



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
MAGÍSTER EN INTERVENCIÓN SOCIAL

MODELO DE ANÁLISIS DE BIENESTAR SUBJETIVO EN LA REGIÓN DEL BÍO-BÍO

AUTORAS: AVELLO MEZA, M^a CONSTANZA
GRANFELDT MOLINA, GISELLA

DOCENTE GUÍA: FARÍAS OLAVARRÍA, FERNANDO

Concepción, 2015

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	9
I. PLANTEAMIENTO PROBLEMA.....	11
II. MARCO TEORICO.....	16
III. OBJETIVOS.....	31
a) Objetivo General.....	32
b) Objetivos Específicos.....	32
IV. HIPÓTESIS.....	33
V. METODOLOGÍA.....	34
a) Tipo de Investigación.....	34
b) Unidad de Análisis.....	34
c) Unidad de Información.....	34
d) Espacio de la Realidad Social.....	35
e) Población de estudio.....	35
f) Diseño muestral.....	38
g) Técnicas de Recolección de datos.....	38
h) Técnicas de Análisis de Información.....	39
VI. ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	40
a) Variable Sexo.....	40
b) Variable Edad.....	41
c) Variable relación de parentesco.....	43
d) Variable sexo del cuidador.....	44
e) Variable edad cuidadores.....	45
f) Variable diagnostico categorizado.....	46
g) Variable Bartlel.....	47
h) Beneficio estipendio.....	48
i) Variable Bienestar Subjetivo.....	49
j) Bienestar subjetivo - Satisfacción en áreas específicas.....	51
k) Variable Zarit.....	55
VII. VALIDACIÓN DEL MODELO.....	60
VIII. CONCLUSIONES.....	60
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	67
X. ANEXOS.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro comparativo Bienestar Subjetivo – Felicidad	25
Tabla 2. Sexo Paciente	40
Tabla 3. Relación de parentesco con el paciente.....	43
Tabla 4. Sexo cuidador	44
Tabla 5. Diagnóstico categorizado.....	46
Tabla 6. Barthel	47
Tabla 7. Indicadores Barthel	47
Tabla 8. Beneficiario estipendio	48
Tabla 9. Estadísticos bienestar subjetivo.....	50
Tabla 10. Análisis general de satisfacción con la vida	51
Tabla 11. Estadísticos descriptivos áreas específicas	53
Tabla 12. Análisis descriptivo Zarit	55
Tabla 13. Frecuencias Ítems Zarit.....	56
Tabla 14. Niveles de Sobrecarga medidos Escala Zarit	57

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Alcanzar la felicidad depende principalmente de..	14
Ilustración 2. Cuadro comparativo Modelo Biomédico- Biopsicosocial.....	18
Ilustración 3. Cuadro envejecimiento y Salud.....	20
Ilustración 4. Componentes del Bienestar Subjetivo.....	26
Ilustración 5. Mapa político región del Biobío.....	29
Ilustración 6. Participación en grandes grupos de actividades, según sexo	30
Ilustración 7. Estructura de Población por Sector	37
Ilustración 8. Edades pacientes.....	41
Ilustración 9. Edades cuidadores.....	45
Ilustración 10. Niveles de satisfacción con la vida de los cuidadores según patología	58
Ilustración 11: Modelo de análisis de bienestar subjetivo en la región del Bío-Bío	59

AGRADECIMIENTOS

El camino fue largo y arduo, pero solas quizás todo hubiese sido distinto. Es necesario agradecer a quienes nos tomaron de la mano cuando titubeamos, cuando sentimos deseos de dejar todo atrás... Gracias por permitir culminar este proceso y por sobre respaldar nuestras decisiones y convicciones que nos acompañaron en este camino de perfeccionamiento.

A nuestras familias que con su amor y entrega nos levantaron las veces que fueron necesarias, a nuestros amigos que nos entregaron aliento y animaron a continuar adelante. A nuestros maestros y maestras que con dedicación y paciencia forjaron este nuevo crecimiento profesional; pero por sobre todo a nuestro profesor Fernando Farías que sin su ayuda y sus ansias de investigar nos llenó de aspiraciones, sinceramente gracias...

Fue un proceso de reencantamiento con nuestro quehacer profesional, que se impregnó de anhelos, cansancios pero que valieron la pena... A todos quienes tras nosotras fueron parte de esto, gracias.

DEDICATORIAS

Una vez leí que "solo está derrotado aquel que deja de soñar" creó que si hay algo, que he aprendido en la vida es a nunca dejar de hacerlo, debido a que convicciones como esa me han traído las mayores alegrías de mi vida.

Terminar un proceso como este es fascinante pero claramente no hubiera sido posible sin mis padres, hermanos y hermana que día a día me alentaron y contuvieron. Mi compañero de vida que sufrió conmigo todas las secuelas de este viaje, gracias por estar cuando más te necesite. Mis queridos amigos de la vida estuvieron cerca o lejos entregando aliento, sonrisas y el cariño para entender que lo que más cuesta, más conforta.

M^a Constanza Avello Meza

Al Culminar éste proceso, se generan grandes sentimientos, de satisfacción, de orgullo y felicidad. Dedicó éste trabajo a quienes fueron el pilar fundamental al asumir éste desafío: mis padres, hermanas, cuñados y a mí sobrino adorado, al que hoy podré enseñar que "debemos dejar que nuestros sueños sean más grandes que nuestros miedos", porque simplemente lo vivencié así. Fue un camino de altos y bajos, pero que hoy puedo decir "sí se puede", confiando por sobre todo en que es Dios el que ha permitido llegar a lograr ésta gran meta. Además agradezco los conocimientos entregados por las personas que asumen el cuidado de familiares con dependencia severa, quienes día a día postergan su propio bienestar, por el amor que le tienen a sus hijos, padres, esposos/as... A todos ellos mi admiración y agradecimientos.

Gisella Granfeldt Molina

INTRODUCCIÓN

La noción de bienestar subjetivo, hoy en día comprende un sin número de desafíos para los gobiernos, orientado a reformular el desarrollo del país, teniendo en cuenta la realidad aportada por la subjetividad; esto asociado a que en la actualidad, han existido constantes expresiones de malestar social instalados en la agenda pública en torno a episodios de insatisfacción frente a las áreas educación, sistema de salud y aumento de la delincuencia.

El Bienestar Subjetivo se ha transformado en objeto de estudio por diversas disciplinas de las Ciencias sociales (en Chile y el mundo), cuyo énfasis se encuentra en cómo las personas se sienten con respecto a su vida, su entorno, sus relaciones, sus logros y metas. Se ha comprendido que la forma de cómo nos sentimos diariamente (no sólo con respecto a lo económico, como en las décadas anteriores) impacta en nuestro microsistema y más tarde en la sociedad misma.

La Salud Mental es un concepto que también juega un rol importante en la consolidación del presente Modelo, ya que, en Chile existe una parte de la población que desarrolla actividades como “*Cuidadores/as*” (la mayoría de las veces no remuneradas), que se preocupan de los cuidados de personas que presentan múltiples patologías, como por ejemplo cuadros demenciales, cuadros que contribuyen a la pérdida de la autonomía. El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa del Centro de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel, nos supeditará los antecedentes que se traducirán en el instrumento “Escala de Sobrecarga del cuidador Zarit”, que permitirá conocer los niveles de Sobrecarga que presentan los cuidadores; y junto con ello, se analizarán las variables que influyen en la determinación del Bienestar Subjetivo en este sector de la población.

El Proyecto de finalización de Magíster que se presentara, busca la elaboración de un modelo que permita conocer la manera en que se orienta la

construcción del Bienestar Subjetivo y cómo las características de la población objetivo entregan aportes importantes en su construcción; permitiendo así, aportar a la intervención social mediante la comprensión de la sociedad a través de un concepto que integra concepciones individuales respecto a los niveles de satisfacción que presentan respecto a sus vidas.

I. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

El presente tiene como punto neurálgico conocer el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Lagunillas de la comuna de Coronel, desde una órbita no tratada: El Bienestar Subjetivo.

El Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa constituye una estrategia sanitaria que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006. Cabe tener en consideración, antecedentes que vislumbran que la frecuencia y severidad de la dependencia aumenta con la edad. A partir de los 75 años la dependencia severa (física o mental), afecta a una gran proporción de adultos mayores, llegando en algunos casos por sobre el 30% en personas mayores de 80 años (González, F., Massad, C., Lavanderos, F. 2010).

Los cambios demográficos de las últimas décadas, muestran que el envejecimiento de la población es acelerado y es por ello, que hoy se torna clave mejorar las políticas públicas en relación a un grupo etario que es cada vez más amplio; ya que, ambas variables presentadas anteriormente (edad y dependencia severa) están directamente relacionadas.

Es por lo anterior, que el Estado, a través de la creación de políticas públicas, quien debe darles solución a las necesidades requeridas y sentidas, de éste grupo etario y de sus familias o cuidadores. Podestá (2001), define por Política Pública, un “instrumento de trabajo mediante el cual se pretende alcanzar desde del Estado, en forma sistemática y coherente, ciertos objetivos de interés para el bienestar de toda la sociedad civil”.

Es necesario comprender que la trama social está compuesta por un sinfín de actores sociales – Estado, usuarios activos del sistema de salud, familiares o cuidadores, profesionales del sistema de salud, tornándose de vital importancia

investigar respecto de las necesidades que presenta la población de adultos mayores (en continuo aumento), con el fin de generar nuevos proyectos de renovación o reformulación de las políticas públicas, que satisfagan las necesidades y los intereses de la comunidad.

Según lo indica Manuel Canto (2008, pág. 5), *“En los tiempos actuales de protagonismo social, ya no es suficiente una noción de política pública centrada en la función gubernamental del ordenamiento de los intereses sociales o de la formulación de una oferta a la sociedad”*. Lo anterior, nos revela que el Estado tiene el deber de ir en permanente búsqueda de las necesidades que presenta la ciudadanía, donde la función gubernamental -manifiesta en la formulación de las políticas públicas- ya no es suficiente, porque no representa los ‘reales intereses’ de la ciudadanía. Las demandas ciudadanas en cuanto a oferta y formulación de políticas públicas son cada vez más latentes, por lo que las estrategias hasta ahora usadas solo responden a necesidades identificadas desde el rol de experto, lo que genera a sincronía con las demandas específicas de la sociedad y las propuestas estatales, por lo que, la necesidad de investigar la temática del Bienestar Subjetivo se asienta en fenómenos que nos entrega nuestra práctica laboral cotidiana, realidad que nos muestra que los cuidadores de personas con patologías severas en nuestras comunas se encuentran en un estado de enajenación.

El Plan de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, integra nuevos y variados ejes en los objetivos del Programa Nacional de Salud. En dicho ámbito cabe tener en consideración que hasta ahora no se ha generado una ley que esté al cuidado integral de la salud mental y que por cierto este Plan de Salud Mental y Psiquiatría, responde a carencias generadas hace más de una década.

El cambio demográfico que está sufriendo Chile, el acelerado envejecimiento de la población y en forma conjunta con esto, la alta carga asistencial de los sistemas hospitalarios, ha llevado que se generen altas

hospitalarias tempranas, delegando la responsabilidad del cuidado a la familia o conocidos del usuario, que presenta una patología crónica o invalidante que les impide realizar las actividades básicas de la vida diaria; así surge el “cuidador informal”, aquel que atiende en su hogar y no recibe remuneración económica alguna, y que esta labor impacta a todo el núcleo familiar.

Por tanto, el eje central se desprende del impacto que se genera en los núcleos familiares, específicamente en las personas que:

Mantienen los cuidados de personas que sufren múltiples dificultades y que se ven aquejadas por el síndrome de -sobrecarga del cuidador- involucra: el aislamiento social, sobrecarga de actividades tanto en casa como fuera de ella, alteración del comportamiento de los familiares que reciben cuidados, la idea de ser “responsables” exclusivos de su familiar, dificultades financieras, abandono de empleo por parte del cuidador, entre otras.
(Mangini, 2004, pág. 115).

Esto nos muestra que es necesario conocer el estado de la Salud Mental en que se encuentran los cuidadores e intervenir en caso de que sea necesario. La propuesta del presente estudio, es construir un modelo a través del Bienestar Subjetivo y otros instrumentos que nos llevarán a conocer la realidad que a veces se nos torna invisible, debido a que el sistema de salud actual nos orienta como trabajadores/as sociales a monitorear el estado de salud de los usuarios con patologías severas, pero no así, del estado de salud de los cuidadores de estos.

En base a lo anterior, hemos decidido adentrarnos en la realidad de los cuidadores, por medio del estudio del Bienestar subjetivo; estudios desarrollados en nuestro país, por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) respecto a esta temática, han demostrado que el concepto de felicidad se relaciona a elementos que están directamente relacionados con factores y decisiones individuales tal como se revela a continuación (Palet & Aguirre, 2012):

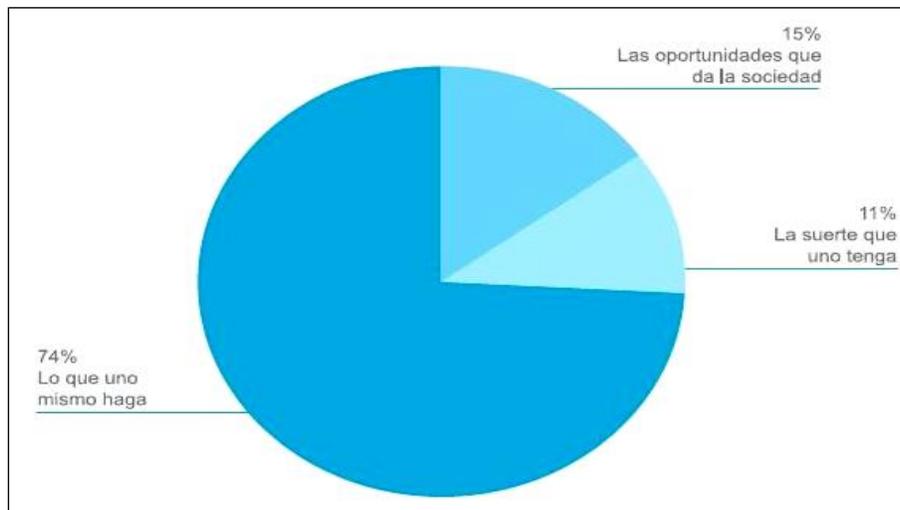


Ilustración 1: Alcanzar la felicidad depende principalmente de... Fuente: Encuesta de índice Desarrollo Humano, PNUD, 2011.

