



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Luengo Martínez, Carolina. Cuidados básicos del usuario postrado: factores del cuidador informal que influyen en su cumplimiento. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(6).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0501.php>



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS

**CUIDADOS BÁSICOS DEL USUARIO POSTRADO: FACTORES DEL
CUIDADOR INFORMAL QUE INFLUYEN EN SU CUMPLIMIENTO.**

ALUMNA TESIS: Sra. Carolina Luengo Martínez.

DIRECTORA DE TESIS: Sra. Gloria Araneda Pagliotti

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

CHILLÁN - CHILE

2008

Dedicatorias:

Dedico esta Tesis a Dios... Mi Amigo que nunca falla...

A mi Adorado Esposo su amor, comprensión, tolerancia y apoyo, hicieron posible que transformara este sueño en realidad, sin su ayuda nunca hubiese podido llegar al final.

A mi alegría de vivir, mi hijo... Facu... lo mejor que me ha pasado en la vida.

A mis Padres y hermana, siempre dispuestos a apoyarme y compartir mis logros, penas y alegrías

Agradecimientos:

A mi profesora guía Sra. Gloria Araneda P. por su ayuda y orientación.

A la profesora Sra. Pilar Rivera, por su incalculable apoyo y enseñanza.

A mi Madre, por incentivar en mí las ganas de ser mejor, de salir adelante, escuchar en silencio mis reclamos y saber darme la palabra de aliento justa.

A mi amiga Matty, siempre dispuesta a ayudarme cada vez que lo necesito.

A todos aquellos, que me ayudaron de diversos modos.

RESUMEN: CUIDADOS BÁSICOS DEL USUARIO POSTRADO: FACTORES DEL CUIDADOR INFORMAL QUE INFLUYEN EN SU CUMPLIMIENTO.

En la actualidad, se ha ido incrementando el número de personas que sufren de postración, las causas son diferentes y sus edades también; sólo una parte de los cuidados que requieren es proporcionada por los profesionales sanitarios, en la mayor parte de los casos están siendo atendidos en su entorno familiar y comunitario, resultando de ello, muchas veces, un cuidado inadecuado para el paciente postrado. El presente estudio tiene como objetivo identificar los factores del cuidador informal que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado, perteneciente al Centro de Salud San Ramón Nonato y Centro de Salud Familiar Ultraestación, ambos de la comuna de Chillán. Para ello se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, analítico, correlacional de corte transversal a un universo-muestra de 98 cuidadores informales. Los datos fueron recolectados a través de visitas domiciliarias, realizadas del 3 de diciembre del 2007 al 7 de enero del 2008, en las cuales se aplicó un cuestionario para conocer las características sociodemográficas y de salud del cuidador, un instrumento, validado estadísticamente y por revisión de expertos, para identificar el cumplimiento de los cuidados básicos al usuario postrado, ambos creados por la autora, además se utilizó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y la escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg. Los resultados se procesaron en el programa estadístico SPSS 15.

El estudio permitió determinar que la mayoría de los cuidadores informales de usuarios postrados, cumplen moderadamente los cuidados básicos que necesita el paciente, presentan una sobrecarga intensa y existe evidencia suficiente para afirmar que los factores del cuidador informal que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos son: la edad, escolaridad, tiempo a cargo del paciente y ECNT sin síntomas de ansiedad. El resto de las variables estudiadas no resultaron con significación estadística pero de su análisis se obtuvo información, que permitió conocer el perfil sociodemográfico y de salud del cuidador informal, que además concuerda con estudios nacionales e internacionales.

Palabras claves: Cuidados básicos, Cuidador Informal, Usuario Postrado.

SUMMARY: TAKEN CARE BASIC OF THE HUMBLER USER: FACTORS OF THE INFORMAL KEEPER THAT INFLUENCE HIS (HER, YOUR) FULFILLMENT.

