a test was made as much pilot in Chile as Spain.

In Chile, the 60% of the caretakers were over 50 years old and the 30% were old people. Most of the people were women. The 41.7% were sons or daughters and the 31.7 were spouses; the 88.33% took care of the old person between 18 and 24 hours a day. The 66.6% presented chronic diseases and the 90% presented burden (75% intense burden).

In Spain, the 80.65% of caretakers were women, most of them were over 50 years old and the 43.6% were old people; the 58.06% were sons or daughters and the 20.97% were spouses, near the 80% took care of the old person between 18 and 24 hours a day. About the 60% of the caretakers presented chronic diseases and the 80.6% presented burden (62.9% intense burden).

We used the computer program Excel as a database and the SPSS 14.0 for the statistical analysis. For being a descriptive study was used frequencies, percentage and measures of central tendency.

Key words: Kneeled old people, Immobilized old people, Main/familiar caretakers, Caregiver burden.

INDICE

Resumen.	
Abstract.	
I. Introducción.	1
1.1 Presentación y Fundamentación.	3
1.2 Problema y Problematización.	5
1.3 Marco Teórico y Marco Empírico.	7
1.3.1 Marco Teórico.	7
1.3.2 Marco Empírico.	20
1.4 Propósito de la Investigación.	25
1.5 Objetivos generales y específicos.	25
1.6 Listado de variables.	27
II. Metodología de la Investigación:	28
2.1 Tipo de diseño.	28
2.2 Universo y Muestra.	28
2.3 Unidad de análisis.	29
2.4 Criterios de inclusión.	29
2.5 Aspectos éticos.	30
2.6 Procedimiento para recolección de datos.	31
2.7 Descripción del Instrumento recolector.	31
2.8 Prueba Piloto.	33
2.9 Procesamiento de los datos.	34
III. Análisis .	35
3.1.1 Análisis de resultados en Chillán/Chile.	35
3.1.2 Análisis de resultados en Alicante/España.	44
3.2.1 Discusión de los resultados en Chillán/Chile.	53
3.2.2 Discusión de los resultados en Alicante/España.	57
IV. Conclusiones, limitaciones sugerencias.	61

4.1 Conclusiones.	61
4.2 Limitaciones.	63
4.3 Sugerencias.	64
V. Bibliografía.	66
VI. Anexos	71
6.1 Anexo 1: Definición nominal y operacional de las características	
6.2 Anexo 2: Cartas de autorización	
6.3 Anexo 3: Cartas de Consentimiento Informado	
6.4 Anexo 4: Cuestionario el Cuidador Principal/Familiar ((incluye Escala de Sobrecarga de Zarit, Adaptación de Martín y col., 1996)	
6.5 Anexo 5: Ficha de ingreso de atención domiciliaria para pacientes con dependencia moderada o dependencia severa o postrados Chillán/Chile (incluye Escala de Sobrecarga de Zarit, Adaptación de Izal y Montorio, 1994, MINSAL).	
6.6 Anexo 6: Cuestionario de Zarit utilizado en Centros de Atención Primaria Chillán/Chile.	
6.7 Anexo 7: Entrevista utilizada en el Pilotaje de Atención Domiciliaria de Inmovilizados en Alicante/España (incluye Escala de Sobrecarga de Zarit, de la Comunidad Autónoma Valenciana).	

I. INTRODUCCIÓN

Los cambios socio-demográficos suscitados en los últimos años en el mundo han provocado un rápido aumento en la población de Adultos Mayores. Los avances sociales y tecnológicos, y la baja tasa de natalidad y mortalidad han contribuido a este fenómeno, que a pesar de favorecer el aumento en la edad cronológica, no han incrementado la calidad de vida de las personas debido a los estilos de vida poco saludables, lo que trae como consecuencia la prevalencia de enfermedades crónicas-degenerativas e incapacitantes en la población de Adultos Mayores.

Los hechos mencionados anteriormente se traducen en el aumento del grado de dependencia del Adulto Mayor, haciéndose necesaria una persona que le brinde cuidado. Aquí nace el concepto de Cuidador Principal/Familiar, quien de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del Adulto Mayor. Estas personas en muchas ocasiones deben interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud en todos los órdenes. ⁽¹⁾ Sin embargo, poseen un alto grado de compromiso en su desempeño. Suelen ser cónyuges, hijos y familiares de la persona incapacitada, pero pueden ser vecinos y voluntarios.

Mas, la dificultad que significa para el Cuidador Principal/Familiar el desgaste y la carga del cuidado diario, la tristeza que causa ver como el ser querido pierde progresivamente sus facultades físicas y psíquicas, sobretodo su independencia, causan una patología conocida como el "Síndrome del Cuidador". La presencia de estos factores entre otros, como la insatisfacción de sus propias necesidades puede fácilmente desembocar en la Sobrecarga del Cuidador Principal/Familiar.

Cuidar a otra persona implica, además, otros costos difícilmente cuantificables. Teniendo en cuenta estos hechos, no puede sino elogiarse lo que es una gran decisión por parte de las familias, de cuidar a sus Adultos Mayores dependientes. Esta medida, a su vez, tiene un notable impacto económico e implicancias para la

política social y sanitaria, ya que al reducir o evitar la utilización de recursos formales supone una disminución del gasto público. Ahora bien, si es cierto que los Cuidadores constituyen un recurso valioso, también es cierto que se trata de un recurso vulnerable, ya que el compromiso de cuidar tiene importantes costos materiales, emocionales y físicos para los Cuidadores que dedican sus capacidades para cuidar a su familiar de forma tan intensa y continuada como generalmente lo hacen. ⁽²⁾

Esta realidad constituye una problemática social de envergadura mundial, lo que ha llevado a la necesidad de preocuparse de la situación de los Cuidadores, a los que comúnmente se les presta una escasa atención, a pesar de ser considerados enfermos silentes, ⁽¹⁾ y que si bien han existido siempre, sólo ahora se manifiestan en toda su magnitud.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA E IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN.

Como consecuencia de la transición demográfica se ha producido una rápida disminución del porcentaje de población joven aumentando los Adultos Mayores.

A nivel mundial, en el año 2006, había 500 millones de personas que tenía más de 65 años, para el año 2030 se predice un incremento total de un billón de habitantes, esto quiere decir, que por cada 8 personas habrá un Adulto Mayor.⁽³⁾ En países en vías de desarrollo, para el año 2030 habrá un aumento de un 140% en la población mayor de 65 años. ⁽³⁾ Mientras que en países desarrollados, este grupo etario representa el 14% de la población, y se proyecta un crecimiento de casi el 25% de todos sus habitantes para el año 2050. ⁽⁴⁾

A este cambio demográfico se suma la transición epidemiológica, apareciendo enfermedades comunes en adultos y Adultos Mayores, es así como los últimos sufren un deterioro natural de sus capacidades sensoriales y motoras, por lo que las actividades de la vida diaria, especialmente las de autocuidado son difíciles o imposibles de realizar; de allí surge la importancia del rol del “Cuidador Principal/Familiar”, personas que en la mayoría de los casos, contribuyen con ahínco y gran compromiso a satisfacer las necesidades del Adulto Mayor.

Generalmente estos Cuidadores, se enfrentan a una serie de situaciones que alteran su salud física, mental, social, emocional entre otras, provocando en ellos una excesiva “Sobrecarga”.

Entre los métodos para prevenir esta situación contamos con la Investigación, una de las más valiosas herramientas de Enfermería, la cual, no se ha explotado lo

suficiente, por lo tanto es un gran compromiso como Profesionales de la Salud interesarse en esta problemática social y así conocer la realidad en Chile y además palpar en terreno el escenario en un país desarrollado como España, con el objetivo de intercambiar experiencias y crecer en el ámbito profesional, aportando conocimientos a la disciplina de Enfermería como carrera de servicio y compromiso social.

1.2 PROBLEMA Y PROBLEMATIZACIÓN

PROBLEMA

¿Cuál es el perfil del Cuidador Principal/Familiar (C.P.F.) de Adultos Mayores Postrados (A.M.P.) en Chillán/Chile y de Adultos Mayores Inmovilizados (A.M.I.) en Alicante/España?

PROBLEMATIZACIÓN

A partir del problema planteado surgieron las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la edad del C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?
- ¿Cuál es el género del C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?
- ¿Cuál es la situación de pareja del C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?
- ¿Cuál es la escolaridad C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?
- ¿Cuál es la percepción de la situación económica actual del C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?
- ¿Cuál es el parentesco del C.P.F con el A.M.P. y con el A.M.I.?
- ¿Cuál es la situación laboral del C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?
- ¿Hace cuánto tiempo se desempeña como C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?
- ¿El C.P.F comparte vivienda con el A.M.P. y A.M.I.?
- ¿Cuántas horas diarias dedica de cuidado el C.P.F al A.M.P. y A.M.I.?
- ¿Qué necesidades del A.M.P y A.M.I. satisface el C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?
- ¿Por su labor de cuidador, cuál es el nombre con el que se siente más identificado el C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?

- ¿Qué tipo de bebedor (bebidas alcohólicas) es el C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?
- ¿Qué tipo de enfermedades crónicas no transmisibles padece el C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?
- ¿Cuál es el grado de Sobrecarga del C.P.F en Chillán/Chile y Alicante/España?

1.3 MARCO TEÓRICO Y MARCO EMPÍRICO

1.3.1 MARCO TEÓRICO

El concepto de envejecimiento sólo es comprensible en un marco de una cultura específica y está condicionado en gran medida por variables históricas y socioeconómicas, el concepto de vejez se genera en gran medida de las costumbres, mitos y presentaciones sociales, entre las que se incluye la autopercepción que de ella tiene cada persona.⁽⁵⁾

El organismo manifiesta envejecimiento, cuando decrece su vitalidad y cuando, proporcionalmente, aumenta su vulnerabilidad, por lo tanto, el organismo viejo se diferencia del joven mediante el enlentecimiento de unas funciones y la desaparición de otras, lo mismo que por la elevada incidencia de enfermedades. ⁽⁶⁾

Por otro lado, las características de la sociedad condicionan el promedio de años de las personas, y su calidad de vida durante la vejez, así algunos autores afirman que los Adultos Mayores a menudo son dependientes debido a la forma en que se les categoriza socialmente y a las presiones que la sociedad ejercen sobre ellos.⁽⁷⁾

Todo esto, sumado a la cronicidad de las enfermedades manifestadas en los Adultos Mayores, en especial las degenerativas, obstaculizan la realización de las actividades de la vida diaria del Adulto Mayor, dificultando el autocuidado. Estas se diferencian en:

1. Básicas (A.B.V.D.): Son las más elementales, de autocuidado y consiste en realizar en forma independiente las actividades de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y uso del baño. ⁽⁶⁾

2. Instrumentales (A.I.V.D): Son las que requieren de algunos instrumentos para ser llevadas a cabo y necesitan de una mayor indemnidad del individuo para poder realizarlas, y la vez posibilitan a la persona para mantener una vida minimamente social. Las A.I.V.D son: usar el teléfono, ir de compras, cuidar la casa, lavar la ropa, usar medios de transporte, utilizar dinero, responsabilizarse de sus medicamentos, entre otros. ⁽⁶⁾

Además, es importante el desarrollo de las actividades cognitivas, que permite a los individuos reaccionar adecuadamente ante el mundo que los rodea, participando activamente los sentidos y las estructuras cerebrales. La cognición se refiere a los procesos mentales complejos que tienen lugar en la propia experiencia del ambiente (estímulo) y la conducta observable desde el exterior (la respuesta). Estos procesos comprenden:

1. La percepción del ambiente.
2. La capacidad de recordar lo que percibió.
3. La capacidad de pensar y razonar sobre lo que ha percibido. ⁽⁸⁾

La dificultad de desarrollar estas actividades (básicas, instrumentales y cognitivas) se conoce como discapacidad, lo cual conlleva a la dependencia del Adulto Mayor,⁽⁹⁾ haciéndose imprescindible la ayuda constante de otras personas para satisfacer sus necesidades, siendo la familia la principal, y en ocasiones, la única red de apoyo existente. ⁽¹⁰⁾

Cuidar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando. La experiencia de cada Cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de Cuidador a Cuidador. Aunque los tipos de cuidados y las actividades a ejecutar dependen de cada situación particular, muchas de las tareas habituales son comunes a la mayoría de las situaciones de cuidado. ⁽⁵⁾

El objetivo del Cuidador es atender con respeto y dignidad, manteniendo siempre la intimidad, proporcionando al Adulto Mayor una mejor calidad de vida adaptándose a su medio.

Las redes o sistema de apoyo se clasifican en dos grandes categorías:

1. **Sistemas formales:** poseen una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en ciertas áreas determinadas y utilizan profesionales o voluntarios capacitados para alcanzar sus metas. ⁽¹¹⁾ La relación que se produce entre Cuidador y el usuario está movida por una necesidad de subsistencia y tiende a ser más impersonal.

2. **Sistemas informales o naturales:** sus funciones no están regidas por procedimientos formales o técnicos. El comportamiento de asistencia surge como consecuencia de relaciones sociales que tienen otras funciones además de apoyo. Entre estos sistemas encontramos la familia, amigos y vecinos. ⁽¹¹⁾

La persona que asume el cuidado es llamada “**Cuidador Principal/Familiar**”, quien se ocupa de las actividades de la vida diaria de un Adulto Mayor dependiente. Su tarea en la mayoría de los casos es diaria y continua por largos períodos de tiempo, además no son remunerados y no disponen de capacitación. ^(12,13,14)

En el cuidado entregado podemos distinguir tres tipos de servicios:

Los servicios de infraestructura básica: que repercuten indirectamente en la salud (alojamiento, alimentación, seguridad, entre otras)

Los servicios no remunerados: relacionados directamente con la enfermedad y la discapacidad (compañía, transporte, tratamientos, etc)

La gestión del consumo de servicios sanitarios: (pagos, tramitaciones, compra de medicamentos, entre otros) ⁽¹⁵⁾

En cuanto al desempeño del rol del Cuidador, la mayor probabilidad la tiene el cónyuge, en el caso de que esté capacitado para ello. En las situaciones de que esto no ocurra, el rol recae normalmente en algún hijo adulto, generalmente en una hija; la ayuda recibida por parte de los últimos esta relacionada con la proximidad residencial, el estado civil, la edad, salud y sexo de los hijos, las necesidades del Adulto Mayor, la situación económica de los padres Adultos Mayores y de sus hijos adultos, además de los lazos afectivos. (3)

La ayuda recibida de los hijos se conceptúa desde la perspectiva de una reciprocidad esperada. Se percibe que los hijos tienen una responsabilidad para con sus padres que se basa principalmente en dos aspectos: la retribución de la crianza brindada en su momento por los progenitores y el amor filial. La interdependencia también implica que el Adulto Mayor ayuda a sus hijos en medida de sus posibilidades. (11)

Los vecinos y amigos también forman parte de las redes de apoyo de los Adultos Mayores. Los vecinos, a diferencia de los parientes y amigos, no siempre son parte vital de las redes de apoyo afectivo del Adulto Mayor. (11)

Las amistades del Adulto Mayor tienden a ser generalmente coetáneos y personas con similares necesidades y recursos. Las relaciones de sostén con los amigos implican diversos tipos de asistencia, tales como: brindar compañía, apoyo afectivo, compartir confidencias, proveer servicios o ayuda en actividades cotidianas y contribuir al mantenimiento de una autoestima positiva. En cambio, las relaciones con los vecinos suelen ser de asistencia elemental.