Considerar la felicidad como una problemática de índole individual, limitaba la posibilidad de abrir éste campo de estudio a la disciplina de las ciencias sociales. En las últimas décadas, han surgido constantes conflictos sociales que han generado un cambio en el paradigma establecido y han puesto en boga la necesidad de reflexionar en torno a conflictos individuales que al parecer, no respondían a necesidades y carencias individuales; sino que también a familias, comunas y ciudades, por lo tanto a colectivos completos.

Existen variables sociodemográficas que se han correlacionado positivamente con el bienestar subjetivo y han sido distinguidas por estudios del PNUD en múltiples investigaciones, Centros de investigación de Universidades, Centros de estudios públicos que concuerdan en variables como: ingresos económicos, participación en distintas organizaciones, acceso a salud, capital adquisitivo, fuente laboral, etc.; pero hoy el interés se centra en conocer los niveles de Bienestar Subjetivo y de sobrecarga que experimentan los cuidadores de personas con dependencia severa correlacionando ambas variables en post de la creación de un modelo de análisis que nos permita construir futuras intervenciones en la red de salud.

II. MARCO TEÓRICO

Los múltiples factores que influyen en los niveles de sobrecarga de los cuidadores de usuarios con dependencia severa, son un desafío investigativo adquirido por el equipo investigador. El fundamento teórico expuesto a continuación muestra una realidad que parece ir en aumento en la población chilena. Hace una década atrás, las alteraciones en el estado de salud mental, no eran una temática abordada por los servicios estatales o privados, en la actualidad, los medios de comunicación han masificado compañías estatales para prevenir el aumento de las enfermedades asociadas al estrés, depresión, cuadros de sobrecarga laboral, etc., en post de sensibilizar a la población, pero ¿Cuánto interiorizamos esta problemática? ¿Identificamos quiénes son los grupos de riesgo? y ¿Por qué es una problemática que crece a diario? Estas son algunas de las preguntas precursoras para este acápite.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define *salud*, como “*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (Organización Mundial de la Salud, 2011). Esto revela que los indicadores que establecen los parámetros de salud no son tan sólo biológicos; debido a que la OMS abre paso a dimensiones psicológicas y sociales, no reconocidas hasta entonces por el Modelo de Salud Biomédico.

La nueva propuesta del concepto de salud, se consagró en Chile en la reforma de Salud del año 2000 a través de los objetivos sanitarios que recogen la experiencia internacional y entregan una visión como país, donde es necesario generar cambios en la Salud local en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

El boletín de Vigilancia en Salud de la República de Chile (2003), expone que los objetivos planteados en la reforma del año 2000, se convirtieron en el punto de partida de la reforma sectorial que se originaría más tarde. De esta

forma, los problemas de Salud que afectan a la ciudadanía son los elementos centrales para la elaboración de las políticas públicas.

Es así, como los objetivos sanitarios giraron en torno a cuatro desafíos:

- a) El envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica.
- b) Las desigualdades en la situación de Salud de la población, que se traduce en una brecha sanitaria entre los grupos de población de distinto nivel.
- c) Responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de Salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad Chilena.
- d) Resolver los problemas pendientes y mantener los logros sanitarios alcanzados. Todos estos factores involucran cambios en la provisión de servicios sanitarios, tanto en la composición de los servicios, como en las formas de entregarlos, adecuándolos a los requerimientos técnicos sanitarios, así como a las exigencias de los usuarios, cada vez más conscientes y exigentes de sus derechos.

Tras lo anterior, se decide entregar validez a un nuevo enfoque, que se caracteriza por integrar las condiciones psicológicas, sociales, económicas y políticas en la concepción de la salud; aportando disímiles miradas sobre la resolución global de los principales problemas de salud pública de hoy, entendiéndose los procesos de salud-enfermedad de un modo integral que no involucra únicamente a la persona, sino también a la familia y la comunidad. Asimismo, se establece un nuevo modelo de trabajo llamado Modelo Biopsicosocial que integra todas las variables anteriores y destituye el Modelo Biomédico (véase ilustración 2).

PARADIGMA MÉDICO TRADICIONAL Modelo Biomédico	NUEVO PARADIGMA Modelo Bio - psico - social
Considera a la enfermedad independientemente de la persona que la sufre y de su contexto social.	• La enfermedad no está separada de las persona, ni lo está del medio ambiente.
Cada enfermedad tiene un agente etiológico específico y uno de los objetivos principales de la labor médica es el descubrirlo.	• Las causas de las enfermedades son múltiples y el conocimiento se emplea en el contexto de la persona.
La tarea principal del trabajador de salud es diagnosticar la enfermedad y describir un remedio específico.	• La tarea del trabajador de salud consiste en comprender la naturaleza de la enfermedad así como entender al paciente y el significado que tiene la dolencia para él.
El médico es normalmente un observador y el paciente se comporta como un receptor pasivo.	• La relación trabajador de salud - paciente tiene un efecto importante sobre la enfermedad y su evolución. El paciente también es responsable de su salud.
Las enfermedades mentales deben considerarse por separado de las enfermedades físicas.	• Todas las enfermedades tienen componentes tanto mentales como físicos.

Ilustración 2. Cuadro comparativo Modelo Biomédico- Biopsicosocial. Fuente: Abril & Cuba, 2012.

Desde la línea de salud mental, los dos modelos mencionados, contribuyeron a la formulación del plan de salud mental y psiquiatría en el año 2000, instaurando prácticas innovadoras, derribando paradigmas que limitaban el quehacer profesional social y a su vez abriendo el campo de la salud a un enfoque sistémico de intervención. Lo anterior, nos lleva a hacer una análisis en la comprensión de los modelos de salud en Chile, donde el Biomédico fue un modelo que se centró exclusivamente en lo somático, mientras que el modelo Biopsicosocial evoluciona centrandó el desarrollo psicológico y social de las personas tan importantes como el somático; lo anterior se condice con la OMS, que el año 2011 propuso un nuevo concepto de salud.

El objetivo principal del plan de salud mental (que vino a consolidar el cambio de paradigma) es el siguiente:

Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (Minoletti & Zaccaria, 2012, pág. 347).

Las intervenciones en salud mental se han potenciado con el paso de los años, en virtud de las nuevas necesidades que han surgido en la población. La vida acelerada, los constantes cambios al que las personas se ven enfrentadas en términos económicos, laborales, familiares; han aumentado el desequilibrio en las diferentes áreas del cotidiano vivir generando como consecuencia, un deterioro en su salud mental.

Lo anterior, tiene mucho sentido en el trabajo a desarrollar, puesto que, la población objetivo con la que hemos diseñado el Modelo, responde a los cuidadores de personas postradas, que se encuentran adheridos al Centro de Salud Familiar Lagunillas, de la comuna de Coronel. Se define cuidador como: “Las persona que proporcionan asistencia permanente, gratuita o remunerada, para la realización de actividades de la vida diaria, en el entorno del hogar, a personas con discapacidad, estén o no unidas por vínculos de parentesco” (Cámara de Diputados de Chile, 2012).

Navarro, J. (2011) plantea la existencia de ciertas categorías según el tiempo destinado a los cuidados que entrega cada cuidador. Junto con ello, los cuidadores ven alterado el funcionamiento de sus propios núcleos familiares, debido a que los roles que cada familiar ejercía antes de que se presente la necesidad del cuidado del enfermo, estos cambian. Tras lo anterior, el autor da a conocer tres tipos de cuidadores:

- **Principal:** Se adscribe culturalmente, lo que suele suponer que alguien cargue con todo el cuidado de la persona con discapacidad. La adscripción que resulta válida en un momento del ciclo vital, puede no serlo en otro.
- **Secundario:** Se suscribe a la (él) cuidador(a) que sustituye al cuidador principal voluntariamente, durante un periodo variable de tiempo. Se determina así, cuando estamos en una situación normalizada (Ejemplo:

puede ser de una a dos mañanas o tardes por semana, o un fin de semana al mes).

- **Respiro:** Es alguien de la familia que tome el papel del cuidador/a y la sustituya por unas horas, o por un fin de semana al mes, resuelve varios problemas: sirve para recobrar fuerzas psicológicas y físicas; supone un reconocimiento moral de su dedicación; sirve para que la cuidadora siga realizando actividades que valora, paliando, con ello, la sensación de profunda renuncia personal (y de pareja).

Los cuidadores han debido afrontar la situación de dependencia severa de sus familiares como un rol adscrito en la mayoría de los casos. Es necesario reconocer que el Ministerio de Salud comprende por dependencia “*al resultado de la interacción de los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas, las condiciones agudas e intercurrentes y el entorno psicosocial*” (Minsal, 2014). En Chile, de acuerdo al Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (SENAMA, 2009) el 24,1% de la población mayor de 60 años tiene algún grado de dependencia.

La temática de envejecimiento y salud en Chile, se traduce en lo siguiente:

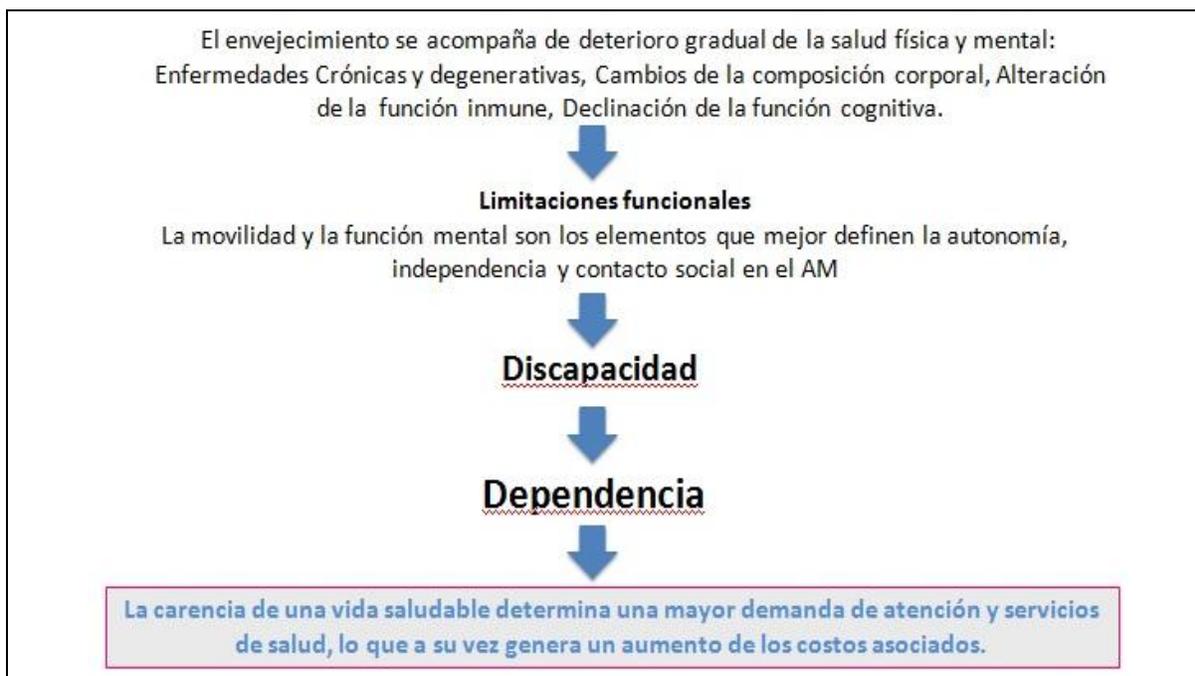


Ilustración 3. Cuadro envejecimiento y Salud. Fuente: Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2011.

La forma en que el Estado aborda las limitaciones funcionales se determina según la demanda y costos que estos usuarios presentan para el Sistema de Salud. Para responder a ello, en la atención primaria de Salud, existe el Programa de Atención Domiciliaria para personas con discapacidad severa, que se ha implementado como una estrategia que ejecutan los equipos de salud, tanto municipales, como aquellos que dependen del Servicio de Salud, con fin de brindar atención a un grupo de personas que presentan algún grado de dependencia y que de acuerdo como muestran los indicadores, la prevalencia estaría en aumento. El Programa de Atención Domiciliaria por tanto, se convertirá en la entrega de los cuidados personales de los usuarios con dependencia, disminuyendo así la tasa de personas que se encontrarán en atención de salud terciaria (unidad de hospitalización) que generan mayores costos para el sistema.

Existen instrumentos con los cuales los profesionales de atención primaria de salud, evalúan la necesidad del ingreso del usuario al programa de atención en

el domicilio. Uno de los instrumentos es el “Índice de Barthel” (que será utilizado en la presente investigación). Este instrumento, es usado para la valoración genérica respecto al nivel de independencia del paciente respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria. El presente instrumento, asigna diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado de llevar a cabo actividades como; bañarse, desplazarse, vestirse, control de heces, control orina, subir/bajar escaleras, entre otras. Éstas actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 o 15 puntos, teniendo un rango global que puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).

Así también, cabe tener en consideración que la Atención Domiciliaria tiene por objetivo general “otorgar a la persona con Discapacidad Severa, cuidador y a las familias una atención integral en el domicilio; en el ámbito físico, emocional y social, mejorando su calidad de vida, potenciando así su recuperación y/o autonomía” (Minsal, 2011).

Continuando con el proceso de ingreso al programa, el equipo del CESFAM, incorpora en dicha visita un segundo instrumento llamado “escala de sobrecarga del cuidador Zarit”. Dicho instrumento, permite pesquisar de manera efectiva la presencia de sobrecarga que posee el cuidador/a y del cual dependerá la derivación correspondiente al programa de salud mental del establecimiento, si el cuidador lo requiere según los resultados de la escala.