At the present time, it has been increased the number of people who suffer of prostration, the causes are different and their ages also; only one part of the cares that they require is provided by the sanitary professionals, in most of the cases they are being taken care of in its familiar and communitarian surroundings, being from it, many times, an inadequate care for the postrado patient. Present study must like objective identify the factors of the caretaker informal that influence in the fulfillment of the basic cares of the postrado user, pertaining to the Center of Health San Ramon Nonato and Center of Familiar Health Ultraestación, both of the commune of Chillán. For it a study of cross section was made quantitative, descriptive, analytical, and corelational to universal-it shows of 98 informal caretakers. The data were collected through domiciliary visits, made of the 3 of December from the 2007 to the 7 of January of the 2008, in which a questionnaire was applied in order to know the sociodemográficas characteristics and health of the caretaker, an instrument, validated statistically and by revision of experts, to identify the fulfillment of the basic cares to the postrado user, both created by the author, in addition I am used the scale of overload of the caretaker of Zarit and the scale of Depression and Anxiety of Goldberg. The results were processed in statistical program SPSS 15.

Study allowed to determine that most of the informal caretakers of postrados users, they moderately fulfill the cares basic that the patient needs, present/display an intense overload and exists evidence sufficient to affirm that the factors of the informal caretaker that influence in the fulfillment of the basic cares they are: the age, schooling, time to position of patient and ECNT without anxiety symptoms. The rest of the studied variables was not with statistical meaning but from its analysis information, that was obtained it allowed to know the sociodemográfico profile and health of the informal caretaker, who in addition agrees with national and international studies.

Words keys: Taken care of basic, Informal caretaker, User Postrado.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I.- INTRODUCCION	1
II.- MARCO TEORICO	3
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
IV.- FUNDAMENTACION DEL ESTUDIO	14
V.- OBJETIVOS	16
1.Objetivos Generales	16
2. Objetivos Específicos	16
VI.- HIPOTESIS	18
VII.- VARIABLES	19
7.1 Variable Dependiente	19
7.2 Variable Independiente	19
7.3 Definición y Operacionalización de variables	20
VIII.- MATERIAL Y METODOS	24
8.1 Diseño Metodológico	24
8.2 Recolección de Datos	25
8.3 Análisis estadístico	33
8.4 Consideraciones Éticas	33
IX.- RESULTADOS	34

X.-	DISCUSION	60
XI.-	CONCLUSION	66
XII.-	SUGERENCIAS	68
XIII.-	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	70
XIV.-	ANEXOS	74
	ANEXO 1	75
	“Instrumento para determinar el cumplimiento de las indicaciones de cuidados básicos primordiales del usuario postrado”	
	ANEXO 2	78
	“Cuestionario para determinar las principales características Sociodemográficas del cuidador principal de usuario postrados”	
	ANEXO 3	83
	“Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”.	
	ANEXO 4	84
	“Escala de ansiedad y depresión de Goldberg”.	
	ANEXO 5	86
	“Figuras”.	

INDICE DE FIGURAS

CONTENIDO	PAGINA
Figura N°1	
Numero de cuidadores de usuarios postrados según proporción de respuestas adecuadamente contestadas.	27
Figura N°2	
Distribución de los puntos de corte asignados a los cuidadores de pacientes postrados según proporción de respuestas adecuadamente contestadas.	29
Figura N°3	
Cumplimiento de cuidados básicos al usuario postrado según edad del cuidador.	37
Figura N °4	
Análisis de correspondencia simple entre cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado y edad del cuidador.	39
Figura N°5	
Cumplimiento de cuidados básicos al usuario postrado según escolaridad del cuidador.	42
Figura N°6	
Análisis de correspondencia simple entre el cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado y escolaridad del cuidador.	44
Figura N°7	
Cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado según tiempo a cargo del cuidador.	48
Figura N°8	
Análisis de correspondencia simple entre cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado y tiempo a cargo del cuidador.	50