Proporcionar ayuda, implica además una dedicación importante de tiempo y energía, que conlleva tareas que pueden no ser cómodas o agradables. Es una situación en la que suele darse más de lo que se recibe y generalmente es una actividad que no se ha previsto y para la que no se ha sido previamente

preparado. El cuidado, por lo tanto, es una actividad muy compleja que demanda mucha entrega. ⁽¹⁶⁾ Exige un período de adaptación forzosa a esa dinámica irreversible e incapacitante. Ello conlleva a modificaciones en el estilo y hábito de vida de todos los familiares y puede desembocar fácilmente en lo que se ha denominado “Sobrecarga” ⁽¹⁶⁾

Es evidente que el asumir el cuidado de un Adulto Mayor genera una crisis en el Cuidador, este se ve obligado a desempeñar un nuevo rol, que puede concommitar con otros roles o predominar ante los demás. No obstante todo Cuidador requiere preparación para el desempeño de su labor y atención. ⁽¹⁾

Cabe destacar que un considerable porcentaje de Cuidadores no recibe ayuda de otra persona, ni siquiera de los familiares cercanos. Sin embargo también es cierto que tienden a rechazar el apoyo, aún necesítándolo, a veces, por sentimientos de culpa u obligación moral. ⁽¹⁷⁾

Una serie de factores estresantes, mencionados anteriormente, determinan la especial vulnerabilidad de los Cuidadores a la aparición de trastornos, ocasionando una Sobrecarga física, social y psicológica; entendiendo este concepto como: “el grado en que los Cuidadores perciben que su salud, su vida social, personal y su situación económica cambia por el hecho de cuidar a alguien” (Zarit, 1982)

Al referirse al impacto de cuidar se han distinguido componentes objetivos y subjetivos:

La sobrecarga objetiva ^(5,18)

Tiene que ver con el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los Cuidadores Principales.

La sobrecarga subjetiva (5,18)

Se relaciona con las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. Este tipo de Sobrecarga tiene mayor incidencia sobre la vida del usuario y sus familiares. (1)

Bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relacionados a ésta, entre los que encontramos: costo económico del cuidado, carga física asociada al cuidado, limitación del tiempo del Cuidador e impacto sobre las relaciones interpersonales. (5,18)

Sin embargo, no sólo el nivel de deterioro del Adulto Mayor influye en la percepción de sobrecarga, sino también variables que parecieran guardar mayor relación con las características personales del Cuidador, tales como: edad, personalidad, entre otras. (19)

Por otro lado la frustración, la depresión, la ansiedad y el estrés son algunas de las secuelas de ser Cuidador. Paulatinamente, estas alteraciones emocionales se manifiestan en alteraciones de conducta, del carácter y en diversas perturbaciones psicósomáticas (angustia, alergias, afecciones de la piel, cefaleas, lumbalgias, trastornos gástricos). Muchos de estos síntomas son comunes a los diferentes Cuidadores, constituyendo un verdadero síndrome. (16)

Sin duda alguna, la mejor forma de prevenir la Sobrecarga del Cuidador Principal/Familiar, es la plena satisfacción de sus necesidades de autocuidado, razón por la cual el sustento teórico del presente estudio es la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem que define un modelo de Teoría general de Enfermería compuesta por otras tres teorías: (20)

1. Teoría del Autocuidado: explica que "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí

mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

2. **Teoría del déficit del Autocuidado:** describe y expone las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención del Profesional de Enfermería.
3. **Teoría de los sistemas de enfermería:** explican los modos en que los Profesionales de Enfermería pueden atender a los individuos.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicancia de los usuarios en el propio plan de cuidados y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. (20)

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Asimismo como el autocuidado es una de las herramientas principales para la prevención de la Sobrecarga del Cuidador Principal/Familiar, es importante la existencia de políticas en Salud que contribuyan a ello.

En Chile, el cuidado de los Adultos Mayores dependientes ha recaído históricamente en la familia, la cual ha enfrentado este cuidado sin apoyos

formales. Hasta ahora la sociedad no ha considerado que el cuidado sea una labor que merezca ser mirada con atención. La política nacional para el Adulto Mayor (Abril 1996), afirma que parte importante de esta problemática, “debe ser resuelta por la propia comunidad y, muy especialmente, al interior de la familia, la cual debe ser ayudada en esta tarea por toda la sociedad” ⁽²⁴⁾

De acuerdo a esta política se ha implementado el Programa de Postrados hace un año; actualmente los Centros de Salud y Centros de Salud Familiar tienen pesquisada su población de personas postradas, incluyendo los Adultos Mayores.

En la evaluación realizada durante la pesquisa se debe completar la “FICHA DE INGRESO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA O DEPENDENCIA SEVERA O POSTRADO”, la que incluye: **(ANEXO 5)** ⁽²⁴⁾

1. Identificación y clasificación de la persona visitada en domicilio.
2. Datos sociodemográficos de la persona con dependencia moderada o postrada.
3. Condición de la persona con dependencia moderada o postrada.
4. Condiciones del cuidado de la persona con dependencia moderada o postrada.
5. Situación del Cuidador. (la que incluye Zarit, adaptación de Izal y Montorio (1994) **(ANEXO 5)**. Sin embargo en los Centros de Salud donde se realizó esta investigación se utilizaba otra adaptación de Zarit **(ANEXO 6)**)

El Programa de Apoyo a personas con postración severa o pérdida de autonomía, entrega las siguientes prestaciones:

1. Apoyo y asistencia técnica del Equipo de Salud a personas con postración permanente y/o pérdida de la autonomía, a través de la visita domiciliaria (Diagnóstico y Plan de Intervención)
2. Capacitación a Cuidadores con el objeto de velar por la condición y calidad del cuidado al interior del domicilio.
3. Entrega de un estipendio para el Cuidador de personas postradas y/o con pérdida de autonomía, en situación de indigencia o pobreza. (25)

Además, es importante señalar que algunos Centros de Atención Primaria han formado una Red de Apoyo Comunitario, como es el caso del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Isabel Riquelme, con el objetivo de brindar ayuda a los Cuidadores Principales de personas postradas. En este Centro de Atención Primaria, la Red se ha desarrollado a través de grupo de voluntarios de la comunidad, ellos fueron capacitados por Profesionales de la Salud del mismo CESFAM, sobre temas generales del cuidado de personas postradas, además cuentan con personalidad jurídica y reciben apoyo económico de parte de la Iglesia Católica de su sector. Actualmente cuentan con un grupo de 15 voluntarios activos quienes realizan visitas a los domicilios ayudando al cuidado de la persona dependiente y aliviando la Sobrecarga del Cuidador Principal Familiar.

En España, recientemente, se ha aprobado la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas dependientes” (Ley de Dependencia), como consecuencia de la necesaria reforma y mejora de las prestaciones sociales, dedicadas a la atención de las personas que necesitan ayuda de otra para la realización de las actividades de la vida diaria. (21)

En Alicante, perteneciente a la Comunidad Autónoma Valenciana, la pesquisa de la población dependiente se lleva a cabo a través del Pilotaje de Atención Domiciliaria de Inmovilizados, a cargo de la Enfermera de Gestión Domiciliaria y Enfermera de Continuidad Domiciliaria, quien realiza las visitas, por lo tanto, el

plan considera a la Enfermera como el profesional protagonista, en donde es también la Enfermería de Atención Primaria, el pilar sobre el que debe reposar la mayor responsabilidad de su desarrollo, estableciendo una valoración integral del Adulto Mayor, su red de apoyo y su entorno. (23)

La valoración inicial y el seguimiento se realizan a través del siguiente protocolo:

(ANEXO 7)

- 1. Identificación:** por Médico, Enfermera, Trabajador social y Admisión.
- 2. Derivación y citación:** Centro de Salud o domicilio.
- 3. Valoración inicial:** “Valoración geriátrica global”.
 - Valoración Biomédica: por Enfermera y Médico.
 - Valoración funcional: por Enfermera.
 - *Test Barthel*: Actividades básicas de la vida diaria.
 - *Test Lawton*: Actividades instrumentales de la vida diaria.
 - Valoración cognitiva: *Test Pfeiffer* o *Miniexamen cognoscitivo* (versión española del MMS: **Mini Mental Status**) por Enfermera.
 - Valoración afectiva: *Test de Yesavage* por Enfermera
 - Valoración social: *Test escala de Gijón, Escala sociofamiliar de San Blas 2002* (Enfermera)
- 4. Lista de problemas a abordar y Plan de cuidados por Enfermera y Médico.**
- 5. Actividades a realizar:** actividades preventivas, control de parámetros y plan de intervención según patologías detectadas.
- 6. Frecuencia de las visitas:** según las necesidades del usuario, la Enfermera realizará las visitas domiciliarias; y si se considera necesario se realizará una visita anual en conjunto por Médico, Enfermera y Trabajador Social.
- 7. Solicitud de apoyos:** si se precisa por Trabajador Social y Kinesiólogo.
- 8. Visitas periódicas programadas por Enfermera y Médico.**
- 9. Atención a las demandas espontáneas de atención.**
- 10. Reevaluación anual conjunta y tras incidencias hasta alta del programa**(22)

Es fundamental realizar una valoración conjunta del Paciente/Cuidador encaminada a identificar el nivel de conocimiento, así como sus actividades y aptitudes por ser determinantes imprescindibles para abordar con éxito la resolución de problemas en la atención domiciliaria. (23)

Además en esta evaluación, se aplica al Cuidador Principal/Familiar el test de Zarit (no se utiliza la versión adaptada española, sino una escala enviada por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma) (**ANEXO 7**), para conocer su grado de Sobrecarga debido a los cuidados que otorga y así tomar las medidas necesarias; un ejemplo de ello, es el apoyo brindado por el Ayuntamiento (Municipalidad), organismo que contrata a una persona capacitada para que colabore con el cuidado de la persona inmovilizada durante una hora al día, por tres días a la semana, según la necesidad de cada familia y su situación económica (en este caso debe ser deficiente para optar al beneficio).

Las personas que a través de la evaluación sean declaradas dependientes, pueden optar a:

1. Una serie de servicios, prestados a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, mediante centros y servicios públicos o privados concertados.
2. De no ser posible la atención mediante un servicio, se podrá recibir una prestación económica, de carácter periódico. Deberá estar vinculada a la adquisición de un servicio que se determine adecuado para las necesidades de la persona beneficiaria.
3. Con carácter excepcional, se podrá recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, como pueden ser los familiares de la persona dependiente.

Además, desde 1995 se han implementado en Barcelona, España, Grupos de Ayuda Mutua (G.A.M), donde un conjunto de personas (entre ellos Cuidadores Principales/Familiares) se reúnen de forma voluntaria y periódica para compartir e intercambiar información, experiencias y apoyo emocional; algunos grupos realizan actividades sociales y ofrecen servicios y recursos. Esto contribuye a disminuir el individualismo del problema y al desahogo del Cuidador. ⁽¹⁶⁾

Los centros de día, son otra iniciativa formal que contribuye a aliviar la carga del cuidado. Estos centros proporcionan cuidado terapéutico al paciente, de manera que los Cuidadores puedan descargarse durante unas horas de la actividad de cuidar. ⁽¹⁰⁾

Todas estas estrategias deben ser un estímulo para las autoridades públicas de mantener e impulsar programas de atención geriátrica y sociosanitarios, que garanticen una correcta atención a los frecuentes problemas de salud de los Adultos Mayores, también cuando éstos son dependientes.

Ambos países han iniciado acciones encaminadas a ayudar al Cuidador Principal/Familiar, y unas de las primeras medidas que se han tomado ha sido la de medir el grado de Sobrecarga que están experimentando los Cuidadores a través de la escala de Zarit.

La Sobrecarga del Cuidador ha sido definida operativamente y medida usando diversos modelos sociales, cognitivos y comportamentales.

1. Un modelo se basa en relacionar la Sobrecarga del Cuidador con el tipo específico de deterioro y necesidades del usuario, según las dificultades que se presenten al resolverlas. Los instrumentos utilizados para valorar este tipo de Sobrecarga consisten en listas de problemas que pueden presentar los usuarios generalmente significativo para los Cuidadores

2. Otra manera de medir la Sobrecarga consiste en emplear instrumentos no específicos, que miden dimensiones como calidad de vida, presencia de síndromes psicopatológicos (ansiedad o depresión).
3. Un tercer modelo deriva de la teoría general del estrés, desde esta perspectiva, el Cuidador tiene que enfrentarse con determinados factores estresantes, y sus respuestas a los mismos se ve mediada por procesos psicológicos (impacto emocional) y la posibilidad de utilización de soporte sociofamiliar y estrategias de manejo; correspondiendo a la Sobrecarga subjetiva. Dentro de este enfoque se han diseñados instrumentos como la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, siendo esta una de las escalas más utilizadas internacionalmente. (26)

Cuidar a un familiar puede ser una experiencia gratificadora y enriquecedora, ya que a través de ella, el Cuidador puede descubrir en sí mismo cualidades, aptitudes o habilidades que, probablemente, de otra forma no lo hubiera hecho. También puede establecerse una relación más próxima con la persona cuidada o con otros familiares y encontrar en ellos características que no se conocían. Sin embargo en muchos casos, por el contrario, puede ser una experiencia solitaria, ingrata, agotadora y mal valorada, por esto los Cuidadores pueden derivar en una Sobrecarga severa. (5)

Por lo tanto, el buen Cuidador cumplirá satisfactoriamente su tarea, sólo si mantiene su plenitud personal, física y psíquica, siendo capaz de delegar parte de la atención, buscar un espacio personal que le permita dedicarse tiempo, mantener un régimen de vida normal, enfrentarse a las situaciones con más naturalidad y no dejarse envolver por la dependencia del Adulto Mayor a su cuidado. (7)

1.3.2 MARCO EMPIRICO

Las investigaciones referentes al Cuidador Principal/Familiar de Adultos Mayores son insuficientes en el área de Enfermería, sin embargo, los estudios publicados entregan importante información sobre el tema.