Antes de continuar, es importante conocer qué describe la literatura por *sobrecarga del cuidador*. Ésta realidad se encuentra presente en los cuidadores/as de personas con dependencia severa, comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que enfrentan los cuidadores, afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional (González, F., Graz, A., Pitiot, D., Podestá J. 2004). Por tanto, no es una problemática simple debido a que impacta en múltiples dimensiones de la vida

de las personas, convirtiéndose en un problema psicológico, social, familiar y en algunos casos genera enfermedades somáticas.

La escala de sobrecarga del cuidador –Test de Zarit- es la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo el español. Consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (>56). La "Sobrecarga ligera" representa un factor de riesgo para generar "sobrecarga intensa". Esta última se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador (Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C. & Millán, T. 2009).

La validación del instrumento, se realizó en Chile por medio de una metodología psicométrica realizada entre los meses de marzo y junio de 2008, en la Comuna de Melipilla, región Metropolitana (Breinbauer Hayo et al. 2008).

Ahora bien, el Test de Zarit será de vital importancia para el fenómeno social investigado, ya que, brindará al equipo investigador los parámetros asociados al impacto que tiene en los cuidadores la sobrecarga experimentada al asumir el cuidado del usuario dependiente. Tras lo anterior, el Bienestar Subjetivo reconoce las variables que tienen impacto en la calidad de vida de las personas, por ello la aplicación de instrumentos, para ambos aspectos (sobrecarga y bienestar subjetivo) se conjugarán en el análisis del estado de los cuidadores de personas que mantienen el cuidado de usuarios con dependencia y así mismo, en su calidad de vida.

Para alcanzar los objetivos de este estudio, se ha utilizado un tercer instrumento, que revelará los niveles de Bienestar Subjetivo. La *Escala de Satisfacción con la Vida de Diener*, instrumento compuesto por cinco ítems, con una escala de siete puntos (1 a 7), que mide desde el grado más bajo al más alto

de Satisfacción con la vida de los sujetos. Este instrumento presenta adecuadas propiedades psicométricas para población chilena (Lyubomirsky & Lepper, 1999) y validada en Chile el año 2011 (Pavez, P., Mena, L. & Vera-Villaruel, P. 2012). Así también las investigadoras incorporaron a dicho instrumento un segundo apartado planteado por Diener, que hace referencia a la satisfacción con la vida en áreas específicas, instrumento compuesto por siete ítems distribuidos en una puntuación de 1 a 7, según la valoración que el encuestado asigne a dicha área.

Indagar sobre el Nivel de Bienestar Subjetivo no es tarea fácil si se tiene en consideración el reducido soporte teórico existente desde las Ciencias Sociales. La Sociología y el Trabajo Social, se encuentran abocadas a la comprensión de la sociedad y las dinámicas que se generan entre sus interactuantes; los cuales en los últimos años, se encuentran abocados en el entendimiento de las variables que aquejan a los cuidadores/as de pacientes con dependencia severa.

Los pioneros en el desarrollo sobre la temática de bienestar subjetivo ha sido la psicología y su rama denominada “psicología positiva”, considerando al bienestar subjetivo como una dimensión meramente subjetiva centrada en aspectos psicológicos, como emocionales y valóricos segregando las variables socioculturales (Cuadra H. & Florenzano R., 2003). Los contextos sociales, políticos y culturales que -creemos- permean la percepción y construcción de la realidad de los individuos, son parte esencial del sistema de interacciones de los colectivos que conforman la sociedad.

Comúnmente se utilizan como sinónimos los conceptos de felicidad y bienestar subjetivo, pero debemos aclarar que no significan exactamente lo mismo, poseen diferentes niveles de abstracción y operacionalización, que iremos mostrando a lo largo de este apartado, a través del desarrollo de las perspectivas históricas asociadas a estos conceptos. Por tanto, es necesario clarificar dos conceptos antes de continuar:

Tabla 1. Cuadro comparativo Bienestar Subjetivo – Felicidad.

BIENESTAR SUBJETIVO	FELICIDAD
Alarcón (2006) Se refiere a la evaluación que hace la gente de su vida, en el momento y en largos periodos pasados. Esta evaluación es afectiva y cognitiva, se evalúan afectos positivos y negativos, y se hace un juicio global acerca de la satisfacción con la vida.	Csikszentmihalyi (2003) confiere que la felicidad era concebida como “vida buena”, es decir una vida libre de conflictos, penurias y necesidades, la cual no se comprendía como una realidad estática, sino como un conjunto de acciones en constante dinamismo. En la edad media y la antigüedad la concepción de felicidad estaba asociada a la filosofía y la teología, principales elementos del entendimiento de la sociedad, en el cual las nociones del bien y el mal determinaban el carácter de felicidad de las personas.

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Cuadra & Florenzano (2003) plantean que tras innumerables controversias en materia de bienestar subjetivo, actualmente existen ciertos consensos:

1. El bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva.
2. El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas:
 - a. Centrada en los aspectos emocionales (referido a los estados de ánimo del sujeto).
 - b. Centrada en los aspectos cognitivos - valorativos (referido a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida).

La temática de Bienestar Subjetivo ha sido considerada un temática compleja de abordar, pero de interés para las ciencias de la conducta. Cuadra H., Florenzano R. (2003) plantean que el Bienestar Subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Lo cual, analizarlo desde la temática de sobrecarga familiar nos permitirá conocer en demasía la forma en que impacta las relaciones cuidador/a-usuario/a.

Por otro lado, Diener (1994) es considerado uno de los precursores del tema, quien plantea la existencia de tres elementos que constituyen el bienestar subjetivo; satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo (Véase ilustración 4).

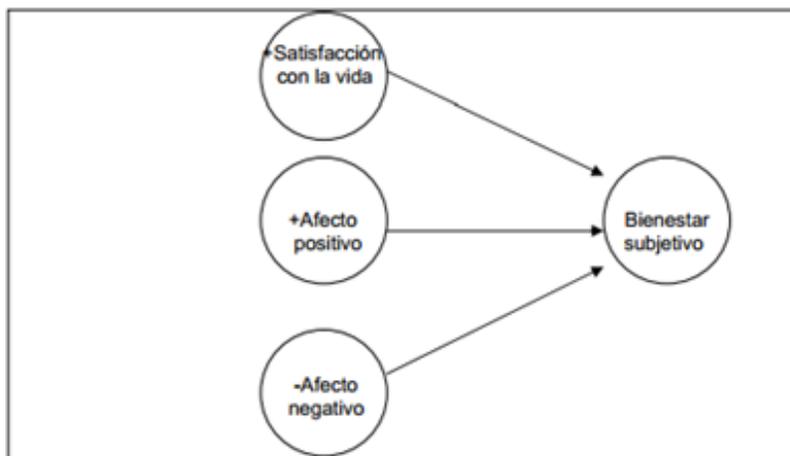


Ilustración 4. Componentes del Bienestar Subjetivo. Fuente: Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities, 1994.

Los tres elementos propuestos por dicho autor, plantean que al hablar de bienestar subjetivo se presume la existencia de la valoración que el individuo puede hacer de su propia vida, así también la preponderancia de afectos positivos por sobre los negativos y por el contrario de afectos negativos por sobre los positivos.

Diener (1994) sostiene que el bienestar subjetivo presenta elementos estables y cambiantes a la vez, si bien es estable a lo largo del tiempo, puede experimentar variaciones circunstanciales en función de afectos predominantes.

En igual medida, cabe tener en consideración que la presencia de factores culturales nos permite comprender la forma de vida de las sociedades de cada país, ante lo cual, la cultura vislumbra distintas formas de expresión del Bienestar Subjetivo que influyen en la forma de expresarse, de gustos, de tendencias, prevalencias, entre muchos otros. Pierre Bourdieu a través de su texto “La

distinción. Criterios y bases sociales del gusto”, nos muestra cómo la cultura nos distingue y desvía individualmente. Es así como, frente a algo primordial de nuestra identidad como gustos personales, lugares que visitamos constantemente, podemos revelar la representación que tenemos para con la vida (Avello, M et al. 2012).

Cabe destacar, que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en su publicación del año 2012, da a conocer los resultados de su investigación en materia de Subjetividad en Chile, a fin de mostrar lo que las personas piensan y sienten con respecto a expresiones, que giran en torno a los niveles de satisfacción de la sociedad. Ahora bien, es sabido que las valoraciones tanto afectivas como cognitivas que elabora un individuo, son fruto de las evaluaciones de sus propias experiencias -momentáneas o proyectivas-. En virtud de aquello, resulta relevante dejar en evidencia que los sucesos históricos acaecidos marcan también un precedente -dejando en manifiesto que el contexto es de gran relevancia en la construcción del Bienestar Subjetivo-; régimen militar, cesantía, salud pública v/s privada, ingreso mínimo, crisis económicas, tratados de libre comercio, entre otras. En igual medida, el aumento de expresiones de malestar social puestas en la palestra pública en los últimos años, generan la necesidad de conocer lo que piensan/anhelan dichos actores sociales para aumentar sus estados de bienestar y es en este punto la necesidad del equipo investigador, de conocer la realidad de los cuidadores/as de personas con dependencia.

A fin de interiorizarnos en la temática, es necesario tener en consideración que la construcción del presente modelo contribuirá en la organización de acciones futuras en el sistema de atención primaria de salud, que potencie la intervención profesional en el programa de atención domiciliaria en la comuna de Coronel. Morgan Gerald, M. (2002), permite comprender que los modelos nos van señalando las estrategias y alternativas de acción frente a un sistema blanco de intervención en relación con el problema específico. Con el presente estudio, el equipo investigador pretende dar a conocer realidades sociales escasamente

intervenidas, tal como lo clarifica dicho autor “sistemas blancos de intervención” ante los cuales se hace necesario proponer acciones mediante la formulación del presente modelo.

Desde las ciencias sociales, las distintas disciplinas tratan de esquematizar y proponer modelos que, de una u otra forma, faciliten el abordaje de los objetos de estudios y definan algún tipo de solución en relación a las variables de análisis propuestas (Mujica N., Rincón S. 2011). Es por ello, que el equipo investigador buscará generar estrategias específicas para el abordaje de la temática de sobrecarga del cuidador/a, que estará supeditado a la comprensión de la realidad entregada por el presente estudio.

Gallego B. Rómulo (2004) propone, que un modelo es una estructura conceptual que sugiere un marco de ideas para un conjunto de descripciones que de otra manera no podrían ser sistematizadas. Para dicho autor el modelo cumple esta función en virtud de que une de manera inferencial, las proposiciones que afirman algo sobre los fenómenos que en él se integran.

El presente modelo se enmarca en un contexto singular de la realidad chilena, siendo necesario conocer el contexto en que se desenvuelve la población estudio. La comuna de Coronel está inserta en una zona geográfica que se distingue de la realidad. El equipo investigador, centrarán su análisis en primera instancia en la población de la comuna de Coronel, perteneciente a la octava región del Bío-Bío, localidad compuesta por 1.861.562 habitantes, 54 comunas, 4 provincias (Véase ilustración 5).

El presente estudio, ha vislumbrado la importancia de una variable sociodemográfica; el componente de género se tornó clave en el estudio, debido a que como se observará en los resultados casi la totalidad de los cuidadores/as corresponden al género femenino. Ello, se condice con la realidad nacional tal como expone la Encuesta Experimental de Uso del Tiempo en Chile (2007), un 78,8% de las mujeres se dedica al cuidado de personas en el hogar y solo un 21,2% de los hombres lo realiza (Véase ilustración 6).

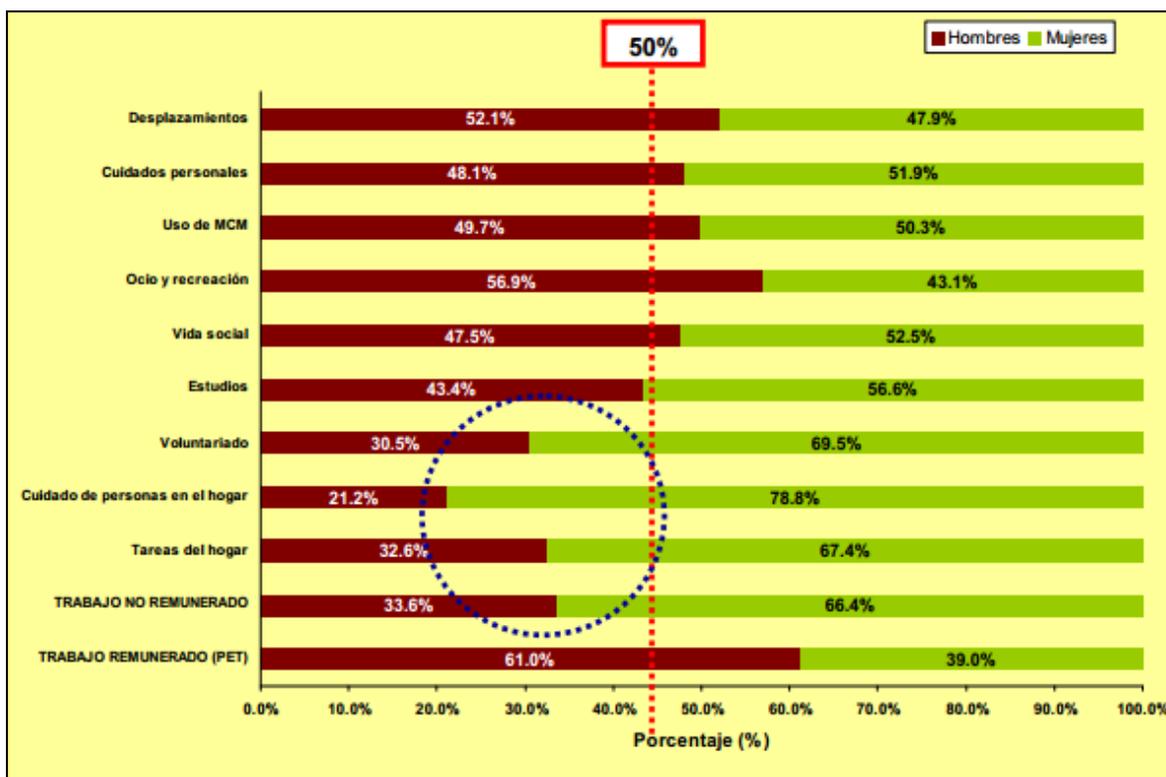


Ilustración 6. Distribución de participación en grandes grupos de actividades principales, según sexo. Fuente: Encuesta experimental del uso del tiempo, INE (2008).