Figura N °9

Cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado según patología crónica no transmisible de su cuidador clasificados por síntomas de ansiedad. 55

Figura N° 10

Porcentaje de cuidadores de un usuario postrado según cumplimiento de sus cuidados básicos. 86

Figura N° 11

Porcentaje de cuidadores según nivel de carga en el cuidado del postrado. 87

Figura N° 12

Cumplimiento de cuidados básicos al usuario postrado según sexo del cuidador. 87

Figura N° 13

Cumplimiento de cuidados básicos al usuario postrado según condición de pareja del cuidador. 88

Figura N° 14

Cumplimiento de cuidados básicos al usuario postrado según ingresos económicos del cuidador. 88

Figura N °15

Cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado según parentesco con el cuidador. 89

Figura N° 16

Cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado según tiempo de dedicación diaria del cuidador. 89

Figura N °17

Cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado según síntomas de ansiedad del cuidador. 90

Figura N°18

Cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado según sintomatología depresiva en el cuidador. 90

Figura N°19

Cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado según patología crónica no transmisible del cuidador. 91

Figura N°20

Cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado según patología crónica no transmisible de su cuidador clasificados por sintomatología depresiva. 91

Figura N°21

Cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado según presencia de capacitación formal del cuidador en cuidados básicos. 92

Figura N°22

Cumplimiento de cuidados básicos del usuario postrado según apoyo de instituciones formales y/o informales hacia el cuidador. 92

INDICE DE CUADROS Y TABLAS

CONTENIDO	PAGINA
Cuadro N°1	
Distribución percentilar de las proporciones de respuestas correctas respecto a los cuidados básicos del usuario postrado.	28
Tabla N°1	
Porcentaje de cuidadores según cumplimiento de cuidados básicos al usuario postrado.	34
Tabla N°2	
Porcentaje de cuidadores según nivel de carga en cuidado del postrado.	35
Tabla N°3	
Cumplimiento de cuidados básicos al usuario postrado según nivel de carga del cuidador.	35
Tabla N°4	
Cumplimiento de cuidados básicos al usuario postrado según edad del cuidador	36
Tabla N°5	
Análisis de correspondencia de edad y cumplimiento de cuidados básicos.	38
Tabla N°6	
Cumplimiento de cuidados básicos según sexo del cuidador.	40
Tabla N°7	
Cumplimiento de cuidados básicos según nivel de escolaridad del cuidador	41

Tabla N °8	
Análisis de correspondencia de escolaridad y cumplimiento de cuidados básico	43
Tabla N°9	
Cumplimiento de cuidados básicos según condición de pareja del cuidador.	45
Tabla N°10	
Cumplimiento de cuidados básicos según ingresos económicos del cuidador	45
Tabla N°11	
Cumplimiento de cuidados básicos según parentesco con el cuidador.	46
Tabla N°12	
Cumplimiento de cuidados básicos según tiempo a cargo del cuidador.	47
Tabla N°13	
Análisis de correspondencia de tiempo a cargo y cumplimiento de cuidados básicos.	49
Tabla N°14	
Cumplimiento de cuidados básicos según tiempo de dedicación diaria del cuidador.	51
Tabla N°15	
Cumplimiento de cuidados básicos según síntomas de ansiedad del cuidador.	51
Tabla N °16	
Cumplimiento de cuidados básicos según sintomatología depresiva en el cuidador.	52

Tabla N°17	
Cumplimiento de cuidados básicos según patología crónica no transmisible del cuidador.	53
Tabla N°18	
Cumplimiento de cuidados básicos según patología crónica no transmisible clasificados por presencia y ausencia de síntomas de ansiedad.	54
Tabla N°19	
Cumplimiento de cuidados básicos según patología crónica no transmisible clasificados por presencia y ausencia de síntomas de depresión.	56
Tabla N°20	
Cumplimiento de cuidados básicos según presencia de capacitación formal del cuidador en cuidados básicos.	57
Tabla N°21	
Cumplimiento de cuidados básicos según apoyo de instituciones formales y/o informales hacia el cuidador.	57
Tabla N°22	
Origen del apoyo entregado al cuidador informal de usuarios postrados.	58
Tabla N°23	
Tipo de apoyo entregado al cuidador informal de usuarios postrados.	59