En el año 1996, la Enfermera Mercedes Zavala realizó en Concepción, Chile, una investigación llamada “Funcionamiento social del Adulto Mayor”, ⁽²⁷⁾ en la que describió, que la mayor proporción de Cuidadores encuestados correspondían al género femenino, principalmente hijas mayores de 40 años de edad, quienes vivían con el Adulto Mayor, de escolaridad incompleta y que no realizaban oficio alguno.

La misma autora, planteó en su estudio “Redes de apoyo social para los pacientes con Alzheimer” (1996), que el 83% de los cuidados al paciente era proporcionado por familiares y el 93% de los Cuidadores no conocía la existencia de redes de apoyo comunitario. ⁽⁷⁾

Más tarde, una investigación realizada en Colombia, entre los años 2003 y 2004, a 102 Cuidadores, demostró que éstos en su mayoría (87.3%) eran mujeres, 52% eran hijos del Adulto Mayor, con un rango de tiempo como Cuidador de 1 a 41 años; el promedio de horas diarias que dedicaban al cuidado era de 16.4 hrs. y el 63.7% no tenían actividad recreativa, concluyendo que el 47% presentaban Sobrecarga.⁽³⁾

Por otro lado, Heydi Augsburguer, Tesista de Enfermería, realizó un estudio en Valdivia, Chile, en el año 2003, a 25 Cuidadores de pacientes postrados, dedujo que la mayoría eran mujeres (84%) desempeñándose como dueñas de casa. Las edades estaban distribuidas uniformemente, destacándose la presencia de Adultos Mayores como Cuidadores. En relación al grado de Sobrecarga la

mayoría no la presentaba (52%), pero sí manifestaban sentimientos tales como: miedo, aislamiento social y rabia, con una frecuencia constante. Para la mayoría de los Cuidadores la experiencia de cuidar, era un acto de amor y gratitud, que conllevaba muchas dificultades y la necesidad de adaptarse a una nueva vida. No obstante, la mayoría señalaba que el cuidar a quien lo necesitaba otorga satisfacción personal. (28)

En el año 2004, Muñoz y col., Tesistas de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, realizaron un estudio llamado “Factores que influyen en el Nivel de Sobrecarga de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores Dependientes, adscritos al Consultorio Violeta Parra de Chillán, Chile”, el que contó con una muestra de 100 Cuidadores de Adultos Mayores dependientes, la investigación concluyó que el 72% de los Cuidadores presentaba algún grado de Sobrecarga y un 48% tenía Sobrecarga intensa, que el 78% de ellos tenía entre 41 y 60 años y un 34% se ubicaba sobre ese rango. Por otra parte, el 56% de los Cuidadores presentó sintomatología depresiva, característica que aumentaba notablemente los niveles de Sobrecarga en el Cuidador. (27)

En el año 2005, Méndez y Moraga, realizaron un estudio en Collipulli, cuya muestra fue de 61 Cuidadores de Adultos Mayores dependientes; entre las conclusiones se observó que el 70.49% de los Cuidadores presentaba algún tipo de Sobrecarga y un 45.9% tenía Sobrecarga intensa, además el 47.5% tenía entre 21 y 50 años, el 83.3% eran mujeres, de ellas un 20% no tenía escolaridad, alrededor del 75% tenía hijos y pareja, y el 80% compartía un mismo hogar con el Adulto Mayor. El 47% eran hijos del Adulto Mayor dependiente y el 75% no tenía ingresos económicos propios. Destacándose significativamente las variables: existencia de ayuda externa, el tiempo que el Cuidador lleva a cargo del Adulto Mayor y el parentesco. (7)

Mientras que en España, una investigación realizada en 1996 a 92 Cuidadores de Adultos Mayores con algún diagnóstico psiquiátrico, dedujo a través del índice de Katz, que los Adultos Mayores eran dependientes por completo en dos áreas. En relación a los Cuidadores el 83.7% eran mujeres, con una edad media de 54.5 años, donde la mayoría eran hijos y llevaban cuidando un período de tiempo cercano a los 7 años. Más del 50% de ellos presentaron Sobrecarga leve a intensa. (29)

Relacionado con lo anterior, la Enfermera cubana Leydis Lara y col. en su investigación “Síndrome del Cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica” realizada entre los años 1998 y 1999, planteó la importancia de la pesquisa precoz de los síntomas de Sobrecarga que llevaban al denominado “Síndrome del Cuidador Informal” y los factores que predisponían a padecer de este mal, que convertían al Cuidador en un enfermo silencioso, afectando la calidad de los cuidados otorgados al Adulto Mayor. Además concluyó que gran parte de los Cuidadores eran hijos del Adulto Mayor (34.2%), y que su salud se afectaba principalmente a nivel del sistema osteomioarticular (60%), además eran comunes la depresión (77.6%), el cansancio (69.7%) y los trastornos del sueño (67.1%), entre los problemas sociales la disminución del tiempo libre se presentaba en un 60.5%, la soledad en 40.7% y el aislamiento (30.2%). (30)

Posteriormente, en el año 1998 se realizó una investigación en Madrid, España, la que concluyó que el género del Cuidador en la mayoría de los casos era mujer, la edad media era de 54.5 años, la relación de parentesco con la persona que recibía los cuidados era mayoritariamente hija o hijo (74%), cónyuge (6%), nuera (5%) y vecina (6%). (2)

Otro estudio realizado en el mismo país, donde se utilizó como base de datos la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS) de 1999,

señalaba que un 23.5% de las personas mayores de 64 años tenían discapacidad para al menos una de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Además el 31.9% de estas personas estaban incapacitadas para realizar las actividades instrumentales. ⁽²¹⁾

En Huesca, España, Seira y col., en el año 2001 realizaron un estudio a 50 Cuidadores Principales de pacientes incluidos en el Programa de Visita Domiciliaria, siendo casi en su totalidad mayores de 65 años. Entre los Cuidadores existía un predominio de mujeres, con una edad media de 60 años, casadas, con estudios primarios, hijas del paciente y con quien compartía vivienda hace más de 6 meses. La morbilidad sentida más frecuentemente fueron los problemas osteoarticulares (67.9%), mientras que un 28% presentaba malestar psíquico relacionado con la ansiedad y un 32% relacionado con la depresión. ⁽³¹⁾

Dos años después, en Granma, Cuba, un equipo de psicólogos trabajó con 30 Cuidadores de personas mayores de 65 años con Demencia, deduciendo que casi la cuarta parte de la muestra era mayor de 60 años; más de las tres cuartas partes correspondió al género femenino; en la escolaridad el nivel más frecuente fue el secundario y los hijos eran los que generalmente se encargaban de los cuidados. Además, señalaron que los Cuidadores presentaban enfermedades crónicas y que sus condiciones físicas no eran óptimas para efectuar el cuidado del enfermo. ⁽¹⁾

Durante el año 2003, en Huelva, España, un estudio a 34 Cuidadores de Adultos Mayores dependientes incluidos en el Programa de visita domiciliaria; infirió que el 41.2% de los Adultos Mayores eran dependientes totales, el 32.4% dependientes severos y el 17.6% dependientes moderados. Entre las características del Cuidador se destacaban que: el 94.1% eran mujeres, el 58.8% estaban casadas, el 73.5% eran hijas, un 61.8% tenía estudios primarios, el 67% no trabajaba, un 94,1% convivía con el Adulto Mayor y en promedio llevaban 6 años como Cuidadores ⁽¹⁴⁾

Estudios más actualizados (2006) realizados en el mismo país, muestran datos muy similares a los señalados anteriormente. La investigación titulada “Evaluación funcional y cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. Estudio NonaSantFeliu”, llevado a cabo en Barcelona, España; a una muestra de 186 nonagenarios (mayores de 89 años); concluyó que en la mayoría de los casos (80.3%) la familia cumplía con el rol del Cuidador Principal. ⁽³²⁾

Mientras que en el estudio titulado, “Detección de fragilidad en atención primaria: situación funcional en población mayor de 65 años demandante de atención sanitaria”, realizado en Murcia, España a 460 Adultos Mayores, que acudían solicitando asistencia sanitaria en centros de salud de la región, refirió la existencia de un 27.8% de Adultos Mayores que presentaban limitación en alguna de las ABVD, porcentaje alto teniendo en cuenta que se trataba de pacientes que podían acudir a la consulta de Atención Primaria. ⁽³³⁾

Sin duda, tomar en cuenta la experiencia y los conocimientos de otros estudios permiten conocer el abanico de posibilidades y acercar de mejor manera las investigaciones a este problema social, cuyos resultados en el futuro pueden ser más certeros para la aplicación de normas de atención, preparación de personal y programas preventivos, especialmente dirigidos a la Sobrecarga del Cuidador Principal/Familiar.

1.4 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar el perfil del C.P.F. del A.M.P. en Chillán/Chile y del A.M.I. en Alicante/España.

1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

1. Describir el perfil del C.P.F. del A.M.P. en Chillán/Chile y del A.M.I. en Alicante/España.

1.1. Determinar características sociodemográficas del C.P.F. del A.M.P. en Chillán/Chile y del A.M.I. en Alicante/España.

- Conocer la edad del C.P.F. en Chillán/Chile y Alicante/España.
- Conocer el género del C.P.F. en Chillán/Chile y Alicante/España.
- Identificar la situación de pareja del C.P.F. en Chillán/Chile y Alicante/España.
- Conocer la escolaridad del C.P.F. en Chillán/Chile y Alicante/España.
- Conocer la percepción de la situación económica actual del C.P.F. en Chillán/Chile y Alicante/España.
- Distinguir el parentesco del C.P.F. con el AMP y el A.M.I.
- Conocer la situación laboral del C.P.F. en Chillán/Chile y Alicante/España.

1.2. Identificar características del cuidado que otorga el C.P.F. del A.M.P. en Chillán/Chile y del A.M.I. en Alicante/España.

- Conocer el tiempo como cuidador del C.P.F. en Chillán/Chile y Alicante/España.
- Identificar si el C.P.F. comparte vivienda con el A.M.P. y A.M.I.
- Determinar cuántas horas diarias el C.P.F. dedica al cuidado del A.M.P. y A.M.I.

- Conocer las necesidades del A.M.P. y A.M.I que satisface el C.P.F. en Chillán/Chile y Alicante/España.
- Conocer como le gustaría que lo identificaran por su labor como C.P.F. en Chillán/Chile y Alicante/España.

1.3. Determinar características de salud del C.P.F. del A.M.P. en Chillán/Chile y del A.M.I. en Alicante/España.

- Conocer a qué tipo de bebedor (bebidas alcohólicas) corresponde el C.P.F. de Chillán/Chile y Alicante/España.
- Conocer las enfermedades crónicas no transmisibles que padece el C.P.F. de Chillán/Chile y Alicante/España.
- Medir el grado de Sobrecarga del C.P.F. en Chillán/Chile y Alicante/España.

1.6 LISTADO DE VARIABLES

Características del C.P.F del A.M.P. en Chillán/Chile y A.M.I en Alicante/España.

Características sociodemográficas:

- edad
- género
- situación de pareja
- escolaridad
- percepción de la situación económica actual
- parentesco
- situación laboral

Características del Cuidado que otorga:

- tiempo como Cuidador
- comparte vivienda
- horas diarias de cuidado
- necesidades del Adulto Mayor que satisface el Cuidador
- nombre con el que se identifica por su labor

Características de Salud:

- tipo de bebedor (bebidas alcohólicas)
- enfermedades crónicas no transmisibles
- grado de Sobrecarga

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO:

Estudio descriptivo de corte transversal.

2.2 UNIVERSO – MUESTRA.

Chillán-Chile:

Universo:

El Universo estuvo conformado por 60 Cuidadores Principales/Familiares de Adultos Mayores pertenecientes al Programa de Postrados, inscritos en el Centro de Salud Familiar Los Volcanes, Isabel Riquelme y Centro de Salud Violeta Parra, que contaban con los criterios de inclusión presentes en la investigación.

Dado que el Universo era muy reducido, se trabajó con el total de la población de los tres Centros de Salud que cumplía con los criterios de inclusión, vale decir:

- 17 C.P.F. del Centro de Salud Familiar Los Volcanes.
- 28 C.P.F. del Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme
- 15 C.P.F. del Centro de Salud Violeta Parra.

Muestra:

La muestra es igual al universo.

Alicante-España:

Universo:

El Universo estuvo conformado por Cuidadores Principales/Familiares de Adultos Mayores pertenecientes al Pilotaje de Atención Domiciliaria de Inmovilizados, inscritos en el Centro de Salud La Florida y San Blas, que contaban con los criterios de inclusión presentes en la investigación.

Muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico accidental de 62 C.P.F. que cumplían con los criterios de inclusión en ambos Centros de Salud, vale decir:

- 35 C.P.F del Centro de Salud San Blas
- 27 C.P.F. del Centro de Salud La Florida.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS:

C.P.F de A.M.P. en Chillán/Chile y de A.M.I. en Alicante/España

2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Chile:

C.P.F

- Edad de 18 o más años.
- Proximidad residencial con el A.M.P.
- Domicilio en zona urbana.
- 1 mes o más al cuidado del A.M.P. no institucionalizado y que pertenezca al Programa de Postrados
- No reciban remuneración económica por su labor (no se considera remuneración el estipendio)
- Sin evaluación de Zarit en los últimos 6 meses.
- Exprese verbalmente que es la persona responsable del cuidado del AM.
- Acepte participar en el estudio al momento de la visita domiciliaria.

España:

C.P.F

- Edad de 18 o más años.
- Proximidad residencial con el A.M.I.
- Domicilio en zona urbana.
- 1 mes o más al cuidado del A.M.I. no institucionalizado y que pertenezca al Pilotaje de Atención Domiciliaria de Inmovilizados.

- No reciban remuneración económica por su labor.
- Que cuenten con registros que contengan información imprescindible: nombre del adulto mayor, número telefónico y domicilio.
- Sin evaluación de Zarit en los últimos 6 meses.
- Exprese verbalmente que es la persona responsable del cuidado del AM.
- Acepte participar en el estudio al momento de la llamada telefónica y de la visita domiciliaria.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

La participación del estudio fue voluntaria y gratuita. Se resguardó la confidencialidad de los datos y el anonimato en el manejo de la información entregada por los C.P.F. de A.M.P. en Chillán/Chile y C.P.F de A.M.I. en Alicante/España que participaron en este estudio.