García, M. (2010) plantea que género, es aquella construcción cultural que asigna jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual, vemos que las desigualdades de género surgen cuando las diferencias sexuales se transforman en discriminaciones. Desde este marco, podemos asumir que el cuidado puede ser entendido como un trabajo de mujeres

solamente en un contexto de desigualdad en las relaciones, estructuras y procesos que ayuda a crear a las mujeres como cuidadoras y a infravalorar el trabajo de cuidar.

III. OBJETIVOS

a) Objetivo General

Construir un modelo que muestre la relación entre bienestar subjetivo y sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con patologías físicas y mentales.

b) Objetivos Específicos

1. Realizar caracterización de los/las cuidadores de usuarios del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con dependencia severa perteneciente al Centro de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel.
2. Medir los niveles de Bienestar Subjetivo de los/las cuidadores de usuarios del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa perteneciente al Centro de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel.
3. Relacionar los factores sociodemográficos con los niveles de Bienestar Subjetivo de los cuidadores de usuarios del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con dependencia severa perteneciente al Centro de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel

IV. HIPÓTESIS

- a. A mayor niveles de bienestar subjetivo menor nivel de sobrecarga.
- b. Los cuidadores de pacientes con trastorno mental poseen mayor nivel de sobrecarga que los cuidadores de pacientes con discapacidad física.
- c. Existen diferencias significativas en los promedios de Bienestar Subjetivo de los cuidadores según niveles de dependencia del paciente (Barthel).
- d. Existen diferencias significativas en los promedios de sobrecarga (Zarit) de los cuidadores según niveles de dependencia del paciente (Barthel).

V. METODOLOGÍA

a) Tipo de Investigación

El estudio que llevamos a cabo se sustentó en el paradigma Empírico Analítico, el cual presenta correlato con los tipos de estudios cuantitativos, cuya finalidad es verificar, controlar y predecir hechos sociales, en una relación neutra e independiente entre sujeto y objeto, que se expresa en un diseño determinado y estructurado para implementar la investigación.

La naturaleza de la investigación fue de corte cuantitativo, sustentado en que el dato primario y secundario fueron de índole numéricos los cuales se analizaron estadísticamente. La profundidad del estudio fue *correlacional*, en tanto, se midió la relación entre variables (Bienestar Subjetivo, nivel de sobrecarga de cuidadores/as y variables socio-demográficas).

b) Unidad de Análisis

La unidad de análisis de esta investigación, fue de tipo individual, ya que, se trabajo con individuos que cumplen el criterio de tener bajo sus cuidados a personas con dificultades físicas y psíquicas. Además, estas personas deben cumplir con la característica de encontrarse debidamente inscritos en el Centro de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel y que cuenten con la aplicación de los instrumentos requeridos para el presente estudio.

c) Unidad de Información

La unidad de información de esta investigación es a través de los Individuos y la Ficha clínica de las personas con dificultades físicas y psíquicas adcritos al Centro de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel que corresponden a 49 personas.

d) Espacio de la Realidad Social

El espacio de la realidad social donde se despliega este estudio es el Mesosocial, espacio que Bronfenbrenner (1987) explica como Mesosistema “un espacio de la realidad social que da cuenta de vínculos construidos entre los entornos, donde la persona participa estando o no presente”.

Lo anterior nos muestra que en el espacio que se desarrolló el estudio confluyen un serie de microsistemas que participan en el Bienestar de los cuidadores/as de personas con discapacidad física y psíquica severa. Los microsistemas presentes son el de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel, la población/sector donde se desplaza geográficamente (Sector Amarillo: comprende territorialmente las siguientes poblaciones: Escuadrón Sur, Jorge Alessandri, Huertos Familiares, Salvador Allende, fuera de sector, Moisés Silva, Mártires del Carbón, Doña Graciela, Gabriela Mistral, Lagunillas Verde y todas aquellas poblaciones recientemente construidas), Municipio de la Comuna de Coronel, Hospital de la Comuna, actores que acompañan la formulación del Bienestar Subjetivo.

e) Población de estudio

El presente estudio abordó un total de 49 cuidadores y cuidadoras activos/as al primer semestre de año 2014 en el programa de atención domiciliaria para pacientes con dependencia para el sector amarillo de Centro de Salud Familiar Lagunillas.

En el marco de la sectorización que existente en los Centros de Salud Familiar, el Programa de Atención domiciliaria a personas con Discapacidad Severa perteneciente al Centro de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel, los usuarios para su incorporación a dicho programa deben cumplir con los siguientes criterios (Ministerio de Salud, 2011):

- Pérdida de autonomía severa diagnosticada, como enfermedades mentales que requiere del apoyo o supervisión permanente de un familiar o cuidador.
- La persona debe clasificar como postrado permanente según índice de Barthel (OMS/OPS), el cual considera que posee esta condición aquella persona que requiere de apoyo, guía y supervisión total en las actividades de la vida diaria tales como: bañarse, usar el inodoro, trasladarse, continencia de esfínteres, alimentarse.
- La persona debe contar con un familiar o cuidador responsable, que sea capacitado por el equipo del Centro de Salud.
- La persona no debe encontrarse institucionalizada.

Según el Plan de Salud Municipal de la comuna de Coronel (2013) el Centro de Salud Familiar Lagunillas posee una población ajustada al año 2013 de 29.054 personas, divididas en dos sectores, azul y amarillo, contando a su vez con la responsabilidad técnica y administrativa de supervisar el debido funcionamiento de posta rural de Escuadrón, Centros Comunitario de Salud Familiar (Cecof) Isla Santa María y Lagunillas norte.

El presente estudio abordó población inscrita en Cesfam Lagunillas pero sectorizada con color amarillo (40.8% de la población total del Cesfam) cuyo total activo al año 2013 presenta una población de 12.523 usuarios inscritos.

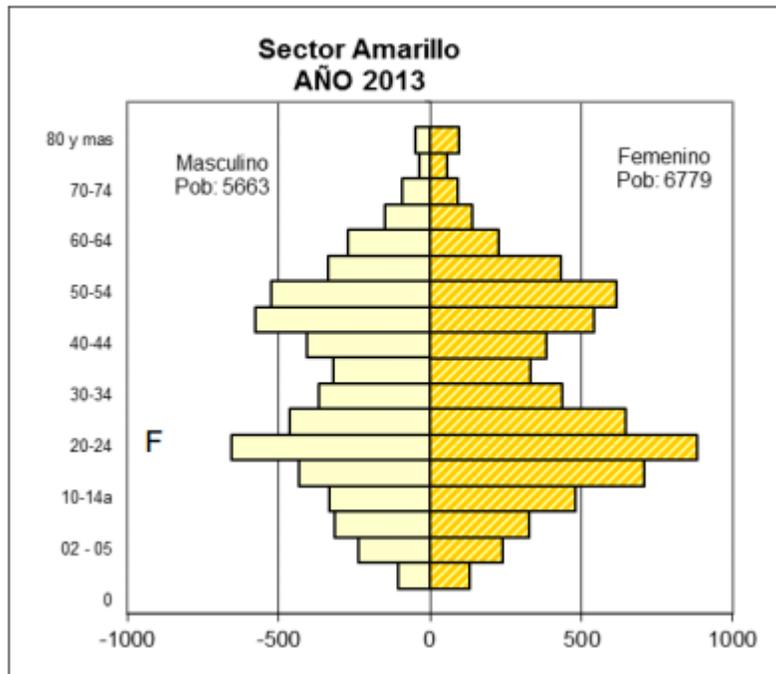


Ilustración 7. Estructura de Población por Sector. Fuente: Plan de Salud Municipal, Coronel, 2013.

El sector Amarillo comprende territorialmente las siguientes poblaciones: Escuadrón Sur, Jorge Alessandri, Huertos Familiares, Salvador Allende, fuera de sector, Moisés Silva, Mártires del Carbón, Doña Graciela, Gabriela Mistral, Lagunillas Verde y todas aquellas poblaciones recientemente construidas.

Otro antecedente relevante de este sector, planteado en el Plan de Salud Municipal (2013) indica que la población adulto mayor bajo control con patologías de dependencia son: Leve corresponden a 50 casos, dependencia moderada 17 casos y dependencia grave 13 casos. En igual medida dejar en evidencia que dicho informe no expresa antecedentes de población dependiente menor a sesenta años.

f) Diseño muestral

Diseño Transversal de carácter censal, debido que se trabajará con el total de la población de cuidadores informales del sector amarillo del Centro de Salud Familiar Lagunillas. Diseño transversal cuyo objetivo es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, et al 1998, pág. 208).

g) Técnicas de Recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos, ha sido la aplicación de encuestas elaboradas por científicos adosados al tema de Bienestar Subjetivo, así como, la revisión bibliográfica de textos especializados originados desde el municipio de Coronel y sus bases de datos.

Las técnicas de levantamiento de datos correspondieron a la extracción de Fuentes Primarias, tales como:

- Evaluación del cuestionario Zarit (validado en Chile)
- Escala de satisfacción con la vida de Diener (valido en Chile)
- Escala de satisfacción en áreas específicas (valido en Chile)

Mientras que los datos secundarios son extraídos de:

- Ficha clínica de las personas con discapacidad física y psíquica severa (previa autorización de la Dirección del establecimiento de Salud Lagunillas).

h) Técnicas de Análisis de Información

Las técnicas de análisis de la información son exclusivamente cuantitativas, se realizará un análisis univariado que considerará frecuencia, Medidas de tendencia central (media, moda y mediana) y medidas de variabilidad (desviación estándar, rango).

Asimismo, se realizarán análisis bivariados que nos permitan establecer relaciones entre las variables, mediante el uso de técnicas tales como el coeficiente de correlación de Pearsons, análisis de varianza (ANOVA) y prueba para diferencia de grupo (prueba “t”).

- Análisis univariados: Estos permitirán agrupar y categorizar los datos según cada variable a analizar.
- Prueba t: Medirá diferencia que existen entre aquellos cuidadores de personas con discapacidad física severa y cuidadores de personas con discapacidad psíquica según Satisfacción con la vida y nivel de sobrecarga.
- Prueba ANOVA: Medirá la diferencia entre los cuidadores de personas con dependencia leve, moderada y severa según el nivel de sobrecarga que experimente cada grupo.
- Correlación de Pearsons: Medirá la diferencia que existe en los cuidadores según su Satisfacción con la vida y su nivel de sobrecarga.
- Análisis de Fiabilidad: Estos análisis se llevarán a cabo por medio del estadístico alfa de Cronbach que permite la confiabilidad del instrumento, revelando si se encuentra dentro de los parámetros de medición.

VI. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Durante el segundo semestre del año 2014 el equipo investigador efectuó la aplicación de los instrumentos Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador (Zarit), la escala de Satisfacción con la Vida y la escala de satisfacción en áreas específicas a un total de 49 pacientes del Centro de Salud Familiar Lagunillas, ante lo cual hemos revelado lo siguiente:

a) Distribución de usuarios de CESFAM Lagunillas según Variable Sexo.

Tabla 2. Distribución según Sexo del Paciente.

	n	%
Mujer	34	69,4
Hombre	15	30,6
Total	49	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

En virtud de los datos obtenidos, se observa la prevalencia de pacientes de sexo femenino en la población ingresada al programa de atención domiciliaria de pacientes con dependencia severa del Centro de Salud Familiar Lagunillas, abarcando un 69,4% del total de la población investigada con la presencia de 34 casos. Así también cabe considerar los 15 pacientes de sexo masculino que participaron del estudio, quienes alcanzan el 30,6% del total de la población investigada.

Esta realidad se condice con la realidad nacional, respecto al envejecimiento de la población adulto mayor, según sexo. El Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) asiente que las diferencias porcentuales según sexo, hombres y mujeres mayores, son sustantivas respecto al envejecimiento, situándose en el año 2010 un 44% género masculino y 56% género femenino respectivamente. La brecha porcentual se mantendrá a lo largo de los años según los estudios proyectivos, llegando a 44,9% para los hombres y 55,1% para las mujeres en 2050 y a 45,2% y 54,8% en 2100 (Abusleme, M., Arnold, M.,

González, F., Guajardo, G., Lagos, R., Massad, C., Sir, H., Thumala, D., Urquiza, A. 2014).

Según el estudio “Estadísticas sobre las personas adultas mayores: Un análisis de género” (Cannobbio, L., Jeri, T. 2008), del Servicio Nacional del Adulto Mayor, las variables identificadas que generan la diferenciación radica en:

- La mortalidad afecta en menor medida a la población femenina en prácticamente todos los rangos etarios. Durante la tercera edad, las mujeres presentan una tasa de morbilidad 8,3 puntos porcentuales por encima de los hombres. Específicamente, las mujeres son más vulnerables que los varones a padecer enfermedades de tipo crónico y episodios agudos (78% de las mujeres mayores de 75 años de edad, padece enfermedades crónicas, y un 50% ha padecido recientemente enfermedades agudas).
- Las mujeres presentan mayores tasas de accidentabilidad que los hombres, desde los 45 años de edad, en todos los grupos etarios. El hogar es el principal espacio de vulnerabilidad en ambos sexos, sin embargo, en el caso de las mujeres, éstas son más proclives a sufrir accidentes en la vía pública, que los hombres.
- Desde el punto de vista de la dependencia funcional, en el caso de la población adulta mayor según avanza la edad, aumenta la prevalencia de la discapacidad y afecta principalmente a las mujeres. De mantenerse las tendencias actuales, es posible estimar que en el año 2010, 531.175 mujeres y 334.524 hombres mayores de 60 años (el 43,1% y 34,1% de la población adulta mayor estimada para esa data) serán personas que necesitarán cuidadores, ya sea algún familiar o un(a) cuidador(a) domiciliario(a) que ayude al adulto mayor en sus actividades cotidianas.

b) Distribución según edad de usuarios de CESFAM Lagunillas.