I. INTRODUCCIÓN.

La sociedad actual está viviendo un cambio en el perfil demográfico; el aumento de la esperanza de vida, junto con la disminución de las tasas de fecundidad está provocando la inversión de las pirámides poblacionales; se estima que en Chile para el período 2005-2010, los hombres vivirán un promedio de 75,49 años y las mujeres 81,53 años. En 1992 en Chile las personas mayores de 60 años constituían el 9,8 % de la población; en el 2002 este porcentaje subió al 11,4 (Instituto Nacional de Estadística, 2002). Este es un fenómeno global, que en América Latina al igual que en Chile, comienza a partir del siglo recién pasado. Por otro lado también hay un cambio en el perfil epidemiológico: las principales causas de mortalidad están encabezadas por las enfermedades cardiovasculares, tumores y traumatismos; en Chile los índices de discapacidad han ido creciendo, es así como el 12,9% de la población chilena vive con alguna discapacidad y de ellos el 2,5% tienen una discapacidad severa (Instituto Nacional de Estadística, 2002). Esta dependencia tiene diferentes causas y puede afectar a los distintos grupos etáreos; puede ser que un postrado sea adulto o niño; lo que originará diferentes situaciones, tanto para quienes la viven como para quienes cuidan (Yanguas & Pérez., 2001).

Este aumento creciente de individuos con dependencia severa o postrados, ha generado un incremento en la demanda de las atenciones sanitarias, las cuales se han ido desplazando al ámbito extra hospitalario, destacándose la importancia de la atención domiciliaria y apareciendo la figura del cuidador informal (García y cols., 2004).

Las tareas de cuidado de una persona dependiente requieren de una asistencia oportuna y confiable, el cuidador debe conocer al usuario postrado, teniendo una visión clara de sus deseos y necesidades (Cádiz & Morales, 2006). Los usuarios postrados presentan necesidades que constituyen la base de su cuidado: alimentación, eliminación, reposo y sueño, higiene y confort, movilización, estimulación, las cuales le aseguran un mínimo de bienestar; si no se vela por este cumplimiento, el paciente sufrirá, ya que los problemas se agudizarán y se irá deteriorando cada vez más (Villalobos y cols., 2006).

Se ha documentado de forma reiterada que los cuidadores de pacientes

postrados pueden presentar, a lo largo del prolongado tiempo en que atienden sus necesidades, diferentes problemas de salud; aún más, se pueden encontrar en los cuidadores alteraciones psicológicas, sociales, etc., todas ellas dependientes de la carga que supone dicha atención (Montorio y cols., 1998), lo que incide negativamente en el cumplimiento de los cuidados básicos que se les debe proporcionar a los pacientes, pero además del nivel de carga no se ha documentado qué otros factores pudiesen estar interviniendo con el adecuado cumplimiento de los cuidados básicos, ya que, a pesar del apoyo al cuidado domiciliario establecido formalmente en los lineamientos estratégicos ministeriales a partir del 2006, que pretende mejorar el cuidado y la calidad de vida de las personas con postración severa y de su entorno familiar, apoyando particularmente a los cuidadores familiares, (Minsal, 2006), vemos en la realidad un paciente postrado que no recibe los cuidados óptimos y un cuidador con un gran peligro de desbordamiento y agotamiento de sus recursos.