Se solicitó autorización a la Directora, Enfermera Supervisora y Enfermera(o) Encargada(o) del Programa de Postrados de los Centros de Atención Primaria en Chillán/Chile, tanto para la realización del Piloto y la obtención de datos para la investigación desde la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

Previo al inicio de la Pasantía se enviaron las cartas de autorización para los Centros de Atención Primaria a la Docente guía de la Universidad de Alicante, Alicante/España, quien estableció el contacto con los Profesionales de Enfermería correspondientes.

Se requirió el consentimiento informado, el cual explicaba en términos sencillos el propósito y objetivos de la investigación; a todos los C.P.F que participaron en el estudio, quienes recibieron una copia del consentimiento.

2.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los datos fueron obtenidos en Chillán/Chile entre el 23 de abril y el 22 de mayo del año 2007; a través de visitas domiciliarias realizadas por las investigadoras, en que se solicitó el consentimiento y se entrevistó al C.P.F; y en Alicante/España entre el 26 de febrero y el 9 de marzo del año 2007, previa llamada telefónica para solicitar su consentimiento y autorización para la visita, además de obtener información para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión.

2.7 DESCRIPCIÓN INSTRUMENTO RECOLECTOR.

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento titulado “Perfil del Cuidador Principal/Familiar”, el que se aplicó a los C.P.F de A.M.P. en Chillán/Chile y C.P.F de A.M.I. en Alicante/España.

El instrumento consistió en una entrevista estructurada que se dividió en dos partes:

Primera Parte: creada por las autoras de la investigación, cuyo objetivo fue conocer información del C.P.F en relación a características sociodemográficas (edad, género, situación de pareja, escolaridad, entre otras), del cuidado que otorga (tiempo como cuidador, horas diarias que dedica al cuidado del A.M., necesidades del A.M que satisface, nombre con el que se identifica por su labor, entre otras) y de salud (tipo de bebedor y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles).

Segunda Parte:

Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador: En 1982 Zarit diseñó en inglés una escala de 29 ítems para medir la Sobrecarga del Cuidador, a través de la valoración subjetiva de ésta. Dicho instrumento fue adaptado a la cultura española y validado por Martín y col. en el año 1996, reduciéndola a 22 ítems, los

resultados de dicha adaptación arrojan buenos valores de fiabilidad y consistencia interna de la escala, por esta razón se utilizó para la presente investigación tanto en Chile como en España.

La escala explora los efectos sobre el Cuidador en distintas áreas de su vida; salud física, psicológica, actividad social y recurso económico.

Este instrumento es autoadministrado, sin embargo, para efecto del estudio fue administrado por las investigadoras. (29, 34)

Cada ítem cuenta con una escala de cinco respuestas tipo Likert, cuyas categorías son: Nunca, Casi nunca, A veces, Frecuentemente y Casi siempre; con los siguientes puntajes:

1= Nunca

2= Casi nunca

3= A veces

4= Frecuentemente

5= Casi siempre

Resultados:

No sobrecarga: ≤ 47

Sobrecarga leve: 48 – 56

Sobrecarga intensa: > 56

La escala de Sobrecarga se aplicó de la siguiente manera: (34)

- Lectura de las instrucciones indicadas en la escala adaptada de Zarit al C.P.F.
- Explicación al C.P.F. que cuando se le preguntaba sobre su familiar se hacía referencia al Adulto Mayor que cuidaba.
- Uso de una tarjeta que permitía visualizar las alternativas de las preguntas con la finalidad de facilitar las respuestas del C.F.P.

- Al leer cada pregunta se antepone la frase “CON QUÉ FRECUENCIA”
- La pregunta se leía textualmente, si el C.P.F. señalaba no entender, se le repetía en un máximo de tres veces; sin entregar explicaciones ni aclaraciones.

Observación:

Se consideraron válidas las entrevistas que respondían Zarit en un 85%, las que no cumplían este criterio fueron descartadas. Las entrevistas respondidas parcialmente se completaron calculando la moda de la pregunta no respondida.

Antes de la aplicación en Chile, se realizó una Interpretabilidad a 10 C.P.F. de A.M.P (encuestas que luego se incluyeron en el total de las entrevistas) con el objetivo de conocer el grado de comprensión de los ítems de la escala. Del total de estas encuestas 8 fueron respondidas en su totalidad y 2 fueron contestadas parcialmente, logrando el objetivo de la interpretabilidad.

2.8 PRUEBA PILOTO

Con el objetivo de determinar la comprensión y facilidad de responder el Cuestionario, se realizó la Prueba Piloto en Chillán/Chile los días 17-18 de enero y 1-2 de febrero a 15 C.P.F de Adultos Mayores dependientes y postrados, pertenecientes al Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme; y en Alicante/España se realizó durante el 19-20 de febrero a 11 C.P.F. de Adultos Mayores del Pilotaje de Atención Domiciliaria de Inmovilizados, pertenecientes al Centro de Salud La Florida y Centro de Salud San Blas. La población encuestada en la Prueba Piloto cumplió con características similares a la población objeto de estudio, participaron de forma voluntaria entregando su consentimiento, y se resguardó el anonimato y la confidencialidad de la información entregada.

2.9 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.

Se utilizó el programa informático Excel como base de datos y el SPSS 14.0 para el análisis estadístico. Por ser un estudio descriptivo no se usaron pruebas estadísticas sólo frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

III. ANÁLISIS

3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

a) CHILLÁN/CHILE

Características Sociodemográficos del Cuidador Principal/Familiar

Tabla N° 1: Edad del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-34 años	7	11.7
35-49 años	15	25
50-64 años	20	33.3
65 y más	18	30
Total	60	100

Fuente: "Perfil del Cuidador Principal/Familiar de Adultos Mayores Postrados en Chillán/Chile y de Adultos Mayores Inmovilizados en Alicante/ España"

Media: 55.9 **Moda:** 57 **Desv. Est:** 16.37 **Min:** 21 **Max:** 86

El 11.7% de los Cuidadores tenía entre 18 y 34 años de edad, el 25% entre 35 y 49 años y más de un 60% del total de Cuidadores encuestados se concentraba sobre los 50 años de edad, con una media de 55.9 años y un rango que fluctuaba entre 21 y 86 años.

Tabla N° 2: Género del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
F	54	90
M	6	10
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El 90% de los Cuidadores encuestados eran de género femenino y el 10% restante de género masculino.

Tabla N° 3: Situación de pareja del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
NO	13	21.7
Sí	47	78.3
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

La mayoría de los Cuidadores encuestados (78.3%), refirió tener pareja, el 21.7% restante no la tenía.

Tabla N° 4: Escolaridad del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No sabe leer ni escribir	1	1.7
Sabe leer y escribir	3	5
Básica incompleta	13	21.7
Básica completa	11	18.3
Media incompleta	11	18.3
Media completa	11	18.3
Superior	10	16.7
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Del total de Cuidadores, el 1.7% no sabía leer ni escribir, un 5% no había recibido educación formal, pero sabía leer y escribir, el 40% cursó Educación Básica, un 36.6% Educación Media y el 16.7% Educación Superior.

Tabla Nº 5: Percepción de la Situación Económica actual del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Vivir desahogadamente	6	10
Atender a sus necesidades básicas	32	53.3
No le permite atender a sus necesidades básicas	22	36.7
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El 10% de los Cuidadores percibió que su situación económica actual le permitía vivir desahogadamente, al 53.3% le permitía atender a sus necesidades básicas y a un 36.7% no le permitía atender a sus necesidades básicas.

Tabla Nº 6: Parentesco del Cuidador Principal/Familiar con el Adulto Mayor

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hijo/a	25	41.7
Cónyuge	19	31.7
Yerno/nuera	3	5
Hermano/a	3	5
Sobrino/a	4	6.7
Nieto/a	5	8.3
Cuñado/a	0	0
Amigo/a	0	0
Vecino/a	1	1.7
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

La mayoría de los Cuidadores eran hijos/as (41.7%), un porcentaje no menor 31.7% cónyuges. Del resto, el 8.3% eran nietos/as, 6.7% sobrinos/as, 5% hermanos/as, 5% yernos/nueras y el 1.7% vecino/a. Entre los encuestados no había amigos ni cuñados.

Tabla N° 7: Situación Laboral del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Desempleado	6	10
Dueña de casa	36	60
Estudiante	1	1.6
Jubilado	10	16.7
Trabaja tiempo parcial	4	6.7
Trabaja tiempo total	3	5
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

La mayoría de los Cuidadores eran dueñas de casa (60%), un 16.7% eran jubilados, un 10% actualmente estaban desempleados, un 11.7% refirió que trabajaba y un 1.6% era estudiante.

Características del Cuidado que otorga el Cuidador Principal/Familiar

Tabla N° 8: Tiempo como Cuidador

	Frecuencia	Porcentaje (%)
≤ 6 meses	0	0
> 6 meses - 2 años	11	18.33
>2 años - 4 años	17	28.33
> 4 años	32	53.33
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Media: 6.15 **Moda:** 5 **Desv. Est:** 7.21 **Min:** 1 **Max:** 54

El 53.33% de los encuestados llevaban más de 4 años cuidando, el 28.33% entre más de 2 y 4 años; un 18.33% entre más de 6 meses y 2 años. No se observó cuidadores en la categoría menor o igual a 6 meses. Los Cuidadores llevaban en promedio 6.15 años desempeñando esta labor con un rango de tiempo que va de 1 a 54 años.

Tabla N° 9: Comparte Vivienda el Cuidador Principal/Familiar con el Adulto Mayor.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
NO	4	6.7
SÍ	56	93.3
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

La mayoría de los Cuidadores, un 93.3% comparte vivienda con el Adulto Mayor que cuida, el resto, un 6.7%, no lo hacía.

Tabla N° 10: Horas diarias que el Cuidador Principal/Familiar cuida al Adulto Mayor.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 6 hrs.	0	0
6 - < 12 hrs.	2	3.33
12 - < 18 hrs.	5	8.33
18 - 24 hrs.	53	88.33
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Sobre el 80% de los Cuidadores refirió cuidar al Adulto Mayor entre 18 y 24 horas al día, un menor porcentaje (8.33%) entre 12 y menos de 18 horas, y un 3.33% entre 6 y menos 12 horas.

Tabla N° 11: Necesidades del Adulto Mayor que satisface el Cuidador Principal/Familiar.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
ABVD-AIVD-ACVD	23	38.3
ABVD-AIVD	30	50
AIVD-ACVD	3	5
ABVD	0	0
AIVD	4	6.7
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Entre las necesidades que el Cuidador satisfacía al Adulto Mayor, se observó que la mayoría estaban relacionadas a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (50%), un 38.3% ayudaban a satisfacer las necesidades básicas, instrumentales y cognitivas, un 6.7% ayudaba a satisfacer las instrumentales y un 5% las instrumentales y cognitivas.

Tabla N° 12: Nombre con el que se identifica por su labor el Cuidador Principal/Familiar.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cuidador familiar	31	51.66
Cuidador informal	4	6.66
Cuidador principal	15	25
No sabe	4	6.66
Otro	6	10
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Más del 50% de los Cuidadores refirió sentirse más a gusto con el nombre de “Cuidador Familiar”, un 25% con “Cuidador Principal”, un 6.66% con “Cuidador Informal, un 10% refirieron “otro nombre” y el 6.66% restante no sabía.

Características de Salud del Cuidador Principal/Familiar

Tabla N° 13: Tipo de bebedor (bebidas alcohólicas)

	Frecuencia	Porcentaje (%)
NO	50	83.3
SÍ	10	16.7
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Sobre el 80% de los Cuidadores refirieron no consumir bebidas alcohólicas, un mínimo porcentaje (16.7) lo hacía, pero de manera ocasional, por lo tanto su consumo era normal.

Tabla N° 14: Enfermedades crónicas no transmisibles del Cuidador Principal/Familiar.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 enfermedad	26	43.33
2 enfermedades	9	15
3 o más enfermedades	5	8.33
Ninguna	20	33.33
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El 43.44% de los Cuidadores presentaba una enfermedad crónica no transmisible, un 15% dos enfermedades y un 8.33% tres o más enfermedades; el 33.33% señalaron no tener ninguna.

Tabla N° 14. a): Tipos de Enfermedades Crónicas detectadas en el Cuidador Principal/Familiar

	Porcentaje (%)
Hipertensión Arterial	75
Diabetes Mellitus	17.5
Enfermedades Osteomusculares	40
Asma	15

Fuente: Ídem tabla 1.

De los 40 Cuidadores que presentaban alguna enfermedad crónica no transmisible, considerando que algunos presentaban más de una enfermedad, el 75% padecía de Hipertensión Arterial, el 40% Enfermedades Osteomusculares, el 17.5% Diabetes Mellitus y el 15% Asma.

Tabla N° 15: Grado de Sobrecarga del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje
No sobrecarga	6	10
Sobrecarga leve	9	15
Sobrecarga intensa	45	75
Total	60	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El 75% de los Cuidadores padecía Sobrecarga intensa, el 15% Sobrecarga leve y el 10% no presentaba Sobrecarga.

ANÁLISIS DEL PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL/FAMILIAR QUE SUFRE SOBRECARGA INTENSA EN CHILLÁN/CHILE.

Tabla N° 16: Perfil del Cuidador Principal Familiar con Sobrecarga intensa.

Género	88.9% era Mujer
Edad	28.9% tenía entre 50-64 años
Situación de pareja	80% tenía pareja
Escolaridad	28.9% había cursado básica incompleta
Percepción de la Situación económica	53.3% le permitía satisfacer a sus necesidades básicas
Parentesco	42.2% era Hijo/a
Tiempo como Cuidador	55.6% llevaba más de 4 años
Situación laboral	57.8% era dueña de casa
Comparte la vivienda	91.1% vivía con el Adulto Mayor
Horas diarias al cuidado	93.3% cuidaba entre 18 – 24 horas diarias
Padece enfermedad	66.6% sufría Enfermedades crónica no transmisible

Fuente: Ídem tabla 1.

El 88.9% de los Cuidadores era mujer, el 28.9% tenía entre 50-64 años, el 80% tenía pareja, el 28.9% había cursado básica incompleta, el 53.3% percibía que su situación económica le permitía satisfacer a sus necesidades básicas, el 42.2% era Hijo/a, el 55.6% llevaba más de 4 años cuidando, el 57.8% era dueña de casa, el 91.1% vivía con el Adulto Mayor y el 66.6% sufría Enfermedades crónica no transmisible.

b) ALICANTE/ESPAÑA

Características Sociodemográficos del Cuidador Principal/Familiar

Tabla N° 17: Edad del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-34 años	1	1.6
35-49 años	5	8.0
50-64 años	29	46.8
65 y más	27	43.6
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Media: 63.11 **Moda:** 50 **Desv. Est.:** 12.76 **Min.:** 33 **Max.:** 85

El 1.6 % de los Cuidadores tenía entre 18 y 34 años, el 8 % entre 44 y 49 años, sobre el 90 % más de 50 años, con una media de 63.11, una desviación estándar 12.76 y el rango fluctuaba entre 33 y 85 años.