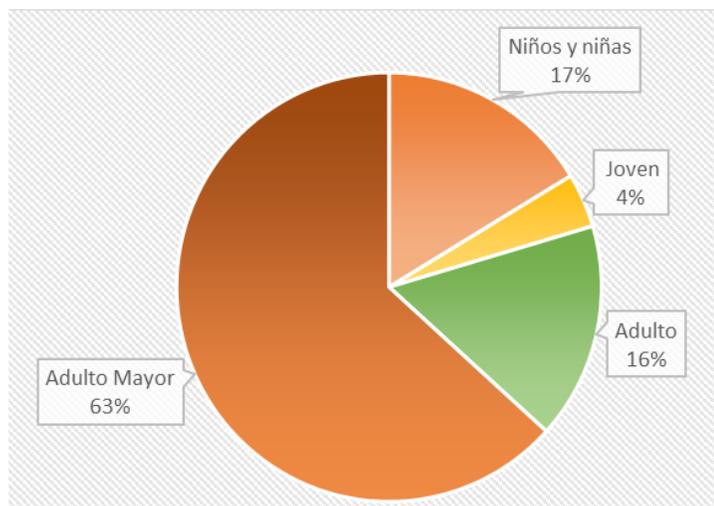


Ilustración 8. Edades pacientes. Fuente: Elaboración propia, 2014.

Según antecedentes planteados en el “Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores” (González, F., Massad, C., Lavanderos, F., 2010) las personas mayores de 60 años representan el 11,4% de la población, estimándose para las décadas siguientes una tasa de crecimiento de 3,7% anual para dicho grupo etario; es decir, se proyecta para el año 2025 una población de 3.825.000 adultos mayores, representando el 20% de la población del país.

La longevidad de la población implica no solo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas sino que implica también, una mayor prevalencia de discapacidad, limitaciones funcionales y/o cognitivas que afectan la independencia en el diario vivir de los adultos mayores.

c) Variable relación de parentesco

Tabla 3. Relación de parentesco con el paciente

	N	%
Hija	29	59,2
Madre	9	18,4
Esposa	5	10,2
Esposo	3	6,1
Abuela	1	2,0
Nieta	1	2,0
Hijo	1	2,0
Total	49	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

En éste ámbito, cabe tener en consideración que la presencia de relaciones de consanguineidad existente entre el/la paciente y su cuidador son altamente relevantes. Los resultados vislumbran la prevalencia de un alto porcentaje a la categoría “hijas”, cumpliendo con las funciones de cuidadoras principales de sus progenitores.

El atributo de hijas, corresponde al 59,2%, más de la mitad de la población estudiada, seguida por el 18,4% con la relación de parentesco “madres” que asumen el cuidado de sus hijos e hijas. Respecto a las otras relaciones de parentesco, que manifiestan valores subsiguientes en la muestra son Esposas 10.2%, Esposo 6.1%, mientras que Nietas, Abuelas e Hijos alcanzan un 2% de la muestra.

En nuestra sociedad, las familias son las principales proveedoras de cuidados para las personas con capacidades diferentes. Sin duda, la familia es un recurso de gran valor y así se la debe considerar para poder actuar en consecuencia de las necesidades de los pacientes.

Las familias, en Salud Mental, tienen un rol relevante en los cuidados de usuarios y usuarias que requieren atención; los cuidados de estas personas en particular, recaen en demasía en una población adulta (ver tabla 8) y de género

femenino principalmente. Ahora bien, pareciera ser que en *vínculo filial* se sobrepone al conyugal en profusión, donde la hija se torna una figura permanente, ya que, un cuidador/a principal dedica tiempo completo a estas funciones; como definió Navarro (2011) no existen tiempos variables para estas mujeres cuidadoras, es un rol adscrito culturalmente y que se da en una etapa del ciclo vital compatible para ello, en este caso: La adultez.

d) Distribución según sexo del cuidador

Tabla 4. Sexo cuidador

	n	%
Mujer	45	91,8
Hombre	4	8,2
Total	49	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

A pesar de las profundas transformaciones generadas en las últimas décadas en materia de género como; la inserción laboral femenina, el aumento de la vida social, aumento en los niveles de escolaridad, es evidente que los patrones culturales en torno a los cuidados de los niños, niñas y enfermos continúan recayendo en el género femenino. La tabla 4 nos indica que el 92% de los cuidadores principales son de género femenino, mientras que un 8% en el masculino.

Barrientos (2005) destaca que el rol tradicional adjudicado al género femenino incluye generalmente tareas de cuidado de otros, lo que puede estimular mayor responsabilidad emocional en las mujeres que en los hombres y por ende, a que estén más dispuestas a experimentar y a expresar sus emociones. El autor apunta a que las mujeres tienen roles socio-culturalmente adjudicados, lo que ha generado también que ambos géneros desarrollen habilidades blandas distintas y que a su vez esto determine sus niveles de bienestar subjetivo porque permitirá mayor/menor expresión de la emoción; por tanto, pareciera ser indispensable el vínculo efectivo que establezca el cuidador con su familiar a cargo y se torna

llamativo que los patrones culturales en la actualidad se sostengan bajo una sociedad patriarcal, donde el atributo femenino (habilidades blandas) sea necesario en el rol de cuidadora, sustentando la mantención en la forma de los cuidados a personas postradas; pese a tener un desarrollo creciente en los otros ámbitos de la vida (además del cuidado a otro/a).

Asimismo, el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores en el año 2010, muestra que de los cuidadores principales de las personas mayores con dependencia, el 85,6% son mujeres y el 14,4% son hombres (González, F., Massad, C., Lavanderos, F. 2010). Lo anterior, nos indica un alza significativa en la cantidad de cuidadoras mujeres a través de los años.

e) Distribución según grupo etario del cuidador

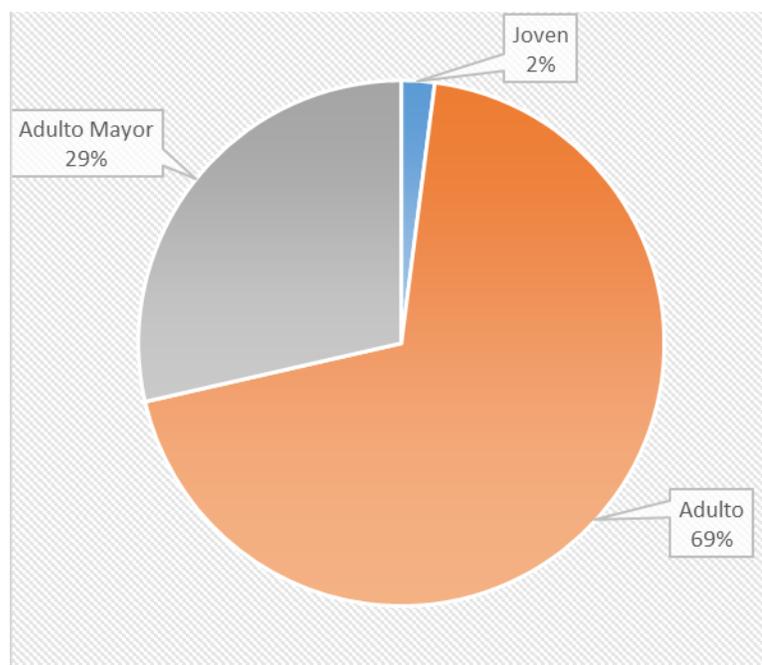


Ilustración 9. Edades cuidadores. Fuente: Elaboración propia, 2014.

En nuestra sociedad la familia es el núcleo básico donde se desarrolla la persona, tenga o no una discapacidad. Como podemos observar, gran parte de las/los cuidadores pertenecen al grupo etario correspondiente a la adultez (69%), luego adultos/as mayores (29%) y para finalizar jóvenes (2%).

Tal como señalamos anteriormente, la edad indica el lugar del ciclo vital en que se desarrolla cada individuo. Es propio de la adultez el deseo de la autonomía, establecimiento de relaciones con proyección futura, conformación de la familia, nacimiento de hijos. Finalmente, pareciera ser que existe una exigencia ética en el cuidado de la personas postradas que el joven no está dispuesto a cumplir y que el adulto mayor no cuenta con todas las habilidades ad hoc para cumplir con las funciones de cuidador principal (Álvarez, M., De Montalvo, F. 2010); por tanto, es una adulta quien según el presente estudio toma bajo su responsabilidad el compromiso de los cuidados personales de una persona postrada, debiendo replegarse de los deseos del ciclo vital en el que se desarrolla.

f) Variable diagnóstico categorizado

Tabla 5. Diagnóstico categorizado

	N	%
Físico	38	77,6
Mental	11	22,4
Total	49	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

La encuesta nacional de discapacidad (ENDISC, 2004) dejó en evidencia que uno de cada ocho personas en Chile tiene algún tipo de discapacidad, lo que corresponde al 12,9% de la población Chilena y al 15,1% en la región del Biobío.

En virtud de lo anterior, las investigadoras procedieron a categorizar los múltiples diagnósticos médicos que posee la población en estudio, ante lo cual cabe tener presente que un 77,6% de la población ingresada al programa de atención domiciliaria se encuentra con diagnóstico de discapacidad física, categoría en la cual encontramos por ejemplo; Hipertensión arterial, Accidentes cerebrovasculares, Diabetes Mellitus, Parkinson, Epilepsia, Parálisis Cerebral, Hidrocefalia, entre otras. Así también diagnósticos establecidos desde la línea mental (22,4%), tales como; cuadros de Demencia, Alzheimer, Retardo Mental, entre otros.

g) Distribución según grado de dependencia arrojado por instrumento Barthel

Tabla 6. Barthel

Nivel de daño	N	%
Total	19	38,8
Grave	17	34,7
Moderado	12	24,5
No responde	1	2,0
Total casos	49	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

El índice de Barthel valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria. Dicho instrumento constituye el eje primordial para ingresar al programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa, siendo los profesionales enfermeros (as) los responsables de su aplicación y asignación de resultado basándose en la siguiente tabla:

Tabla 7. Indicadores grado de dependencia Barthel.

Resultado	Grado de Dependencia
< 20	Total (corresponde a dependencia severa)
20 – 35	Grave (corresponde a dependencia severa)
40 – 55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Fuente: Orientación Técnica Programa Atención Domiciliaria a personas dependencia severa, 2014.

Los usuarios que ingresan al programa de atención domiciliaria tienen como requisito tener un grado de dependencia definido como “total o grave”; evaluándose así también caso a caso la factibilidad de incorporar pacientes con dependencia moderada.

Según estudio de dependencia efectuado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009), entenderá por dependencia severa a todos aquellos

individuos con limitación funcional severa, los cuales debido a esa condición siempre necesitan ayuda. Dentro de esta definición se incluyen situaciones como; individuos postrados, sujetos que presenten demencia y/o incapacidad para efectuar actividades de su vida diaria.

Se considera usuario con dependencia moderada aquellos que necesitan de ayuda humana siempre o casi siempre, incluyéndose situaciones como; incapacidad para bañarse y el requerimiento de ayuda para desarrollar actividades de su vida diaria o así también la incapacidad del normal desarrollo de actividades.

En virtud de lo anterior, en la población en estudio encontramos la prevalencia de usuarios con dependencia total, un 38,8% de la población en estudio, lo que corresponde a 19 casos del total, seguido por el 34,7% de pacientes con dependencia grave, y el 24,5% de pacientes con dependencia moderada.

h) Usuarios de CESFAM Lagunillas que perciben beneficio de estipendio

Tabla 8. Beneficiario estipendio

	N	%
No	31	63,3
Si	18	36,7
Total	49	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

El Centro de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel, enmarca el beneficio de pago de estipendio a cuidadores de pacientes postrados bajo convenio suscrito con el Servicio de Salud Concepción y la Ilustre Municipalidad de Coronel, convenio que aporta los recursos para la cancelación de estipendios mensuales a los cuidadores de pacientes postrados inscritos en los establecimientos de salud municipalizados de la comuna. Dicho beneficio consiste en la entrega de aporte monetario equivalente a \$22.514 a quien realice los

cuidados directos de la persona postrada o con pérdida de autonomía. En dicho ámbito del total de población estudiada (49 casos) el 36,7% de éstos pacientes se encuentran actualmente percibiendo éste beneficio.

En el marco de éste beneficio, uno de los países que presenta los índices más altos de envejecimiento es España (Ministerio de Sanidad, 2013). Dicho país cuenta con una ley concreta en la materia, cuyo título es “Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad” documento que incorpora y/o garantiza el acceso a prestaciones sociales y económicas para ésta población. Desde el punto de vista económico se encuentra; *Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos* (prestación económica de carácter periódico, destinada a subvenir las necesidades básicas del paciente), *Subsidio por Ayuda de Tercera Persona* (prestación económica de carácter periódico para usuarios que necesitan asistencia de otra persona para realizar actos esenciales de la vida, beneficio cuya cuantía en peso chileno alcanza \$42.785 mensuales) y *el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte* (destinado a atender gastos por desplazamientos fuera del domicilio) (Federación de ataxias de España, 2008).

i) Variable Bienestar Subjetivo

Como bien hemos expuesto, el bienestar subjetivo refiere al balance global que las personas hacen de sus procesos vitales -recursos sociales y personales, aptitudes individuales-, del curso de los acontecimientos a los que se enfrentan – privación u opulencia, soledad o compañía- y de la experiencia emocional derivada de ello (Veenhoven, 1994). La escala presentada a continuación, fue validada en Chile con mujeres embarazadas y púerperas, obteniendo resultados similares a los originales con un 0.82 de validez interna (Cabañero, M., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M., Reig, A. y Tosal, B. 2004).

Para medir el nivel de fiabilidad del instrumento “*Escala de satisfacción con la vida*” que permitió recopilar las evidencias de la satisfacción de 49 personas,

que es el total activo de los/as usuarios/as que están constituidas en el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa perteneciente al Centro de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel; se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach el cual, es un coeficiente que varía entre 0 y 1 el que alcanzando de 0,7 y 0,8 establece un nivel apropiado de confianza para la escala. En nuestro caso, el valor que obtiene para nuestra escala general el coeficiente Alfa de Cronbach es de 0,82 por lo cual, nuestro instrumento se encuentra dentro de los marcos aceptables de fiabilidad.