II. MARCO TEÓRICO.

En los últimos 20 años se ha podido observar algunos cambios en las tendencias demográficas y epidemiológicas en las sociedades occidentales (Alvarado, 2007): el aumento de la esperanza de vida, la reducción progresiva de la mortalidad, debido al desarrollo socioeconómico y a una optimización en las condiciones sanitarias, junto con la disminución de las tasas de fecundidad, ha conducido a un progresivo envejecimiento de la población (Rodríguez y cols., 2006), (Yanguas & Pérez, 2001), lo cual evidencia un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas; estas últimas, a su vez, presentan un verdadero problema de salud pública en los contextos nacional e internacional (Alvarado, 2007). Todos estos cambios poblacionales, han acrecentado el número de personas con dependencia severa o postración, lo que dificulta o imposibilita el acceso de estos, al centro de salud, con la consiguiente demanda de ayuda médica, social y familiar en su domicilio, (Seira, Aller, Calvo, 2002). Sólo en la Provincia de Ñuble existían a diciembre del 2006, 674 usuarios con dependencia severa (Instituto Nacional de Estadística). Dependiente severo es una persona muy dañada, con algún daño físico y/o psíquico importante, dependiente absoluto, incapacitado para realizar sus actividades, necesitando de otra para que los auxilie (Cádiz & Morales, 2006). La dependencia severa se caracteriza por su multidimensionalidad, multicausalidad y multifuncionalidad, afecta a los distintos grupos etáreos; puede ser que un postrado esté al final de la vida o bien que esté al comienzo de ésta; las situaciones serán diferentes, tanto para quienes la viven como para quienes cuidan (Yanguas & Pérez, 2001). Diversas investigaciones confirman que los principales proveedores de cuidados a los pacientes postrados, corresponden en su mayor medida a la familia y al sistema doméstico. Esta situación genera importantes cambios en la estructura familiar, como en los roles y los hábitos (Ubierno y cols., 2005). En América Latina se ha observado que las personas que tienen un familiar con enfermedad crónica tienen la obligación de desempeñarse como cuidadores, pero no cuentan con la orientación requerida (Pinto y cols., 2005). Pero no todos, en el núcleo familiar, ejercen los cuidados del paciente, por lo general aparece la disposición de uno de los miembros como cuidador informal, sin que se haya llegado a ello

por un acuerdo explícito entre los miembros de la familia (Dueñas y cols., 2006); (García y cols., 2004); (Yanguas & Pérez, 2001). El cuidador informal es la persona que asume la responsabilidad total en la atención, asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Peón, 2004); (Marco, 2004). Este cuidador asume el compromiso del cuidado del usuario postrado, participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad (Pinto, y cols. 2005), se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional, de manera permanente y comprometida (Venegas, 2006). Se caracteriza por algunos rasgos esenciales: no es institucional, no es remunerado, relacionado generalmente por parentesco con el paciente; estas condiciones determinan su invisibilidad y su no reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias; en ocasiones estos cuidados informales son proporcionados también por amigos, vecinos, compañeros de trabajo u otras personas (Quero y cols., 2004). En diversos estudios nacionales e internacionales se ha identificado el perfil general del cuidador informal; siendo, en su mayoría mujeres en un 72%; el 23% de ellas son esposas, el 29% hijas y el 20% restante incluye nueras, nietas y otros familiares y no familiares (Burke & Walsh, 1998). La edad promedio es de 45 a 65 años, en su mayoría mujeres de edad intermedia, menores que el receptor del cuidado, algunas empleadas y otras amas de casa, con niveles de educación y socioeconómicos heterogéneos (Pinto y cols 2005); la mayoría de las cuidadoras suelen tener bajo nivel de estudios y origen social modesto (Montorio y coes., 1998); (Durán, 2004). La proporción de hombres que cuidan es sustancialmente menor, tan sólo el 17% de los cuidadores son hombres, generalmente maridos, con una edad media de 65 años, retirados (45%) o trabajando fuera de la casa (42%) (Zabalegui y cols., 2004). El tiempo medio del cuidado diario es de 4 a 5 horas al día los siete días de la semana (Montorio y coes., 1998); (Durán, 2004). Cuando estos pacientes son de cuidado, se requiere la presencia del cuidador las 24 hrs. del día en un estado de alerta constante y de preocupación frente a cualquier suceso (Cádiz & Morales, 2006). Los cuidadores, por dedicarse la mayor parte del tiempo a la labor del cuidado ven menoscabada su calidad de