Tabla N° 18: Género del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
F	50	80.65
M	12	19.35
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El 80.65% de los Cuidadores eran mujeres y el 19.35 % eran de género masculino.

Tabla N° 19: Situación de pareja del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
NO	17	27.42
SI	45	72.58
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El 72.58% de los Cuidadores manifestó tener pareja al momento de la entrevista mientras que un 27.42% refirió no tenerla.

Tabla N° 20: Escolaridad del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No sabe leer ni escribir	1	1.61
Sabe leer y escribir	12	19.35
Primaria incompleta	11	17.74
Primaria completa	14	22.58
Secundaria incompleta	4	6.45
Secundaria completa	11	17.74
Superior	9	14.52
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El 1.61 % de los Cuidadores no sabía leer ni escribir, el 19.35% sabía leer y escribir, el 40.32 % tenía estudios primarios, el 24.19 % tenía estudios secundarios y el 14.52 estudios superiores.

Tabla N° 21: Percepción de la Situación Económica actual del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Vivir desahogadamente	10	16.13
Atender a sus necesidades básicas	47	75.81
No le permite atender a sus necesidades básicas	5	8.06
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

La percepción de la situación económica actual del 16.13 % de los Cuidadores le permitía vivir desahogadamente, al 75.81% le permitía atender a sus necesidades básicas y al 8.06% sus recursos económicos no le alcanzaba para atenderlas.

Tabla N° 22: Parentesco del Cuidador Principal/Familiar con el Adulto Mayor

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hijo/a	36	58.06
Cónyuge	13	20.97
Yerno/nuera	1	1.61
Hermano/a	6	9.68
Sobrino/a	3	4.84
Nieto/a	1	1.61
Cuñado/a	1	1.61
Amigo/a	0	0
Vecino/a	1	1.61
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El 58.06% de los Cuidadores encuestados eran hijos del Adulto Mayor Inmovilizado; siguiéndole consecutivamente los cónyuges (20.97%); los hermanos (9.68 %); los sobrinos (4.84 %); yerno/nuera, nieto, cuñado y vecino (1.61 %).

Tabla N° 23: Situación Laboral del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Desempleado	16	25.8
Dueña de casa	14	22.6
Estudiante	0	0
Jubilado	25	40.3
Trabajo tiempo parcial	1	1.6
Trabajo tiempo total	6	9.7
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

La mayoría de los Cuidadores eran jubilados (40.3%), el 25.8% estaba desempleado, el 22.6 % se desempeñaba como dueña de casa y el 11.3 % trabajaba, no se observó Cuidadores estudiantes.

Características del Cuidado que otorga el Cuidador Principal/Familiar

Tabla N° 24: Tiempo como Cuidador

	Frecuencia	Porcentaje (%)
≤ 6 meses	0	0
> 6 meses - 2 años	15	24.2
>2 años - 4 años	15	24.2
> 4 años	32	51.6
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Media: 6.66 **Moda:** 3 **Desv. Est.:** 5.52 **Min.:** 1 **Max.:** 25

El 48.4 % de los Cuidadores llevaba entre más de 6 meses y 4 años cuidando al Adulto Mayor Inmovilizado y sobre el 50% lo hacía hace más de 4 años, con una media de 6.66 años, una desviación estándar de 5.52 y un rango de 1 a 25 años.

Tabla N° 25: Comparte Vivienda el Cuidador Principal/Familiar con el Adulto Mayor

	Frecuencia	Porcentaje (%)
NO	8	12.9
SI	54	87.1
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El 87.1% de los Cuidadores compartía vivienda con el Adulto Mayor, mientras que un 12.9 % no la compartía.

Tabla N° 26: Horas diarias que el Cuidador Principal/Familiar cuida al Adulto Mayor

	Frecuencia	Porcentaje (%)
< 6 hrs.	2	3.2
6 - < 12 hrs.	4	6.5
12 - < 18 hrs.	7	11.3
18 - 24 hrs.	49	79.0
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Del total de Cuidadores un 79 % refirió que cuidaban al Adulto Mayor la mayor parte del día (18 a 24 horas), un 11.3 % lo cuidaba entre 12 y menos de 18 horas, un 6.5% entre 6 y menos de 12 horas y un 3.2 % menos de 6 horas diarias.

Tabla Nº 27: Necesidades del Adulto Mayor que satisface el Cuidador Principal/ Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
ABVD-AIVD-ACVD	21	33.87
ABVD-AIVD	33	53.23
AIVD-ACVD	0	0
ABVD	1	1.61
AIVD	7	11.29
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El total de los Cuidadores contribuía a satisfacer alguna de las actividades de la vida diaria del Adulto Mayor Inmovilizado; más del 50% ayudaba a satisfacer las actividades básicas e instrumentales, un 33.87% colaboraba a desarrollar las actividades básicas, instrumentales y cognitivas.

Tabla Nº 28: Nombre con el que se identifica por su labor el Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Cuidador familiar	33	53.2
Cuidador informal	1	1.6
Cuidador principal	13	21.0
No sabe	3	4.8
Otro	12	19.4
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El 53.2 % de los Cuidadores refirió sentirse identificadas con el nombre de “Cuidador Familiar”, siguiéndole el de “Cuidador Principal” con un 21 %, un 19.4 % señaló otro nombre, un 4.8% no sabía y un 1.6 % se identificó con el de “Cuidador Informal”.

Características de Salud del Cuidador Principal/Familiar

Tabla N° 29: Tipo de bebedor (bebidas alcohólicas)

	Frecuencia	Porcentaje (%)
NO	36	58.06
SI	26	41.94
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

La mayoría de los Cuidadores refirió “no consumir bebidas alcohólicas” (58.06%) y un 41.94 % señaló consumir alcohol.

Tabla N° 30: Enfermedades Crónicas del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
1 enfermedad	22	35.5
2 enfermedades	14	22.6
3 o más enfermedades	2	3.2
Ninguna	24	38.7
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

Un 61.3% de los Cuidadores padecía alguna enfermedad crónica no transmisible, dentro de ellos un 35.5 % padecía una enfermedad, un 22.6 % dos enfermedades y un 3.2 % tres o más enfermedades.

Tabla N° 30. a: Tipos de Enfermedades Crónicas detectadas en el Cuidador Principal/Familiar

	Porcentaje (%)
Hipertensión Arterial	57.9
Diabetes Mellitus	18.4
Enfermedades Osteomusculares	63.2
Asma	7.9

Fuente: Ídem tabla 1.

De los 40 Cuidadores que presentaban alguna enfermedad crónica no transmisible, considerando que algunos presentaban más de una enfermedad, el 63.2% padecía de Enfermedades Osteomusculares, el 57.9 % Hipertensión Arterial, el 18.4% Diabetes Mellitus y el 7.9% Asma.

Tabla N° 31: Grado de Sobrecarga del Cuidador Principal/Familiar

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No sobrecarga	12	19.4
Sobrecarga leve	11	17.7
Sobrecarga intensa	39	62.9
Total	62	100

Fuente: Ídem tabla 1.

El 80.6% de los Cuidadores presentaba algún grado de Sobrecarga, del total de los encuestados, un 62.9 % presenta Sobrecarga intensa y un 17.7 % Sobrecarga leve.

ANÁLISIS DEL PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL/FAMILIAR QUE SUFRE SOBRECARGA INTENSA EN ALICANTE/ESPAÑA.

Tabla Nº 32: Perfil del Cuidador Principal/Familiar que sufre Sobrecarga intensa

Género	82.1 % era Mujer
Edad	51.3 % tenía entre 50-64 años
Situación de pareja	82.1 % tenía pareja
Escolaridad	20.5 % sabía leer y escribir
Percepción Situación económica	66.7 % le permitía atender a sus necesidades básicas
Parentesco	69.2 % era Hijo/a
Tiempo como Cuidador	61.5 % llevaba cuidando más de 4 años
Situación laboral	41 % era jubilado
Comparte la vivienda	87.2 % vivía con el Adulto Mayor
Horas diarias al cuidado	74.4 % cuidaba entre 18 – 24 horas diarias
Padece enfermedad	64.1 % sufría alguna Enfermedad crónica no transmisible

Fuente: Ídem tabla 1.

El Cuidador que padecía sobrecarga intensa en un 82.1 % era mujer, el 51.3% tenía entre 50-64 años, el 82.1% tenía pareja, un 20.5 % sabía leer y escribir el 66.7% señaló que su situación económica actual le permitía atender a sus necesidades básicas, el 69.2% era Hijo/a del Adulto Mayor Inmovilizado, un 61.5% llevaba más de 4 años como cuidador, el 41% era jubilado, un 87.2% vivía con el Adulto Mayor Inmovilizado, el 74.4 % cuidaba entre 18 – 24 horas diarias y un 64.1% sufría alguna Enfermedad crónica no transmisible.

3.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

a) CHILLÁN/CHILE

Es necesario destacar que un 30% de los Cuidadores eran Adultos Mayores, resultado que concuerda con el estudio de Augsburger, realizado en el año 2003 en Chile. ⁽²⁸⁾ Este hecho puede dificultar enormemente el ejercicio de la labor del Cuidador, poniendo en riesgo su salud y la del Adulto Mayor que cuida.

La mayoría de los Cuidadores eran de género femenino, datos que concuerdan con el perfil del Cuidador Principal Familiar de estudios realizados en Chile por Zavala en el año 1996 ⁽²⁷⁾, Augsburger (2003) ⁽²⁸⁾, y por Méndez y Moraga (2005)⁽⁷⁾, atribuyendo a la mujer el rol de Cuidador, ya que cultural y socialmente es ella la responsable de perpetuar los cuidados en la familia.

El 78.3% de los Cuidadores manifestó tener pareja, resultado que concuerda con el estudio realizado por Méndez y Moraga en Chile el año 2005 ⁽⁷⁾. En un porcentaje importante el Cuidador era la pareja del Adulto Mayor, lo que implicaba un gran sentido del deber de cuidar y un mayor desgaste emocional.

Sobre el 90% de los C.P.F. recibió instrucción formal, de los cuales un 40% alcanzó sólo estudios básicos, esta baja escolaridad coincide con resultados observados en el estudio realizado en Chile por Zavala (1996) ⁽²⁷⁾. Es importante destacar que de los Cuidadores que señalaron tener estudios superiores, muy pocos estaban desempeñándose profesionalmente, debido a la falta de tiempo por haber asumido la responsabilidad de cuidar a su familiar.

La mayoría de los Cuidadores (63.3%), percibía que su situación económica actual le permitía desde vivir desahogadamente hasta satisfacer sus necesidades básicas. Pero es preocupante que un 36.7% del total, cifra considerablemente alta,

percibía que su situación económica no le permitía satisfacer sus propias necesidades ni las del Adulto Mayor, lo que indudablemente afecta la calidad de vida de ambos.

El 41.7% de los Cuidadores encuestados eran hijos y un 31.7% eran cónyuges, datos que concuerdan con estudios realizados en Chile por Zavala (1996) ^(27, 7), y por Méndez y Moraga (2005) ⁽⁷⁾; esto revela que tanto hijos como cónyuges son parientes de primera línea en donde se establecen lazos afectivos y de sentido del deber.

La mayoría de los Cuidadores (88.3 %) no realizaba un oficio, situación que concuerda con el estudio realizado por Zavala (1996) ⁽²⁷⁾; de los Cuidadores un 60% eran dueñas de casa y un 16.17 % eran jubilados, concordando con resultados obtenidos por Augsburger (2003) ⁽²⁸⁾. Se dedujo que el 11.7% tenía un trabajo remunerado actualmente, lo que puede influir negativamente en su salud por tener que desempeñar diferentes roles, lo que sin duda demanda tiempo, trabajo, responsabilidad y alto nivel de estrés.

El 53.33% de los Cuidadores llevaban más de 4 años desempeñando esta labor. Cabe destacar que entre los Cuidadores había algunos que llevaban hasta 54 años cuidando, lo que en ocasiones obstaculiza su desarrollo personal y laboral.

El 93.3% de los Cuidadores compartía vivienda con el Adulto Mayor que cuidan, cifra que coincide con estudios realizados en Chile ^(27, 7); porcentaje que se relaciona con el parentesco, género y situación laboral, ya que la mayoría son hijos y cónyuges, de género femenino y dueñas de casa.

La mayoría de los Cuidadores refirió que cuidaban al Adulto Mayor entre 18 y 24 horas al día, cifra considerablemente alta, lo que les puede ocasionar un mayor desgaste y aislamiento social, al no disponer de tiempo suficiente para satisfacer sus propias necesidades.

Todos los Cuidadores encuestados ayudaban a satisfacer necesidades del Adulto Mayor; el 50% contribuía en las actividades básicas e instrumentales, mientras que un 38.3% ayudaba a desarrollar las actividades básicas, instrumentales y cognitivas. Se debe destacar que un 43.3% de los Adultos Mayores presentaba algún tipo de deterioro cognitivo, lo que puede aumentar de manera significativa la Sobrecarga de los Cuidadores.

En Chile, el término que más se utiliza es el de “Cuidador Informal”, sin embargo al entrevistar a los propios Cuidadores, ellos refirieron sentirse mejor con el nombre de “Cuidador Familiar”, siguiéndole en porcentaje el nombre de “Cuidador Principal”, dejando en minoría el denominativo “Cuidador Informal” Entre las personas que señalaron “Otro nombre” se encontró: hijo, esposa, compañera y señora, y algunos agregaron la frase “es mi deber”.

La mayoría de los encuestados refirió “no consumir bebidas alcohólicas”. Del total de Cuidadores que dijeron que “sí”, el 100% consumía de forma ocasional clasificando el consumo como normal.

En el 66.66% de los Cuidadores se detectó alguna enfermedad crónica no transmisible; entre ellas las más frecuentes eran la Hipertensión Arterial y las Enfermedades Osteomusculares; con esto se deduce que no se encuentran en óptimas condiciones de salud para desempeñar su labor.

Se destaca que un 90% de los Cuidadores tiene algún grado de Sobrecarga y que el 75%, es decir la mayoría, sufre de Sobrecarga intensa, concordando con estudios realizados por Muñoz y col (2004) ⁽²⁷⁾ y por Méndez y Moraga (2005) ⁽⁷⁾, lo que repercute negativamente en su salud física, emocional, social, y psicológica. Esto se debe en parte que en el área de salud se priorizan recursos hacia el Adulto Mayor, sin considerar al Cuidador como un enfermo silencioso.