Esta escala tiene como objetivo ir en búsqueda del reconociendo del Bienestar Subjetivo por medio 5 ejes temáticos, en donde preponderaron: los ítems *En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal (media: 4,3)* y *Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida (media: 4,2)* lo que indica que las personas entregan un mayor grado de importancia -para alcanzar un óptimo estado de felicidad- a logros concretos que se mantienen visibles en la cotidianidad (ver tabla 9). Lo anterior no es nuevo, sino que, sustenta una larga tradición en el debate de las sociedades occidentales sobre los fines de la vida individual y colectiva.

En la actualidad, el Bienestar Subjetivo ha adquirido nuevas connotaciones, pues está relacionado con las críticas al carácter unilateral de los fines económicos promovidos por los modelos de desarrollo centrados en el rol del mercado. El actual uso de la “felicidad” también es un novedoso atributo de comprender la vida personal, ya que, responde a las necesidades de la vida en sociedad; por un lado, los individuos se ven empujados a crear identidades autónomas y singulares, pero, por otro, la sociedad no dispone de fuentes de sentido y apoyos suficientes para orientar esa construcción de identidad (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Chile, 2012).

Tabla 9. Estadísticos bienestar **subjetivo**

	M	DE	n
En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal	4,3	1,3	49
Mis condiciones de vida son excelentes	3,3	1,2	49
Estoy completamente satisfecho con mi vida.	3,8	1,4	49
Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.	4,2	1,5	49
Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida	3,9	1,5	49
Satisfacción con la Vida	19,6	5,9	49

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Luego de lo anterior, se debe precisar que la subjetividad no se contrapone a lo racional. Muchas veces se comete el error de entender la subjetividad como un elemento ajeno a la vida social (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Chile, 2012). La aplicación de la “Escala de satisfacción con la vida de Diener” para los cuidadores/as de personas con discapacidad física o psíquica total de la comuna de Coronel, nos muestra que las afirmaciones presentan un promedio de respuesta 5,5 que nos indica “*ni de acuerdo ni en desacuerdo*” respecto a las afirmaciones.

Con lo anterior, podemos dilucidar qué este grupo de cuidadores en su mayoría muestran una tendencia negativa respecto a su satisfacción respecto a la vida. En la afirmación que alude a las *condiciones de vida* evidencia la mayor insatisfacción según la media; mientras la afirmación más cercana a la respuesta ideal es “*Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida*” con una valorización que responde a “algo en desacuerdo”. Esto nos muestra que, la consideración de Diener (1985) sobre la auto-percepción de cada persona para con su vida responde en demasía a logros concretos (puntuaciones más bajas); en este caso, los cuidadores/as presentan necesidades que responden a consolidación de logros. Por lo tanto, nuestra población de estudio carece de la consecución de logros en la etapa adulta.

A continuación, podemos observar una tabla con los resultados de una respuesta que apunta a conocer a nivel general de la satisfacción que los cuidadores/as presentan según tres afirmaciones:

Tabla 10. Análisis general de satisfacción con la vida

	n	%
Insatisfacción con la vida	24	49,0
Medianamente Satisfechos	15	30,6
Satisfacción con la Vida	10	20,4
Total	49	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Podemos observar que un 49% de la muestra hace alusión a sentirse insatisfecho con la vida; es aquí, donde se torna clave profundizar en las señales de cansancio, estrés, carencia de tiempo que se traduce en “*Sobrecarga*” respecto a los cuidados de sus familiares. Si comparamos estudios realizados en años anteriores, el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (González, et al. 2010) la sobrecarga responde a los mismos factores, pero se acrecientan los estadísticos de forma negativa cuando hablamos de sobrecarga y bienestar de los cuidadores. Es así como, la sobrecarga de trabajo que sobrellevan las mujeres, las mantiene sumidas en situaciones de alto estrés, que implican deterioros psíquicos y físicos, impactando negativamente en su salud y calidad de vida, lo que las hace vulnerables a caer en dependencia; enajenándolas al interior de sus familias donde incluso acelera los deterioros propios del envejecimiento en estas mujeres.

j) Bienestar subjetivo - Satisfacción en áreas específicas

La escala de satisfacción por áreas específicas, nos muestra una serie de experiencias instantáneas en torno a variables de orden socio-demográfico. Esta escala es utilizada en otras mediciones internacionalmente aceptadas que podrían implementarse de forma complementaria.

Este coeficiente de Cronbach produce valores que oscilan entre 0 y 1. El instrumento nos permite identificar el grado de confianza que presenta este análisis; en este caso arrojó un valor de 0,9 lo que implica que este análisis presenta una confiabilidad aceptable.

Los componentes objetivos y subjetivos de la vida pueden ser clasificadas en distintas esferas de la vida como son el bienestar psicológico, social, físico; los cuales se desarrollan en contextos a nivel micro y macro social. Esta evaluación responde claramente a un espectro de objetivo que analizaremos a continuación:

Tabla 11. Estadísticos descriptivos áreas específicas

	N	M	DE
Sus relaciones familiares	49	5,33	1,449
Su salud	49	4,35	1,408
Sus amistades	49	3,98	1,820
Su situación económica	49	3,59	1,337
Su empleo u ocupación	49	3,29	1,646
Las condiciones nacionales	49	2,88	1,379
Su tiempo libre	49	2,61	1,579
N válido (según lista)	49		

Fuente: Elaboración propia, 2014.

El estado de Salud presenta un mínimo de 2 y un máximo de 6, lo que indica que ningún cuidador y cuidadora presenta un estado óptimo de Salud. Asimismo, presenta un promedio de 4,4 lo que revela que el estado de salud se ve menoscabado por ejercer los cuidados sobre un paciente con dependencia severa o moderada. Junto con lo anterior, la salud de los cuidadores se desvía en promedio un 1,4 de la media del conjunto de puntuaciones. La sobrecarga de trabajo que sobrellevan estas y estos cuidadores, las mantiene sumidas en situaciones de alto estrés, que implican deterioros psíquicos y físicos, impactando negativamente en su salud (González, et al. 2010).

La situación económica de los cuidadores presenta un mínimo de 1 y un máximo de 6, lo que indica que los cuidadores y cuidadoras se sienten completamente insatisfechos, donde ninguno alcanza un estado óptimo de

satisfacción y además, presentan un promedio de 3,6 lo que revela que un estado de insatisfacción acrecentado por su situación socioeconómica. Teniendo en cuenta, los resultados anteriores (ver tabla 12) donde la ayuda económica que entrega el Estado para amortiguar este aspecto -sólo responde al 37% del total de la muestra-, lo que indica que un 63% de los casos no recibe ningún tipo de ayuda socio-económica que les permita paliar esta insatisfacción.

Ejercer los cuidados sobre un paciente con dependencia severa o moderada implica aumentar la insatisfacción más aún cuando estudios anteriores nos muestran que ha crecido la cobertura de entrega de los estipendios en el año 2010, donde alcanzó a un 11, 6% (González, et al. 2010).

Empleo u ocupación: Los cuidadores presentan un valor mínimo de 1 y un máximo de 6, lo que indica que los cuidadores y cuidadoras se sienten completamente insatisfechos, donde ninguno alcanza un estado óptimo de satisfacción (7). Asimismo, presenta un promedio de 3,3 lo que revela que en empleo y educación no se puede intervenir sin antes generar un trabajo psicosocial.

Relaciones familiares y Amistades: Los cuidadores presentan un valor mínimo de 1 y un máximo de 7, lo que indica que los cuidadores y cuidadoras se sienten completamente insatisfechos; debido a que presentan un promedio de 4 según relaciones familiares y un 2,6 respecto a relaciones de amistades. Lo anterior nos indica que la ayuda comunitaria y de la red primaria y secundaria otorga ayuda escasa a ésta población.

En el estudio nacional de la dependencia en personas mayores (2010) se plantea que, en cuanto a la ayuda comunitaria, el 3,8% de los cuidadores declara recibirla, mientras que el 96,2% declara no recibir ningún tipo de ayuda por parte de la comunidad. Se observa que el 43,2% declara recibir ayuda por tiempo de

cuidado (alivio al cuidador), el 19,4% recibe ayuda en especies y el 11,6% recibe ayuda monetaria.

Tiempo libre: Los cuidadores presentan un valor mínimo de 1 y un máximo de 7, lo que indica que los cuidadores y cuidadoras se sienten completamente insatisfechos, debido a que presentan un promedio de puntuación de 2,1 lo que indica serios problemas para acordar tiempos de descanso. Este el valor más bajo de los atributos presentados en la tabla, lo cual, se condice con que numerosos cuidadores dedican una considerable cantidad de tiempo y esfuerzo a la responsabilidad que han asumido, calculándose que más de la mitad de ellos dedican, como promedio, de 4 a 5 horas al día durante los 7 días de la semana al cuidado de su familiar (Montorio, I., Fernández de Troncóniz, M., López, A., Sánchez, M. 1998).

k) Variable Zarit

El instrumento Zarit posee una consistencia interna de 0,9 estableciendo un nivel apropiado de confianza para la escala. En dicho ámbito, cabe tener presente que la validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada; artículo en el cual se vislumbra un alfa de Cronbach de 0,91 en estudio original y 0,85 – 0,93 en otros países, resultados similares a los extraídos en el presente estudio.

Tabla 12. Análisis descriptivo instrumento Zarit

Niveles de sobrecarga	n	%
Sobrecarga intensa	38	77,6
Sobrecarga leve	11	22,4
Total	49	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Dimensionar los efectos que conlleva el grado de sobrecarga del cuidador de pacientes postrados abarca variadas aristas de la vida del cuidador, incluyendo efectos adversos en áreas emocionales, físicas, financieras, comportamentales,

entre otros factores; el cuestionario Zarit mide el riesgo de deterioro de la vida social, laboral, familiar, problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en dicho rol de cuidador. En el presente estudio nos encontramos con resultados que vislumbran la prevalencia de sobrecarga intensa en los cuidadores de pacientes con dependencia severa de la población estudiada con la presencia de 49 casos que alcanzan el 77,6% de los cuidadores.

Tabla 13. Frecuencias Ítems Zarit

Ítems	1	2	3	4	5	4 y 5 (Acum)
El familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita	40,8	22,4	16,3	14,3	6,1	20,4
No tiene suficiente tiempo para usted	6,1	14,3	32,7	14,3	32,7	46,9
Agobio por compatibilizar responsabilidades	8,2	10,2	28,6	12,2	40,8	53,1
Se siente avergonzado por su familiar	73,5	14,3	8,2	0,0	4,1	4,1
Se siente enfadado cerca de su familiar	71,4	18,4	6,1	0,0	4,1	4,1
Vida familiar afectada negativamente	38,8	10,2	30,6	12,2	8,2	20,4
Miedo por el futuro de su familiar	0,0	0,0	20,4	26,5	53,1	79,6
Pensar que el familiar depende de usted	0,0	0,0	10,2	30,6	59,2	89,8
Se siente tenso cerca de su familiar	24,5	30,6	20,4	10,2	14,3	24,5
Deterioro de su salud por cuidar a su familiar	2,0	12,2	20,4	30,6	34,7	65,3
Falta de intimidad	2,0	14,3	34,7	22,4	26,5	49,0
Vida social afectada negativamente	4,1	14,3	24,5	30,6	26,5	57,1
Distanciamiento de las amistades	8,2	0,0	2,0	12,2	26,5	51,0
Ser considerado como único cuidador posible	2,0	24,5	42,9	14,3	16,3	30,6
Problemas económicos para cuidar	49,0	14,3	20,4	8,2	8,2	16,3
Incapacidad para cuidar mucho más tiempo	2,0	24,5	42,9	14,3	16,3	30,6
Pérdida de control sobre su vida	14,3	24,5	38,8	8,2	14,3	22,4
Desea dejar el cuidado a otra persona	22,4	14,3	36,7	18,4	8,2	26,5
Se siente indeciso sobre su familiar	34,7	28,6	26,5	4,1	6,1	10,2
Podría cuidar mejor a su familiar	2,0	2,0	42,9	22,4	30,6	53,1
Debería hacer más por su familiar	4,1	2,0	30,6	34,7	28,6	63,3
Grado de carga experimentado globalmente	4,1	2,0	30,6	34,7	28,6	63,3

Fuente: Elaboración propia, 2014.

En virtud de los antecedentes planteados, cabe tener en consideración que la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Zarit) nos permite aunar distintas dimensiones (económica, familiar, social, salud, emocional, entre otras) que pudiesen influir en el grado de sobrecarga de aquellas personas que han asumido el cuidado de un tercero. En el presente estudio, nos encontramos con la prevalencia de respuestas vinculadas a la responsabilidad “afectiva y moral” que asumen los/as cuidadores/as. Aquello queda en evidencia al analizar las respuestas como: “se siente avergonzado por su familiar”, “Se siente enfadado

cerca de su familiar”, “vida familiar afectada negativamente”. Así también desde una perspectiva “social y recreacional” los ítems *“no tiene suficiente tiempo para usted” “agobio por compatibilizar responsabilidades” “pérdida de control sobre su vida”* nos demuestran un incremento en la percepción de carga en dicha área. Es de relevancia vislumbrar que del total de cuidadores encuestados frente al grado de carga global que ellos perciben, la variable “bastantes veces” (puntuación 4) alcanzó un promedio de 34,7%, como respuesta global que dicho instrumento otorga.

A continuación, se revelan antecedentes relevantes en términos de sobrecarga y tipo de patología de los pacientes. La ilustración 9 y la tabla 14 explican las diferencias el comportamiento de los datos, cuando se introduce tipo de patología en la sobrecarga que expresan los cuidadores.

Tabla 14. Niveles de Sobrecarga medidos Escala Zarit

Niveles	Físico		Mental		General	
	N	%	N	%	0,9	%
Ausencia de sobrecarga	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sobrecarga ligera	9	23,7	2	18,2	11	22,4
Sobrecarga intensa	29	76,3	9	81,8	38	77,6
Total	38	100	11	100	49	100

Fuente: Elaboración propia, 2014.

La sobrecarga y los factores que miden la misma son múltiples involucrándose en el campo de lo emocional, físico, económico, social, entre otros factores. Breinbauer (2008) refiere que la sobrecarga se relaciona significativamente con detección de otras patologías, principalmente en salud mental. Lo anterior implica que, la sobrecarga afecta una multiplicidad de factores del desarrollo humano, entre ellos, la salud mental donde el cuidador se convierte en un nuevo paciente para el sistema.

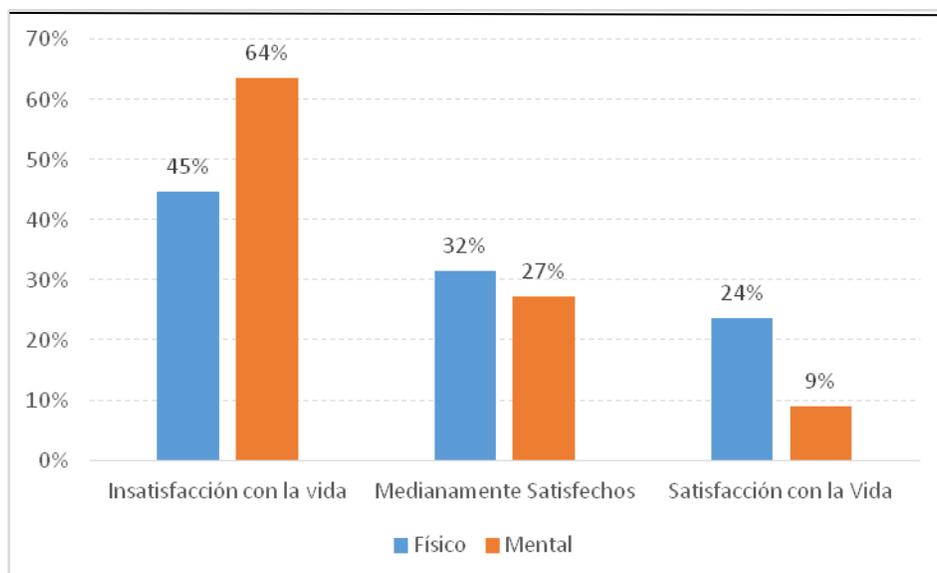


Ilustración 10. Gráfico de niveles de satisfacción con la vida de los cuidadores según patología del familiar. Fuente: Elaboración propia, 2014.

Del mismo modo y para cerrar este acápite, el estudio reveló que un 64% de los cuidadores de pacientes con enfermedades de salud mental se sienten insatisfechos con la vida; en contraposición sólo un 9% se encuentra satisfecho con su vida.

Los cuidadores de pacientes con enfermedades físicas severas presentan mayores niveles de satisfacción con la vida, donde al menos el 32% y 25% oscilan entre sentirse medianamente satisfechos y satisfechos con la vida.

Frente a todo lo anterior, hemos observado que el Bienestar Subjetivo se ve impactado directamente por variables que nos ha entregado la escala de sobrecarga del cuidador (Zarit) y la escala de satisfacción en áreas específicas. A continuación se presenta el Modelo de análisis de bienestar subjetivo en la región del Bío-Bío, que manifiesta las variables que impactarán en los niveles de sobrecarga de la población estudio y nos permitirán generar las futuras intervenciones psicosociales, ya que, como queda en manifiesto es necesario un abordaje integral desde el sistema de salud nacional.

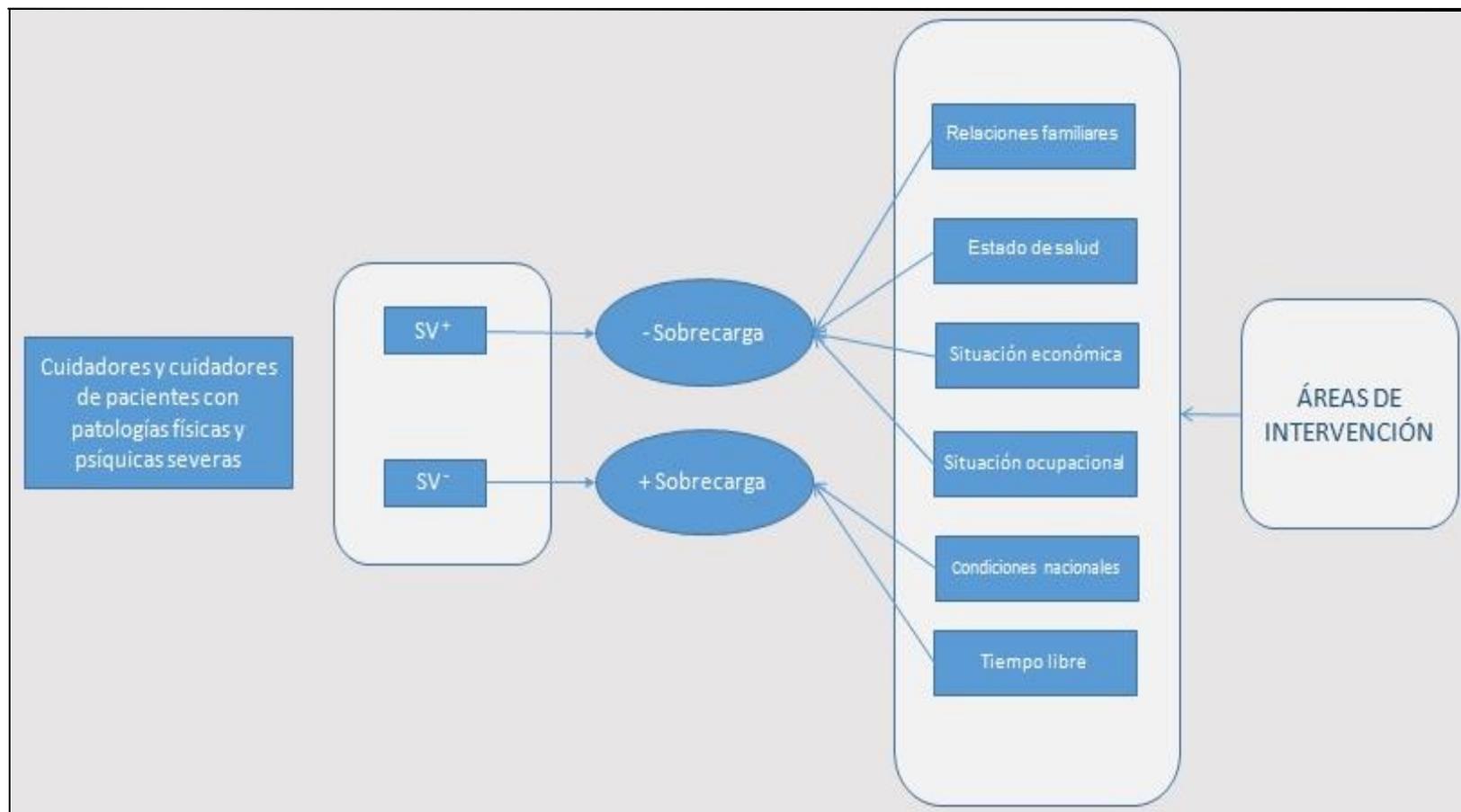


Ilustración 11: Modelo de análisis de bienestar subjetivo en la región del Bío-Bío. Fuente: elaboración propia, 2015

VII. VALIDACIÓN DEL MODELO

El presente modelo se someterá a la validación de expertos. Será analizado por medio de una comisión del Centro de Salud Familiar Lagunillas integrado por la directora del centro, el equipo de profesionales que están capacitados e insertos en la unidad de Salud Mental y los profesionales que entregan las prestaciones en la unidad de atención domiciliaria.

Una vez realizado este proceso, en primera instancia se integrarán los resultados en el plan de trabajo 2016 del Centro de Salud Familiar Lagunillas; para más tarde comenzar la replicabilidad. Los resultados nos han mostrado las áreas de mayor atingencia de ser intervenidas en los cuidadores de personas con patologías físicas y psíquicas severas tales como, relaciones familiares, estado de salud, situación económica, situación ocupacional.

VIII. CONCLUSIONES

Dimensionar los efectos que genera en las personas mantener el cuidado de un otro/a con características epidemiológicas severas como lo son usuarios en condición de postración por diagnósticos físicos o con trastornos mentales; es necesario comprender que el ejercicio de esta actividad infiere en variadas áreas de la vida del cuidador, tales como; tiempo libre, relaciones familiares, satisfacción económica, entre otros factores.

Los/las cuidadores de usuarios del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con dependencia severa perteneciente al Centro de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel presentan características que se condicen con la realidad nacional e internacional.

La variable género se tornó una característica relevante en el presente estudio, donde un 92% del universo (n=49) corresponden a cuidadoras mujeres versus un 8% cuidadores hombres. El sexo de los pacientes considera nuevamente a las mujeres con una prevalencia mayor al género masculino (69% versus 31% respectivamente).

Los cuidadores/as informales con el beneficio estatal de estipendio (37% del total de la población) que permite capear la vulnerabilidad social que presentan algunas de estas familias, generan impacto en el bienestar subjetivo de las personas que desarrollan éste rol. Los beneficios estatales no son las únicas carencias que manifiestan los cuidadores y cuidadoras, también se presenta un déficit en capacitación respecto a los cuidados que deben desarrollar diariamente, debido a que, estos cuidadores y cuidadoras no cuentan con los recursos para enfrentar situaciones estresantes y desempeñar de mejor forma un rol que implica una gran sobredemanda de tiempo. Lo anterior, expresa una desprotección de los cuidadores por parte del Estado en materia de políticas públicas.

Tras lo anterior, la relación de parentesco es una característica que alcanza niveles superiores a los esperados, debido a que un 100% de los/as cuidadores son personas que están unidas por un vínculo consanguíneo. Por tanto, es relevante, ya que, como se menciona en otros acápite, es la familia la principal proveedora de cuidados para las personas con capacidades diferentes. Los atributos de esta variable son: hijas 59,2% seguida por el 18,4% para madre, Esposa 10.2%, Esposo 6.1%, mientras que Nietas, Abuelas e Hijos alcanzan un 2% de la muestra.

El promedio de edad de los pacientes es de 64,4 años (DE 28,6), donde un 63% de la población se encuentra en un rango superior a los 60 años; ello indica una prevalencia contingente de población adulto mayor. En cambio para el caso de los cuidadores el promedio de edad es de 51,9 (DE 10,6) y un 69% de la muestra se encuentra en un rango entre los 21 y 60 años manifestando un prevalencia de población adulta a cargo de los cuidados de personas con discapacidad severa. El nivel socioeconómico de las familias se encuentra dentro de los dos primeros quintiles de ingresos, según cifras del plan de salud de la comuna de Coronel (2013). Por tanto, los niveles de Bienestar Subjetivo se ven alterado por factores de índole sociodemográfico que responden al sistema mesosocial. Junto con ello, las relaciones familiares se ven modificadas por la etapa del ciclo vital en el que desempeñan los cuidados de sus familiares y su situación económica es soslayada por el desarrollo de la actividad de cuidador/a, debido a la gran cantidad de tiempo que deben invertir en los cuidados cotidianos.

Respecto a los niveles de Bienestar Subjetivo de los/las cuidadores de usuarios del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa perteneciente al Centro de Salud Familiar Lagunillas de la comuna de Coronel, se observaron niveles de insatisfacción con la vida de un 49%, el 36% medianamente satisfechos/as y el 24% satisfechas/os con la vida según la sobrecarga que implica los cuidados de sus familiares.

Las cifras anteriores, nos muestran un elevado grado de insatisfacción con la vida según el grado de sobrecarga; lo cual ha sido corroborado por la prueba estadística correlación de Pearson donde se obtuvo $r=-.48$, $p<.01$ y una potencia de .97, lo cual nos indica la existencia de relación negativa media entre las variables, es decir a mayor niveles de satisfacción menor niveles de sobrecarga. Este hallazgo es relevante por las implicancias teóricas y prácticas. En cuanto, la evidencia teórica-empírica nos indica que los sujetos que poseen altos niveles de satisfacción con la vida son capaces de afrontar de mejor manera situaciones estresantes de la vida.

Por medio del instrumento que mide el bienestar subjetivo según áreas específicas (ver tabla 11), se han agrupado en: Totalmente de acuerdo = 7, Bastante de acuerdo = 6, Algo de acuerdo = 5, Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 4, Algo en desacuerdo = 3, Bastante en desacuerdo = 2, Totalmente en desacuerdo = 1; este instrumento nos mostró que la mayor insatisfacción de los cuidadores está contenida en sus *relaciones familiares* ($M=5,3$) que se deterioran por la mantención de los cuidados. Existe una alta insatisfacción respecto a su estado de salud actual que presentan los cuidadores ($M=4,4$) mostrando que el cansancio, malestar físico y psicológico afectan los niveles de Bienestar Subjetivo.

La ocupación y distribución del tiempo para los/las cuidadoras/es informales es un agente que influye en su propio bienestar, debido a que sus relaciones con amistades ($M=4$) son postergadas por los cuidados que deben mantener con sus familiares. La escala de bienestar subjetivo según áreas específicas cuenta con cinco ítems cuyas puntuaciones varían entre 1-7, donde los niveles de confiabilidad de la escala medidos a través del coeficiente Alfa de Cronbach es de .818 lo cual nos indica un elevado nivel de fiabilidad; las correlaciones ítem-total varían entre .817 y .914

Las brechas se acrecientan cuando cruzamos la variable niveles de satisfacción con la vida de los cuidadores según patologías del paciente, en donde

los familiares de pacientes con patologías mentales severas superan negativamente en la categoría a los cuidadores de pacientes con patologías físicas severas, respecto a la insatisfacción con la vida que presentan son un 64% discapacidad mental y 45% discapacidad física respectivamente; las patologías Físicas corresponden a Hipertensión arterial, Accidente cerebrovasculares, Diabetes Mellitus, Parkinson, Epilepsia, Parálisis Cerebral, hidrocefalia respondiendo a un total de 38 pacientes que corresponden al 77,6% y los cuadros de los pacientes de Salud mental corresponden a Demencia, Alzheimer, Retardo mental y Alcoholismo crónico responden a 11 pacientes equivalente al 22,4%.

Lo anterior, es relevante cuando observamos que el cuestionario Zarit condice con lo anteriormente expuesto. La sobrecarga que presentan estos cuidadores/as en esta comuna es intensa para ambos tipos de discapacidad, pero aquellos que presentan discapacidad mental Severa aumentan significativamente.