Por último, es importante señalar que el Perfil del Cuidador Principal/Familiar que sufre de Sobrecarga intensa en su mayoría era una mujer, mayor de 50 años, que tenía escolaridad básica incompleta, y llevaba cuidando más de cuatro años, dedicando diariamente 18 a 24 horas al Adulto Mayor y presentaba alguna Enfermedad crónica no transmisible. Esto demuestra que múltiples factores pueden influir en la presencia de la sobrecarga intensa de los Cuidadores Principales/Familiares.

a) ALICANTE/ESPAÑA

La edad media de los Cuidadores concuerda con el estudio español realizado por Seira y col. (2001) ⁽³¹⁾, donde se observó que esta se acercaba a los 60 años. Es preocupante observar el gran porcentaje (43.6%) de Cuidadores Adultos Mayores, ya que por características propias del proceso de envejecimiento tienen algunas limitaciones en sus capacidades, las que podrían deteriorarse más aún por el hecho de cuidar.

El elevado porcentaje de Cuidadores de género femenino coincide con estudios realizados en España ^(29,2,14,31), donde se concluyó que en la mayoría de los casos, es la mujer quien asume el cuidado de los familiares.

La mayoría de los Cuidadores manifestó tener pareja, resultado que concuerda con el estudio realizado en España en el año 2001 ⁽³¹⁾ y 2003 ⁽¹⁴⁾. Si bien esta situación tiene aspectos positivos, puede afectar la labor del cuidado y la salud del Cuidador debido a la multiplicidad de roles que desempeña.

Un alto porcentaje de Cuidadores alcanzó estudios Primarios, lo que coincide con estudios realizados en España ^(31,14). A esto se debe añadir el significativo porcentaje de Cuidadores que sólo sabe leer y escribir sin tener instrucción formal. Esta baja escolaridad se debió en parte, a la Guerra Civil Española (1936), la que interrumpió los estudios de los actuales Cuidadores, sin embargo, cabe destacar que a pesar de esta deficiencia, las capacidades intelectuales de ellos se encuentran desarrolladas debido a la situación sociocultural de su medio.

La mayoría de los Cuidadores percibían que su situación económica actual le permitía atender sus necesidades básicas y a un 8.06% no le alcanzaba para satisfacerlas, deduciéndose la dificultad en el acceso a los recursos para otorgar un cuidado adecuado.

La mayoría de los Cuidadores eran familiares de los Adultos Mayores Inmovilizados, hecho que coincide con estudios realizados en España (29, 2, 31, 14, 32). Dentro de éstos los más frecuentes eran los hijos y cónyuges, lo que demuestra que son los parientes más directos, los principales responsables del cuidado del Adulto Mayor, debido a los lazos afectivos que se establecen en la familia.

Sobre el 50% de los Cuidadores no trabajaba resultado que concuerda con un estudio realizado en España (2003) (14). La mayoría de los Cuidadores eran jubilados, lo que indica que Adultos Mayores cuidaban a otros Adultos Mayores, poniendo en riesgo la salud de ambos debido a las limitaciones propias del envejecimiento.

La mayoría de los Cuidadores desempeñaba esta labor hace más de 4 años, coincidiendo con estudios realizados en España (29,14). Se debe destacar que el rango del tiempo de cuidado era de 1 a 25 años, esto señala el prolongado tiempo que ejercen algunas personas como Cuidadores, factor que puede influir negativamente en su salud y aumentar su grado de Sobrecarga.

Casi un 90 % de los Cuidadores compartían vivienda con el Adulto Mayor, resultado que se relaciona con estudios realizados en España (2003) (14). Se debe señalar la asociación de este porcentaje con el parentesco y la situación laboral desempeñada por el Cuidador, ya que la mayoría eran jubilados, dueñas de casa, desempleados y parientes directos (hijos - cónyuges) del Adulto Mayor Inmovilizado.

Un elevado porcentaje de los Cuidadores refirió que cuidaban al Adulto Mayor casi todo el día (18 a 24 horas), lo que implicaba un mayor riesgo para su salud, haciéndolo vulnerable a presentar mayores niveles de Sobrecarga, situación observada en el perfil del C.P.F. con Sobrecarga intensa.

Todos los Cuidadores ayudaban a satisfacer algunas de las actividades de la vida diaria del Adulto Mayor Inmovilizado, principalmente las básicas e instrumentales, coincidiendo con estudios realizados en España (29, 21, 14, 33). Se destaca que un 33.87% de los encuestados presentaba algún tipo de deterioro cognitivo, entre ellos la principal era la Enfermedad de Alzheimer.

En concordancia con los términos utilizados en España para denominar la labor del Cuidador, la mayoría de los encuestados refirió sentirse mejor identificados con el nombre de “Cuidador Familiar”, siguiéndole el de “Cuidador Principal”. Entre las personas que señalaron “Otro nombre” se encontraban: esclava, cuidadora permanente, hija, servidor paterno, esposa, cuidadora, buena persona, cuidadora de persona enferma, hermana y sanitario.

El 58.06% de los Cuidadores refirieron “no consumir bebidas alcohólicas”, el porcentaje restante se clasificó como bebedor normal.

Sobre el 60 % de los Cuidadores presentaba alguna enfermedad crónica no transmisibles, entre las cuales las más comunes eran las Osteomusculares,, resultado que concuerda con los hallazgos de Seira y col. (2001)⁽³¹⁾. Siguiéndole en frecuencia la Hipertensión Arterial.

Más del 80 % de los Cuidadores presentaron Sobrecarga leve a intensa, resultado que coincide con un estudio realizado en España (1996) (29); reflejando que la labor de cuidar podría influir negativamente en la salud del Cuidador.

Por último, es significativo señalar que el Perfil Cuidador Principal/Familiar que sufre de Sobrecarga intensa en su mayoría era una mujer mayor de 50 años, que sólo sabía leer y escribir, y llevaba cuidando más de cuatro años, dedicando diariamente 18 a 24 horas al cuidado del Adulto Mayor Inmovilizado y presentaba alguna Enfermedad crónica no transmisible. Se puede deducir que son muchos los factores que podrían contribuir a la presencia de la elevada sobrecarga de estos Cuidadores Principales/Familiares.

IV. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

4.1 CONCLUSIONES

El presente estudio permitió llegar a las siguientes conclusiones:

En Chile:

Se observó que más del 60% de los Cuidadores tenía sobre 50 años, destacándose que un 30% eran Adultos Mayores, en su mayoría mujeres (90%), dueñas de casa (60%), principalmente hijos (41.7%) o cónyuges (31.7%), todos ayudaban a satisfacer alguna de las actividades de la vida diaria del Adulto Mayor y un 40% había alcanzado estudios básicos. La situación económica actual del 53.3% de los Cuidadores le permitía atender a sus necesidades básicas. El 93% compartía la vivienda con el Adulto Mayor, más del 50% llevaba sobre 4 años desempeñando esta labor y un 88.33% relató que cuidaban al Adulto Mayor entre 18 y 24 horas diarias. En cuanto a su salud, el 66.6% de los Cuidadores presentaba alguna enfermedad crónica no transmisible; siendo las más frecuentes la Hipertensión Arterial y las Enfermedades Osteomusculares. Además el 90% de los Cuidadores presentó algún grado de Sobrecarga, en donde la mayoría (75%) sobrellevaba una Sobrecarga intensa. Respecto al nombre que los identifica con el rol del Cuidador, ellos señalaron sentirse más cómodos con el nombre de "Cuidador Familiar" (51.66%) siguiéndole el de "Cuidador Principal" (25%).

En España:

Se observó que la mayoría de los Cuidadores eran mujeres y mayores de 50 años, un alto porcentaje (43.6%) eran Adultos Mayores, cifras que se relacionaban con el gran porcentaje de Cuidadores jubilados (40.3%), siendo principalmente hijos (58.06%) y cónyuges (20.97%). El total de los Cuidadores contribuía a satisfacer alguna de las actividades de la vida diaria del Adulto Mayor. En cuanto a la escolaridad, el 79.03% había recibido algún tipo de instrucción, mientras que un 19.35% sólo sabía leer y escribir. La percepción de la situación económica actual del 75.81% de los Cuidadores le permite atender a sus necesidades básicas. El 87.1% compartía la vivienda con el Adulto Mayor y sobre el 50% llevaban más de

4 años desempeñando esta labor; además cerca del 80% refirió que cuidaban al Adulto Mayor entre 18 a 24 horas. Respecto a la salud, cerca del 60% presentaba alguna Enfermedad crónica no transmisible, entre las que se destacaban: Enfermedades Osteomusculares e Hipertensión Arterial. Además, un alto porcentaje (80.6%) de Cuidadores presenta algún grado de Sobrecarga, siendo la mayoría (62.9%) Sobrecarga intensa. Referente al nombre con el que se sienten identificados principalmente los Cuidadores se encuentran el de “Cuidador Familiar” (sobre 50%) y el de “Cuidador Principal” (21%)

Luego de analizar el perfil del C.P.F. es necesario señalar que hubo dificultad para evaluar la Sobrecarga de éste, ya que la encuesta de Zarit es extensa y exige una alta concentración por parte del entrevistado, además de un nivel educacional básico, ya que se tuvo que descartar encuestas tanto Chile (7 cuestionarios) como en España (4 cuestionarios), debido a que los Cuidadores no comprendían algunas preguntas. En Chile se observó un mayor grado de incompreensión, en especial en la pregunta número 1, esto puede deberse a que la escala de Zarit no esta adaptada al medio chileno; por otro lado en España, si bien, también hubo dificultades en la comprensión, este porcentaje fue mínimo, siendo la pregunta número 16 la de mayor incompreensión. Todo esto puede relacionarse con la baja escolaridad, situación económica y/o edad del cuidador, es muy importante señalar que no se hace referencia de estas dificultades en la bibliografía documentada, ni en los registros de los Centros de Atención Primaria donde se esta aplicando esta escala, tanto en Chile como en España.

En consecuencia, toda esta información recolectada, permite orientar los esfuerzos de la Atención Primaria en ayudar y formar al Cuidador en su tarea, atendiendo a las necesidades asistenciales del Adulto Mayor y del mismo, promoviendo su autocuidado e integrando a la familia, ofreciéndole un soporte de ayuda formal e informal, con el objetivo de mejorar la calidad de vida tanto del Adulto Mayor como del Cuidador.

4.2 LIMITACIONES

- Importante fue la limitación del tiempo para desarrollar la Pasantía de Corta duración en Alicante, España, lo que dificultó seleccionar una población mayor para el estudio.
- Registros insuficientes correspondientes a Cuidadores de Adultos Mayores Inmovilizados (España), lo que dificultó conocer la población que cumplía con los criterios de inclusión de la investigación.
- La información contenida en los registros chilenos era poco clara, lo que demandó una mayor cantidad de recurso para el logro del objetivo.
- Ausencia de una Escala de Sobrecarga adaptada a nuestro medio (Chile), dificultando la medición fiable del grado de Sobrecarga.
- Incongruencia con la escala incluida en el protocolo del Programa de Postrados del MINSAL y la escala utilizada en los Centros de Atención Primaria donde se realizó este estudio.
- Incomprensión de la escala de Sobrecarga por un número importante de Cuidadores Principales/Familiares.
- Existe un número escaso de investigaciones en Chile relacionadas al tema de la Sobrecarga del Cuidador Principal/Familiar.
- Las diferencias socioculturales entre las investigadoras y las familias de los Adultos Mayores Inmovilizados (España), dificultó la participación de los Cuidadores en este estudio. ya que se debió obtener su consentimiento a través de una llamada telefónica, previo a la visita domiciliaria.

4.3 SUGERENCIAS

- Se considera de gran importancia realizar una adaptación y validación de la Escala de Sobrecarga de Zarit a nuestro medio Chileno, que además contenga las instrucciones necesarias para su correcta aplicación.
- Se sugiere la previa preparación del Profesional de Enfermería para la aplicación de la Escala de Sobrecarga de Zarit con el objeto de conseguir una medición fiable de la Sobrecarga subjetiva del Cuidador principal/Familiar tanto en Chile como en España.
- Se considera necesario realizar investigaciones sobre la dificultad de comprender la encuesta de Sobrecarga, tanto en Chile como en España, buscando factores que influyan en ello, con el objeto de mejorar la administración y facilitar la comprensión de la entrevista con el Cuidador Principal/Familiar.
- Se plantea optimizar la calidad de los registros chilenos, que contenga información actualizada, relevante y útil para facilitar la recolección de datos y la realización de visitas domiciliarias, aumentando de este modo la eficiencia para futuras investigaciones.
- Se propone desarrollar registros españoles que contengan tanto la información del Cuidador como la del Adulto Mayor, con datos básicos e imprescindibles para la identificación de la familia y el domicilio de ambos.
- Se sugiere potenciar las medidas de prevención para la Sobrecarga del Cuidador principal/Familiar, disminuyendo el impacto negativo que tiene para su salud el hecho de cuidar, tanto en Chile como en España.

- Se propone futuras investigaciones con distintas muestras de cuidadores, que permitan precisar las características de los componentes de la Sobrecarga de los Cuidadores Principal/Familiar tanto en Chile como en España.

- Se plantea unificar criterios respecto a la correcta aplicación de la Escala de Sobrecarga de Zarit en los centros de Salud de Atención Primaria de Chillán/Chile.

V. BIBLIOGRAFÍA

(1) JOCIK Hung, Georgina, RIVERO Sánchez, Bárbara, RAMÍREZ Bello, Ana. Percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia. [en línea]. Granma, Cub: Red Latinoamericana de Gerontología, 2003. [Fecha de consulta: 28 de Febrero 2007]. Disponible en Internet: <<http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=143>>

(2) ANALES DE PSICOLOGÍA . Universidad Autónoma de Madrid. Murcia, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia (España), 1998, vol.14, nº 2, 229-248.

(3) Red Latinoamericana de Gerontología. Estudio norteamericano anuncia las nueve principales tendencias de cambio mundiales debido al envejecimiento poblacional. [en línea]. Estados Unidos, 2007. [Fecha de consulta: 31 Mayo 2007]. Disponible en Internet: <<http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=82>>

(4) Asociación Civil Red de Desarrollo Social y Envejecimiento Saludable. Adultos Mayores sobrepasarán el 20% de La Población Mundial en el 2050. [en línea]. Argentina, 2003. [Fecha de consulta:31 Mayo 2007]. Disponible en Internet: <<http://www.redadultosmayores.com.ar/novedades.htm>>

(5) QUIROGA, Pilar y ROHDE, Gustav. Psicogeriatría. Bases Conceptuales. Clínica y Terapéutica integral. Chile, 2002, 25- 27, 36- 55, 403-405, 635- 639, 648 p.

(6) Apuntes “Conceptos de Envejecimiento”, asignatura Enfermería del Adulto Mayor, año 2004.