Para validar los datos anteriores, hemos utilizado dos pruebas estadísticas una que medirá entre bienestar subjetivo y sobrecarga (prueba t) y las diferencias que existen para los cuidadores respecto al bienestar subjetivo según la patología que presentan sus familiares (correlación de Pearson).

Al establecer si los/as cuidadores de pacientes con trastorno mental poseen mayor nivel de sobrecarga que los cuidadores de pacientes con discapacidad física, se estableció lo siguiente: los resultados según patologías de los familiares (físicas y mentales), los cuidadores de pacientes con trastornos mentales presentan una correlación negativa media alta $r=-.71$, $p<.05$; en cambio los cuidadores de pacientes con patologías físicas una correlación negativa media baja $r=-.41$, $p<.01$; lo que implica que sí existen diferencias en los niveles de bienestar subjetivo, según la patología que presenta su familiar.

Del mismo modo, al establecer si existen diferencias significativas en los niveles de satisfacción con la vida entre los cuidadores de pacientes con enfermedades Físicas y mentales se ha establecido lo siguiente:

Primero que todo, se revisaron y se cumplen los supuestos para aplicar la prueba t. Los resultados estadísticos que se observan fueron $t(47) = 1.132$, $p > .05$, $r = .41$ en consecuencia que no existen diferencias significativas en los niveles de satisfacción con la vida según patología del paciente, pero a un tamaño del efecto ($d = .5$), nos proporciona una potencia media, es decir a pesar que no existen diferencias significativas entre ambos grupos es aproximadamente del 9%.

Finalmente, La sobrecarga del cuidador comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas, afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional. Lo que nos conlleva a utilizar el instrumento Zarit como eje, debido a que es la herramienta más utilizada en el sistema de salud público en las áreas de salud mental (Atención primaria y secundaria de salud).

Para establecer causalidad en los dichos anteriores, hemos utilizado la prueba ANOVA con la finalidad de evidenciar que los niveles de satisfacción con la vida actúan como variable que determinan los valores en la escala de sobrecarga (Zarit). Los resultados nos indican $F(2, 48) = 5.00$, $p < .05$, en consecuencia los familiares que poseen menores niveles de satisfacción con la vida poseen mayores niveles de sobrecarga, y que, existen diferencias significativas entre los grupos.

Por consiguiente, hemos logrado determinar que el estado de los cuidadores se ha visto afectado por una multiplicidad de variables que son de índole socioculturales. Además es evidente que, aún nos encontramos con una división sexual del trabajo profunda como una dicotomía ordenadora en la

sociedad industrial, lo público productivo (hombre) y lo privado reproductivo (mujer).

Todo lo anterior, ha confluído en la generación de un modelo que nos responsabiliza como profesionales de la salud a buscar estrategias que insten a esta población a mejorar sus niveles de bienestar subjetivo, ya que, como hemos evidenciado es una población que se muestra altamente insatisfecha con su vida. Es por ello, que el equipo investigador propone la necesidad de instaurar al menos una Agrupación de Autoayuda para familiares de personas con discapacidades severas contemplando como guía a un profesional del equipo de Salud Mental. Los grupos de autoayuda son voluntarios y estructurados para la ayuda mutua; los cuales no dependen de un agente externo sino que son una instancia de autorregulación en base a sus propias necesidades.

Asimismo se sugiere, intervenciones a nivel individual para los cuidadores de personas con dependencia severa que contemple la aplicación del cuestionario de sobrecarga del cuidador no sea sólo un instrumento de ingreso al programa, sino que de seguimiento y monitoreo para el estado de salud mental de ellos. Debido a que la condición inicial evaluada al ingreso del programa, está propensa a tener modificaciones en el tiempo.

Finalmente, como toda problemática social hemos visto que no basta con incorporar soluciones a nivel individual, sino que son los estamentos elaboradores de las políticas públicas quienes no deben hacer caso omiso a un grupo de población vulnerable como son los cuidadores de personas con discapacidades físicas y psíquicas severas.

BIBLIOGRAFÍA

Abril, R., Cuba, M. Introducción a la Medicina Familiar. Acta médica peruana, 30, p. 1-35. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100006&lng=es&nrm=iso>

Abusleme, M.T., Arnold, M., González, F., Guajardo, G., Lagos, R., Massad, C., Sir, H., Thumala, D., Urquiza, A. (2014). Inclusión y Exclusión Social de las personas mayores en Chile. Santiago: Senama - Facso U. Chile - Flacso Chile, 2013. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor

Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala para medir la felicidad. Revista interamericana de Psicología, 40, p. 99-106.

Álvarez, M., De Montalvo, F. (2010) La familia ante la enfermedad. Familia y Sociedad, 4, p. 46.

Avello, M. Metuaze, A & Silva, M. (2012). *Nivel de bienestar subjetivo de los hogares de la comuna de San Pedro de la Paz* (Tesis inédita de pregrado) Universidad del Bío-Bío, Concepción, Chile.

Banco Mundial (2014). Índice de Gini. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>

Barrientos, J. (2005). Calidad de Vida. Bienestar Subjetivo: una mirada psicosocial. Universidad Diego Portales, Santiago, 23-30.

Boletín de Vigilancia en Salud de la República de Chile (2005). Objetivos sanitarios para la década del 2000 – 2010. Obtenido de <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>

Breinbauer, Hayo., Vásquez, Hugo., Mayanz, S., Guerra, C. & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*, 137, p. 657-665. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872009000500009.

Bronfenbrenner, U. (1987) *La ecología del desarrollo humano*. Paidós: Barcelona

Cabañero, M., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M., Reig, A. y Tosal, B. (2004), Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y púerperas. *Psicothema* 16, pág. 448-455.

Cámara de Diputados de Chile. (2012). Evaluación de la ley N° 20.422
Canto, M. (2008). *Gobernanza y participación ciudadana en las políticas públicas frente al reto del desarrollo*. Política y Cultura, 24, p. 9-37.

Cannobbio, L., Jeri, T. (2008) Estadísticas sobre las personas adultas mayores: un análisis de género - Informe Final. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Canto Chac, Manuel. (2008). Gobernanza y participación ciudadana en las políticas públicas frente al reto del desarrollo. *Política y cultura*, (30), 9-37. Obtenido en 26 de febrero de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422008000200002&lng=es&tlng=es.

Cid Ruzafa, J., Damián Moreno J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. *Revista Esp. Salud Pública*. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

Csikszentmihalyi, M. (2003). *Fluir. Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós

Cuadra, H., Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología*, p. 83-96.

Diener, E. (1994). *Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities*. *Social Indicators Research*, 31, p. 103-157.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., Griffin, S (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, p. 71-75.

Federación de ataxias de España (2008). Beneficios por Discapacidad. Obtenido de <http://www.fedaes.org/bol/bol73/beneficios.htm>

Gallego, R. (2004). Un concepto epistemológico de modelo para la didáctica de las ciencias experimentales. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 3, 301-319.

García, M. et al. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria* [online], 24, 4, 293-302. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000400006&lng=es&nrm=iso.

González F, Graz A, Pitiot D, Podestá J. (2004) Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. Revista del Hospital J. M. Ramos Mejías, 9, p. 1-22.

González, F., Massad, C., Lavanderos, F. (2010) Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor

Hernández., Fernández, & Baptista. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2004). Síntesis de Resultados Censo 2002 Región del Bío-Bío. Obtenido de http://www.inebiobio.cl/archivos/files/pdf/poblacion/Sintesis_de_resultados_Censo_2002.pdf

Jofre V, Mendoza S. (2005). Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. Ciencia y enfermería, 1, p. 37-49.

Mangini S. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. Revista Latino Americana Enfermagem, 12, p. 115-121.

Ministerio de Planificación y Cooperación (2009). Demanda de Cuidados en Personas dependiente por Hogar: Un Análisis de Género. Obtenido de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/genero/demanda-de-cuidados-en-personas-dependiente-por-hogar-un-analisis-de-genero.pdf>

Ministerio de planificación. (2010).Cómo se mide la pobreza? Encuesta CASEN. Obtenido de http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/preguntas_frecuentes.html#arriba

Ministerio de Salud. (2011). Guía clínica Auge Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Obtenido de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>.

Ministerio de Sanidad. (2013). Boletín Oficial del Estado. Obtenido de <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>

Ministerio de Salud. (2014). Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas. Obtenido de http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf

Minoletti, A., Zaccaria, A. (2012). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Recuperado de <http://www.eutimia.com/ops/Plan-de-salud-Mental-en-Chile.pdf>

Montorio, I., Fernández de Troncóniz, M., López, A., Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, 14, pág. 229-248.

Morgan Gerald, M. (2002). Modelos de intervención y la violencia intrafamiliar. En Morgan Gerald, M. (2002), *Genero y violencia* (pág. 39-72). Panamá: Poligráfica S.A. Recuperado de <http://bdigital.binal.ac.pa/DOC-MUJER/descarga.php?f=libros/generoyviolencia1.pdf>.

Mujica Chirinos, N. & Rincón González, S. (2011). Consideraciones teórico-epistémicas acerca del concepto de modelo. *Telos*, 13(1) 51-64. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99318408004>.

Navarro, J. (2011). Familia y discapacidad. Manual de intervención psicosocial. Obtenido de http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/688/702/M06GC13CR01_jng1.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername1=Cache-Control&blobheadername2=Expires&blobheadername3=Site&blobheadervalue1=no-store%2Cno-cache%2Cmust-revalidate&blobheadervalue2=0&blobheadervalue3=JCYL_ServiciosSociales&blobnocache=true

Organización mundial de la Salud. (2011). Agenda de investigación: Definiciones. Recuperado de <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/>

Pavez, P., Mena, L. & Vera-Villaruel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11, p. 369-380.

Podestá, J. (2001). Problematización de las políticas públicas desde la óptica regional. *Última Década*, 15, p. 163-175.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Chile. (2012). *Desarrollo Humano en Chile Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo*. Santiago: Andrea Palet y Pilar de Aguirre.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2011). Cuidados y dependencia en Chile, acciones y modelos de intervención. Obtenido de <http://www.previsionsocial.gob.cl/cu/wp-content/plugins/download-monitor/download.php?id=149>

Subsecretaria de redes asistenciales (2011). Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa. División de Atención Primaria, 1, p. 1-12.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.

Vera-Villaruel, P., Celis-Atenas, K. & Córdova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la Felicidad: análisis psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en población chilena. *Terapia Psicológica*, 29, p. 127-133.

IX. ANEXOS

a) Instrumento Bienestar Subjetivo

CUESTIONARIO

El Objetivo del presente cuestionario es conocer las nociones que determinan el bienestar subjetivo en cuidadores de pacientes postrados de la comuna de Coronel, resultados que más tarde darán origen a un modelo de análisis de Bienestar Subjetivo en la Región del Bío-Bío.

LE ROGAMOS RESPONDA A TODAS Y CADA UNA DE LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESTIONARIO.

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de variables, en donde se solicita a Usted conteste según corresponda, NO existen respuestas correctas e incorrectas. Donde debe marcar con una X según corresponda.

I. Escala de Satisfacción con la vida de Diener.

Más abajo hay cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una poniendo el número apropiado en la línea anterior al número de cada afirmación. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

Totalmente de acuerdo = 7 Bastante de acuerdo = 6 Algo de acuerdo = 5 Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 4 Algo en desacuerdo = 3 Bastante en desacuerdo = 2 Totalmente en desacuerdo = 1

a.	En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal	_____
b.	Mis condiciones de vida son excelentes	_____
c.	Estoy completamente satisfecho con mi vida.	_____
d.	Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.	_____
e.	Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida	_____

II. Satisfacción en áreas específicas

¿Cuán satisfecho está usted en este momento con....?

Su salud	_____
Su situación económica	_____
Su empleo u ocupación	_____
Sus relaciones familiares	_____
Sus amistades	_____
Su tiempo libre	_____
Las condiciones nacionales	_____

b) Cuestionario Zarit

CUESTIONARIO DE ZARIT ENTREVISTA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	
NOMBRE USUARIO:	RUT:
NOMBRE CUIDADOR:	RUT:
<p>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 qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.</p> <p style="text-align: center;">0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre</p>	
1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0 1 2 3 4
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0 1 2 3 4
3.- ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo familia)?	0 1 2 3 4
4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0 1 2 3 4
5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Vd. tiene con otros miembros de su familiar?	0 1 2 3 4
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0 1 2 3 4
8.- ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0 1 2 3 4
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0 1 2 3 4
15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0 1 2 3 4
16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0 1 2 3 4
17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0 1 2 3 4
18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0 1 2 3 4
19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0 1 2 3 4
20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0 1 2 3 4
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0 1 2 3 4
22.- Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4

d) Consentimiento informado pacientes.



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
Facultad de Educación y Humanidades
Magíster en Intervención Social

Carta de Consentimiento Informado

Folio

Estimado/a

Usted ha sido elegida para participar en una investigación sobre *las "nociones que determinan el bienestar subjetivo en cuidadores de pacientes postrados de la comuna de Coronel"*, trabajo que se desarrollará en el marco de cierre de Magíster en Intervención Social de la Universidad del Bío Bío.

Su colaboración consiste en responder dos instrumentos; entrevista de sobrecarga del cuidador y Escala de Satisfacción con la Vida.

Su participación en el estudio es voluntaria y las respuestas que usted proporcione serán completamente confidenciales y anónimas.

Usted no recibirá pago alguno por su participación, pero ésta tampoco le ocasionará gastos.

Si tiene preguntas respecto al estudio, puede comunicarse con el académico guía de nuestra Investigación y Responsable del estudio Sr. Fernando Farías Olavarría a los siguientes teléfonos: 41-3111015, 41-3111072. También puede dirigir sus consultas al correo electrónico ffarias@ubiobio.cl

Si usted está de acuerdo en participar libremente de esta investigación, le rogamos anotar su nombre y firmar esta carta. De lo contrario, no firme documento alguno y le agradecemos cordialmente el tiempo destinado. Una copia de la misma quedará en su poder

Acepto participar: Si
 No

NombreFirmaFecha