- (7) MENDEZ Villarroel, Viviana y MORAGA Pulgar, Patricia. Factores que influyen en la Sobrecarga de Cuidadores Informales de Adultos Mayores dependientes controlados en el Consultorio adosado al Hospital de Collipulli. Santiago, Chile, 2005.
- (8) Apuntes "Adulto Mayor", asignatura Enfermería Comunitaria, Universidad del Bío-Bío, año 2006.
- (9) ABIZANDA Soler, Pedro, y ROMERO Rizos, Luis. Innovación en valoración funcional. Revisiones. 2006, n° 41, p. 27-35.
- (10) DE LA CUESTA Benjumea, Carmen. Aquí cuidamos todos: asuntos de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes con demencia avanzada. [en línea]. España: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 2006. [fecha de consulta: 8 Febrero 2006]. Disponible en Internet: <<http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/4-06/06-4-5-s.htm>>
- (11) ANZOLA, Elías; GALINSKY, David, MORALES, Fernando; SALAS; Aquiles, SÁNCHEZ, Melba. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa; OPS, publicación científica n° 546, 1994. 360-367p.
- (12) PÁRRAGA, Mateo. Enfermería Global: Revista electrónica semestral de Enfermería. ¿Y...quien cuida a los cuidadores?. [en línea]. España, 2005. [Fecha de consulta: 9 Agosto 2006]. Disponible en Internet: <<http://www.um.es/eglobal/6/06e04.html>>
- (13) TORIBIO, Ángels y RAMÍREZ, Ana. Guía práctica: Cuidemos a los cuidadores informales. [en línea]. Barcelona, España , 1997. [Fecha de consulta: 9 Agosto 2006]. Disponible en Internet: <http://www.farmaceuticonline.com/cast/familia/familia_cuidadors_c.html>

(14) CUIDADORES de ancianos dependientes. Cuidar y ser cuidador por Rodríguez Pérez et al. Nursing, Enero 2006, vol. 24, nº 1, p.58 - 66.

(15) DURAN, María. Las demandas sanitarias de las familias. Scielo España, 2004, vol. 18, supl. 1.

(16) FRANQUEZA Roca, María. ¿Quién cuida al cuidador?. [en línea]. España. [Fecha de consulta: 8 Febrero 2007]. Disponible en Internet: <http://www.revistahospitalarias.org/info_2003/02_172_14.htm>

(17) RODRIGUEZ Del Alamo, Alfredo. Sobrecarga Psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Causas, Problemas y Soluciones. [en línea]. España, 2006. [Fecha de consulta: 31 Mayo 2007]. Disponible en Internet: <<http://www.psicologiaonline.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>>

(18) Sociedad española de Geriátría y Gerontología. Entrevista de carga del cuidador (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). [en línea]. España., 2006. [Fecha de consulta: 9 Agosto 2006]. Disponible en Internet: <http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/entrevista_carga.htm>

(19) CARGA subjetiva percibida por el cuidador y su relación con el nivel de deterioro de pacientes con diagnóstico de demencia. Influencia de edad, estilo de personalidad y tipo de cuidador por Jimmy Ginsberg et al. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. 2005, vol. 51, nº 104, p. 7-11

(20) DUEÑAS, José. Dorotea Orem. [en línea]. España, 2001. [Fecha de consulta: 25 Noviembre 2006]. Disponible en Internet: <<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>>

(21) SALVA Anthony .Envejecimiento y Dependencia. Revista Española Geriátrica y Gerotológica, 2006, nº 41, supl. 1, p 3-4

(22) Información obtenida en Centro de Salud San Blas y La Florida, Alicante, España, Febrero-Marzo 2007.

(23) Manual. Metodología de cuidados de Enfermería en Atención Domiciliaria. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, Alicante, España, Febrero-Marzo 2007.

(24) Manual de Cuidados domiciliarios a personas postradas. MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública. División de prevención y control de enfermedades, Julio 2006.

(25) ALLENDE Myriam, TORRES Mónica. Programa de apoyo a personas postradas de toda edad, con discapacidad severa o pérdida de autonomía. [en línea]. Santiago, Chile, 2006. [Fecha de consulta: 31 Mayo 2007]. Disponible en

Internet: <http://163.247.51.38/desarrollo/css/csspublica/Torres_Allende.pdf>

(26) MARTÍN, M., PUYO, C., LANZ, P., NADAL, S., ABAD, R. Anatomía funcional y deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer: sus efectos sobre los cuidadores. [en línea]. Pamplona, España, 2006. [Fecha de consulta: 8 Marzo 2007]. Disponible en Internet: <<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/suple3/suple7.html>>

(27) MUÑOZ, Cristina, NOVOA, Dayana, ORTIZ, Tannia, RETAMAL, Carolina. Factores que influyen en el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, adscritos al consultorio Violeta Parra de Chillán. (tesis de licenciatura). Universidad del Bío-Bío. Chillán, Chile, 2004.

(28) AUGSBURGER Morales, Heydi. Sentimiento de carga del cuidador de pacientes postrados. Centro de Salud Familiar Las Animas Valdivia 2003, Valdivia, Chile, 2003.

- (29) ADAPTACIÓN para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit por Manuel Martín et al. Revista Gerontológica. 1996, nº 6, p. 338-346
- (30) REVISTA CUBANA ENFERMERÍA. La Habana, Cuba, 2001, vol. 17, nº 2.
- (31) REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA. Scielo. España, 2002, vol. 76, nº. 6.
- (32) EVALUACIÓN funcional y cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. Estudio NonaSantFeliu por Assumpta Ferrer et al. Revista Española Geriátrica y Gerontológica. 2006, vol. 41, p. 21-26
- (33) DETECCIÓN de fragilidad en atención primaria: situación funcional en población mayor de 65 años demandante de atención sanitaria por Dolores Pérez et al. Revista Española Geriátrica y Gerontológica. 2006, vol. 41, p.7-14
- (34) TALAVERA Biosca, José L. Evaluación del estado de salud y calidad de vida de los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer: un estudio longitudinal. (tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández. San Juan, España,

ANEXOS

(ANEXO 1)

DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Características socio-demográficas.

Edad.

Definición nominal: tiempo transcurrido desde el nacimiento del Cuidador hasta el momento de recolección de los datos para la investigación.

Definición operacional:

- a) 18-34 años
- b) 35-49 años
- c) 50-64 años
- d) 65 y más años

¿Qué edad? _____

Género.

Definición nominal: diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer determinada genéticamente.

Definición operacional:

- a) Femenino.
- b) Masculino.

Situación de pareja.

Definición nominal: presencia de pareja, que refiere el Cuidador al momento de la entrevista.

Definición operacional:

- a) SI
- b) NO

Escolaridad.

Definición nominal: nivel de instrucción sistemática lograda por el Cuidador en instituciones de educación formal.

Definición operacional:

- a) No sabe leer ni escribir.
- b) Sabe leer y escribir.
- c) Básica/Primaria incompleta.
- d) Básica/ Primaria completa.
- e) Media/Secundaria incompleta.
- f) Media/ Secundaria completa.
- g) Superior.

Percepción de la Situación económica actual.

Definición nominal: forma como el Cuidador percibe actualmente su situación económica.

Definición operacional:

- a) Vivir desahogadamente.
- b) Atender a sus necesidades básicas.
- c) No le permite atender a sus necesidades básicas.

Parentesco.

Definición nominal: vínculo afectivo o consanguíneo entre el Cuidador y el Adulto Mayor que cuida.

Definición operacional:

- | | |
|------------------|-------------|
| a) Hijo/a | f) Nieto/a |
| b) Cónyuge | g) Cuñado/a |
| c) Yerno o Nuera | h) Amigo |
| d) Hermano/a | i) Vecino |
| e) Sobrino/a | |

Situación laboral.

Definición nominal: condición de trabajo actual, remunerada o no remunerada económicamente que desempeña el Cuidador.

Definición operacional:

- a) Desempleado.
- b) Dueña de casa.
- c) Estudiante.
- d) Jubilado.
- e) Trabajo tiempo parcial.
- f) Trabajo tiempo total.

Características del cuidado que otorga.

Tiempo como Cuidador.

Definición nominal: período que ha transcurrido desde que el Cuidador asumió la responsabilidad del cuidado hasta el momento de recolección de los datos para la investigación.

Definición operacional:

- a) ≤ 6 meses
- b) > 6 meses - 2 años
- c) > 2 años - 4 años
- a) > 4 años

¿Cuánto tiempo? _____

Observación: si supera los 6 meses se sube al siguiente año.

Comparte vivienda.

Definición nominal: habitar la una misma vivienda, el Cuidador y el Adulto Mayor, compartiendo ideas, costumbres y alimentación.

Definición operacional:

- a) SI
- b) NO

Horas diarias de cuidado.

Definición nominal: tiempo que dedica durante el día y la noche el Cuidador al Adulto Mayor.

Definición operacional:

- a) < 6 horas
- b) 6 - < 12 horas
- c) 12 - < 18 horas
- d) 18 – 24 horas

Necesidades del Adulto Mayor que satisface el Cuidador.

Definición nominal: grado de ayuda que necesita el Adulto Mayor por parte del Cuidador para satisfacer sus necesidades.

Definición operacional:

- a) ABVD-AIVD-ACVD
- b) ABVD-AIVD
- c) AIVD-ACVD
- d) ABVD
- e) AIVD

Nombre con el que se identifica por su labor.

Definición nominal: calificativo con el cual el Cuidador se siente identificado con la labor de desempeña en relación al cuidado que otorga.

Definición operacional:

- a) Cuidador Familiar
- b) Cuidador Informal
- c) Cuidador Principal
- d) No sabe
- e) Otro

Características de salud.

Tipo de bebedor (bebidas alcohólicas).

Definición nominal: ingesta de bebida alcohólica en cantidad y frecuencia que modifica el comportamiento, y que permite clasificarlo.

- a) SI
- b) NO

Si consume:

En Chile

- a) 0 a 7 unidades (consumo normal)
- b) 8 a 12 unidades (alto consumo)
- c) más de 12 unidades (consumo excesivo)

(Según VIDACHile)

En España:

Mujeres:

- a) < 11 unidades (consumo normal)
- b) 11 a 17 unidades (alto consumo)
- c) >17 unidades (consumo excesivo)

Hombres:

- a) < 17 unidades (consumo normal)
- b) 17 – 28 unidades (alto consumo)
- c) < 28 unidades (consumo excesivo.)

(Según Sociedad española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2000)

Observaciones:

Para España:

1 unidad: 1 vaso de cerveza /1 vaso de vino / 1 copita de licor, jerez o licor de cava.

Para Chile:

1 unidad: 1 botella o lata individual de cerveza/ 1 vaso de vino/ 1 trago de licor solo o combinado (pisco, ron, whisky, vodka u otros similares)

Enfermedades crónicas no transmisibles.

Definición nominal: alteración de la salud en forma continua y directamente proporcional al tiempo de padecerla.

Presenta alguna de estas enfermedades Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes mellitas (DM), Osteomusculares (OSTEO) y/o Asma.

Definición operacional:

- a) Ninguna
- b) 1 enfermedad
- c) 2 enfermedad
- d) 3 o más enfermedades

¿Cuál/es?

- a) HTA
- b) DM
- c) OSTEO
- d) ASMA

Observación: Entre las osteomusculares se reconocerán problemas reumáticos, artritis, tendinitis y/o osteoporosis.

Sobrecarga.

Definición nominal: “grado en que los Cuidadores perciben que su vida social y personal, su salud y situación económica cambian por el hecho de cuidar a alguien” (Zarit). Se medirá por la Escala de Zarit, adaptación de Martín y col., 1996.

Definición operacional:

- a) ≤ 47 puntos: no sobrecarga
- b) 48 - 56 puntos: sobrecarga leve
- c) > 56 puntos: sobrecarga intensa

(ANEXO 2)

CHILLÁN, Enero 12 de 2006

A : DR. PATRICIO BERTOGLIA FUENTES
Director – Cesfam Isabel Riquelme

DE : DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERIA

De mi consideración:

Junto con saludarles muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos/as de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: “**Perfil del Cuidador Principal/Familiar en Chillán/Chile y Alicante/España**”, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

Nombre y Rut de los Estudiantes Tesistas:

- Katherin Riquelme Solis	15.877.826-2
- Andrea Silva Celedón	15.473.238-1
- Paulina Zepeda Álvarez	15.315.502-k

Académico Guía

Sra. Elena Espinoza Lavoz, Docente Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile

Sra. María Eugenia Galiana, Docente Universidad de Alicante, Alicante, España.

En base a lo anteriormente expuesto, es que me permito solicitarle, tenga a bien otorgar la Autorización y facilidades necesarias, para que dichas estudiantes, puedan aplicar una **Prueba Piloto**, a los Cuidadores de Adultos Mayores postrados inscritos en el Centro de Salud Familiar que usted dirige, consistente en un Cuestionario que será aplicado a una muestra similar a la definitiva.

Es propicio señalar, que de otorgar la Autorización respectiva, la recolección de tales datos, serían desde el 17 de enero a 2 de febrero del año 2007, garantizando a su vez, la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda con toda atención,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería

CHILLÁN, Febrero de 2007

A : DIRECTOR – CENTRO DE SALUD LA FLORIDA
DE : DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERIA

De mi consideración:

Junto con saludarles muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos/as de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: **“Perfil del Cuidador Principal/Familiar en Chillán/Chile y Alicante/España”**, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES TESISISTAS:

- Katherin Riquelme Solis	15.877.826-2
- Andrea Silva Celedón	15.473.238-1
- Paulina Zepeda Álvarez	15.315.502-k

ACADÉMICO GUÍA

Sra. Elena Espinoza Lavoz, Docente Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile

Sra. María Eugenia Galiana, Docente Universidad de Alicante, Alicante, España.

En base a lo anteriormente expuesto, es que me permito solicitarle, tenga a bien otorgar la Autorización y facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan aplicar una Encuesta a los Cuidadores de Adultos Mayores inmovilizados inscritos en el Centro de Salud que usted dirige.

Es propicio señalar, que de otorgar la Autorización respectiva, la recolección de tales datos se realizará entre el 19 de febrero y el 9 de marzo del año 2007, garantizando a su vez, la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda con toda atención,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERÍA

CHILLÁN, Febrero de 2007

A : DIRECTOR – CENTRO DE SALUD SAN BLAS
DE : DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERIA

De mi consideración:

Junto con saludarles muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos/as de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: “**Perfil del Cuidador Principal/Familiar en Chillán/Chile y Alicante/España**”, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES TESISISTAS:

- Katherin Riquelme Solis	15.877.826-2
- Andrea Silva Celedón	15.473.238-1
- Paulina Zepeda Álvarez	15.315.502-k

ACADÉMICO GUÍA

Sra. Elena Espinoza Lavoz, Docente Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile

Sra. María Eugenia Galiana, Docente Universidad de Alicante, Alicante, España.

En base a lo anteriormente expuesto, es que me permito solicitarle, tenga a bien otorgar la Autorización y facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan aplicar una Encuesta a los Cuidadores de Adultos Mayores inmovilizados inscritos en el Centro de Salud que usted dirige.

Es propicio señalar, que de otorgar la Autorización respectiva, la recolección de tales datos se realizará entre el 19 de febrero y el 9 de marzo, aproximadamente, del año 2007, garantizando a su vez, la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda con toda atención,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERÍA

CHILLÁN, 17 ABRIL DE 2007

A : DRA. LEYLA JARDÚA ELJATIB
DIRECTORA – CESFAM LOS VOLCANES

DE : DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERIA

De mi consideración:

Junto con saludarles muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos/as de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: **“Perfil del Cuidador Principal/Familiar en Chillán/Chile y Alicante/España”**, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES TESISISTAS:

- Katherin Riquelme Solis 15.877.826-2
- Andrea Silva Celedón 15.473.238-1
- Paulina Zepeda Álvarez 15.315.502-k

ACADÉMICO GUÍA

Sra. Elena Espinoza Lavoz, Docente Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile

Sra. María Eugenia Galiana, Docente Universidad de Alicante, Alicante, España.

En base a lo anteriormente expuesto, es que me permito solicitarle, tenga a bien otorgar la Autorización y facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan aplicar una Encuesta a los Cuidadores de Adultos Mayores postrados inscritos en el Centro de Salud que usted dirige.

Es propicio señalar, que de otorgar la Autorización respectiva, la recolección de tales datos se realizará entre el 23 de abril y el 22 de mayo del año 2007, garantizando a su vez, la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda con toda atención,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería

CHILLÁN, 18 Abril de 2007

A : DRA. NANCY JARA JARA
Directora – Centro de Salud Violeta Parra

DE : DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERIA

De mi consideración:

Junto con saludarles muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos/as de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: “**Perfil del Cuidador Principal/Familiar en Chillán/Chile y Alicante/España**”, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

Nombre y Rut de los Estudiantes Tesistas:

- Katherin Riquelme Solis	15.877.826-2
- Andrea Silva Celedón	15.473.238-1
- Paulina Zepeda Álvarez	15.315.502-k

Académico Guía

Sra. Elena Espinoza Lavoz, Docente Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile

Sra. María Eugenia Galiana, Docente Universidad de Alicante, Alicante, España.

En base a lo anteriormente expuesto, es que me permito solicitarle, tenga a bien otorgar la Autorización y facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan aplicar una Encuesta a los Cuidadores de Adultos Mayores postrados inscritos en el Centro de Salud que usted dirige.

Es propicio señalar, que de otorgar la Autorización respectiva, la recolección de tales datos se realizará entre el 23 de abril y el 22 de mayo del año 2007, garantizando a su vez, la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda con toda atención,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería

CHILLÁN, 18 Abril de 2007

A : DR. PATRICIO BERTOGLIA FUENTES
Director – Cesfam Isabel Riquelme

DE : DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERIA

De mi consideración:

Junto con saludarles muy cordialmente, me permito dirigir a usted, con el propósito de informarle que los Alumnos/as de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando el Tema de Tesis Titulado: “**Perfil del Cuidador Principal/Familiar en Chillán/Chile y Alicante/España**”, con el fin de optar así al Grado de Licenciado en Enfermería.

Nombre y Rut de los Estudiantes Tesistas:

- Katherin Riquelme Solis	15.877.826-2
- Andrea Silva Celedón	15.473.238-1
- Paulina Zepeda Álvarez	15.315.502-k

Académico Guía

Sra. Elena Espinoza Lavoz, Docente Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile

Sra. María Eugenia Galiana, Docente Universidad de Alicante, Alicante, España.

En base a lo anteriormente expuesto, es que me permito solicitarle, tenga a bien otorgar la Autorización y facilidades necesarias, para que dichos estudiantes, puedan aplicar una Encuesta a los Cuidadores de Adultos Mayores postrados inscritos en el Centro de Salud que usted dirige.

Es propicio señalar, que de otorgar la Autorización respectiva, la recolección de tales datos se realizará entre el 23 de abril y el 22 de mayo del año 2007, garantizando a su vez, la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales recopilados.

Sin otro particular, y en espera de que la presente cuente con una favorable acogida, le saluda con toda atención,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela de Enfermería
(ANEXO 3)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CUIDADOR PRINCIPAL/FAMILIAR EN
CHILLÁN/CHILE.**

A través de su Centro de Salud obtuvimos los datos de la persona mayor que usted cuida.

Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración en un estudio que estamos realizando sobre el: **“Perfil del Cuidador Principal/Familiar”**. Esta investigación esta destinada a conocer datos generales sobre usted y su familiar, además del significado que tiene para su salud cuidar a una persona mayor. Esto nos permitirá a los profesionales de la salud conocer la problemática real de los cuidadores.

La participación en este estudio es voluntaria y sus respuestas no le comprometen en nada. La información que usted nos facilite es confidencial. Su nombre no aparecerá en ningún sitio. Su participación consiste en responder a una entrevista de aproximadamente 20 minutos.

Consentimiento informado:

Sr. / Sra.....

Declara conocer el objetivo del presente estudio y acepta participar y entregar la información que sea necesaria para estos fines.

Chillán ____/_____/ 2007

Katherin Riquelme, Andrea Silva y Paulina Zepeda
Estudiantes V año Enfermería Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile.

Muchas gracias por su colaboración.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CUIDADOR PRINCIPAL/FAMILIAR EN ALICANTE/ESPAÑA.

A través de su Centro de Salud obtuvimos los datos de la persona mayor que usted cuida.

Nos dirigimos a usted para solicitarle su colaboración en un estudio que estamos realizando sobre el: **“Perfil del Cuidador Principal/Familiar”**. Esta investigación esta destinada a conocer datos generales sobre usted y su familiar, además del significado que tiene para su salud cuidar a una persona mayor. Esto nos permitirá a los profesionales de la salud conocer la problemática real de los cuidadores.

La participación en este estudio es voluntaria y sus respuestas no le comprometen en nada. La información que usted nos facilite es confidencial. Su nombre no aparecerá en ningún sitio. Su participación consiste en responder a una entrevista de aproximadamente 20 minutos.

Consentimiento informado:

Don/Dña:.....

Declara conocer el objetivo del presente estudio y acepta participar y entregar la información que sea necesaria para estos fines.

Alicante, ____/_____/ 2007

Katherin Riquelme, Andrea Silva y Paulina Zepeda
Estudiantes V año Enfermería Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile.

Muchas gracias por su colaboración.

(ANEXO 4)

**“PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL/FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR
POSTRADO EN CHILLÁN - CHILE”**

1.- Género

F

M

2.- Edad: _____

**3.- ¿En este momento usted
tiene pareja?**

Sí

No

4.- Nivel educativo alcanzado:

No sabe leer ni escribir

Sabe leer y escribir

Enseñanza Básica incompleta

Enseñanza Básica completa

Enseñanza Media incompleta

Enseñanza Media completa

Enseñanza Superior

**5.- Su situación económica
actual le permite:**

Vivir desahogadamente

Atender a sus necesidades básicas

—

No le permite atender a sus necesidades
básicas

6.- Relación familiar (Parentesco)

Hijo/a

Cónyuge

Yerno/Nuera

Hermano/a

Sobrino/a

Nieto/a

Cuñado/a

Amigo

Vecino

7.- Tiempo como cuidador:

6 meses

1 año

2 años

3 años

4 años

5 años y más

8.- Situación laboral

- Empleado a tiempo parcial
- Empleado a tiempo total
- Desempleado
- Jubilado
- Dueña de casa
- Estudiante

9.- ¿Comparte la vivienda con el familiar al que cuida?

- Sí
- No

10.- ¿Cuántas horas diarias dedica al cuidado de su familiar?

11.- ¿Qué necesidades del Adulto Mayor satisface usted?:

- A.B.V.D. (Actividades Básicas de la Vida Diaria)

—

- A.I.V.D. (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)

- A.C.V.D. (Actividades Cognitivas de la Vida Diaria)

12.- ¿Consume bebidas alcohólicas?

- Sí (pasar pregunta 13)
- No (pasar pregunta 14)

13.- ¿Cuántas copas de alcohol consume diariamente?

Diario : _____

Semanal: _____

14.- Padece alguna de estas enfermedades: HTA, DM, Osteomusculares (problemas reumáticos, artritis, tendinitis, osteoporosis) y/o asma:

- Ninguna
- 1 enfermedad
- 2 enfermedades
- 3 o más enfermedades

¿Cuál/es? _____

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre **NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, FRECUENTEMENTE Y CASI SIEMPRE**. No existen respuestas correctas o incorrectas.

Con que frecuencia...

1.- ¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

2.- ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

3.- ¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej.: con su familia o en el trabajo)

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

4.- ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

5.- ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

6.- ¿Cree que la situación actual afecta a su relación de amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

7.- ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

8.- ¿Siente que su familiar depende de usted?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

9.- ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

10.- ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

11.- ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

12.- ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

13.- (Solamente si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómoda/o para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

14.- ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
-------	------------	---------	----------------	--------------

1 2 3 4 5

15.- ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar, además de sus otros gastos?

NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE
1 2 3 4 5

16.- ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?

NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE
1 2 3 4 5

17.- ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?

NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE
1 2 3 4 5

18.- ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otra persona?

NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE
1 2 3 4 5

19.- ¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar?

NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE
1 2 3 4 5

20.- ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?

NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE
1 2 3 4 5

21.- ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?

NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE
1 2 3 4 5

22.- En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar?

NUNCA CASI NUNCA A VECES FRECUENTEMENTE CASI SIEMPRE
1 2 3 4 5

Observaciones: (por ejemplo: ¿Cómo le gustaría que la/o llamaran?)

Adaptación de: Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Revista de Gerontología, 6, 338-346.

“PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL/FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR INMOVILIZADO EN ALICANTE-ESPAÑA”

1.- Género

F

M

2.- Edad: _____

3.- ¿En este momento usted tiene pareja?

Sí

No

4.- Nivel educativo alcanzado:

No sabe leer ni escribir

Sabe leer y escribir

Estudios primarios incompletos

Estudios primarios completos

Estudios secundarios incompletos

Estudios secundarios completos

Estudios Superiores

5.- Su situación económica actual le permite:

Vivir desahogadamente

Atender a sus necesidades básicas

No le permite atender a sus necesidades básicas

6.- Relación familiar (Parentesco)

Hijo/a

Cónyuge

Yerno/Nuera

Hermano/a

Sobrino/a

Nieto/a

Cuñado/a

Amigo

Vecino

7.- Tiempo como cuidador:

6 meses

1 año

2 años

3 años

4 años

5 años y más

8.- Situación laboral

- Empleado a tiempo parcial
- Empleado a tiempo total
- Desempleado
- Jubilado
- Dueña de casa
- Estudiante

9.- ¿Comparte la vivienda con el familiar al que cuida?

- Sí
- No

10.- ¿Cuántas horas diarias dedica al cuidado de su familiar?

11.- ¿Qué necesidades del Adulto Mayor satisface usted?:

- A.B.V.D. (Actividades Básicas de la Vida Diaria)
- A.I.V.D. (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)
- A.C.V.D. (Actividades Cognitivas de la Vida Diaria)

12.- ¿Consume bebidas alcohólicas?

- Sí (pasar pregunta 13)
- No (pasar pregunta 14)

13.- ¿Cuánto consume de alcohol diariamente (vaso de cerveza, vaso de vino, copita de licor, jerez, licor de cava)?

- Para mujeres (por semana)
 - Menor a 11 unidades
 - 11-17 unidades
 - Mayor de 17 unidades
- Para hombres (por semana)
 - Menor a 17 unidades
 - 17-28 unidades
 - Mayor de 28 unidades

14.- Padece alguna de estas enfermedades: HTA, DM, Osteomusculares (problemas reumáticos, artritis, tendinitis, osteoporosis) y/o asma:

- Ninguna
- 1 enfermedad
- 2 enfermedades
- 3 o más enfermedades

¿Cuál/es? _____

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre **NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, FRECUENTEMENTE Y CASI SIEMPRE**. No existen respuestas correctas o incorrectas.

Con que frecuencia...

1.- ¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

2.- ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

3.- ¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej.: con su familia o en el trabajo)

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

4.- ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

5.- ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

6.- ¿Cree que la situación actual afecta a su relación de amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

7.- ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

8.- ¿Siente que su familiar depende de usted?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

9.- ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

10.- ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

11.- ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

12.- ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

13.- (Solamente si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómoda/o para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

14.- ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

15.- ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar, además de sus otros gastos?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

16.- ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

17.- ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

18.- ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

19.- ¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

20.- ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

21.- ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

22.- En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

Observaciones: (por ejemplo: ¿Cómo le gustaría que la/o llamaran?)

Adaptación de: Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Revista de Gerontología, 6, 338-346.

(ANEXO 5)

ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (Zarit y Zarit, 1982)

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	

14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
22	Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	

Adaptado por Izal, M. y Montorio, I. (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En T. Del Ser y J. Peña (eds.). Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: Prous

GRADO DE CARGA DEL CUIDADO	PUNTAJE
SIN SOBRECARGA	22 A 46
SOBRECARGA LEVE	47 A 55
SOBRECARGA INTENSA	56 A 110

Observación: esta Escala de Zarit es la anexada en el instructivo de la “FICHA DE INGRESO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES CON DEPENDENCIA MODERADA O DEPENDENCIA SEVERA O POSTRADO” (MINSAL)

(ANEXO 6)

ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (Zarit)

1=Nunca 2=Rara vez 3=Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

Ítem	Pregunta a realizar	Puntos
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	

15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

22-46: Sin Sobrecarga No sobrecarga	47-55: Sobrecarga leve	56-110: Sobrecarga intensa
---	---------------------------	-------------------------------

Observación: esta Escala de Zarit es la utilizada en los Centros de Atención Primaria donde se realizó la investigación, Chillán, Chile.

(ANEXO 7)

TEST DE ZARIT – ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

1=Nunca 2=Rara vez 3=Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	

16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	

GRADO DE CARGA DEL CUIDADO	PUNTAJE
NO SOBRECARGA	<47
SOBRECARGA LEVE	47 A 55
SOBRECARGA INTENSA	>55

Observación: esta Escala de Zarit es la utilizada en los Centros de Atención Primaria donde se realizó la investigación, Alicante, España.