vida (Garrido y cols., 2005). Estudios Colombianos determinaron que presentan estados civiles variados (Pinto y cols., 2005) y Españoles indican que el 74% de las cuidadoras estaban casadas, el 100% de los cuidadores estuvieron a cargo del paciente más de 6 meses al año, tiempo que coincide tanto en estudios españoles, chilenos y colombianos y sólo un 16% de los cuidadores compagina sus labores de cuidador con el trabajo fuera del domicilio (Seira, Aller, Calvo, 2002); (Pinto y cols., 2005). Estudios nacionales han determinado que el 75,41% de los cuidadores informales carecen de ingresos económicos propios, lo que dificulta aún más el cuidado del paciente postrado (Méndez y cols.2005), y que un 62% tenía algún ingreso económico de diversos orígenes el que en muchas ocasiones era insuficiente para las necesidades del paciente, lo que produce conflicto de prioridades en el cuidador informal (Muñoz, Novoa y cols. 2004). Cuidar a un paciente postrado implica una dedicación importante de tiempo y de energía, siendo identificado como uno de los eventos más estresante que se dan en el ciclo familiar y para el que se han identificado diferentes y diversas consecuencias. Las condiciones en que se desarrollan estos cuidados no son, en muchas ocasiones, las más adecuadas, implican tareas que pueden no ser cómodas ni agradables (Yanguas & Pérez, 2001), las consecuencias para el cuidador de atender a una persona con algún grado de dependencia han sido estudiadas ya desde los años cincuenta, en un principio el único interés era evaluar la viabilidad de mantener pacientes psiquiátricos en la comunidad (Martínez y cols, 1997). Acuñándose el término de “carga” ya desde principios de los años setenta, para determinar las repercusiones del cuidado de las personas dependientes severas en la familia (Montorio y cols., 1998). Dicha carga repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones sociales, el desarrollo personal y del tiempo libre, la economía familiar, (Martínez y cols., 1997). La salud mental se ve fuertemente afectada tanto por alteraciones en la vida sexual, mayor desinterés por su entorno como por trastornos emocionales; un 33% de los cuidadores informales se encuentra en tratamiento por problemas relacionados con al salud mental (Ballester y cols., 2006). Estas áreas se agrupan en dos grandes dimensiones: carga objetiva y carga subjetiva, (Martínez y cols., 1997). La carga objetiva, puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito

doméstico y de la vida de los cuidadores, que son potencialmente observables y verificables; se refieren directamente a las tareas que debe asumir la cuidadora, en especial al tiempo de dedicación de los cuidados o dinero invertido; en el sentido más amplio del término a las demandas a las que está expuesta la cuidadora por el hecho de cuidar a una persona dependiente (Argimón, Limón y Abós, 2003). Mientras que la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva (Montorio y cols., 1998). La carga subjetiva, se encuentra determinada por algunos indicadores como: las características de la enfermedad, problemas conductuales del paciente, necesidades asistenciales en la vida diaria, edad, sexo del paciente, redes sociales y familiares, duración de la enfermedad, así como las características personales del cuidador, entre otras (Peón, 2004), (Martínez y cols., 1997). Un estudio realizado en España en el 2005 revela que el 76% de los pacientes presentaban una enfermedad crónica, el 21% tenían demencia y 3% eran terminales, lo que incrementa las cargas percibidas por los cuidadores; este elevado porcentaje de enfermedad crónica refleja el progresivo envejecimiento de la población y conlleva una mayor probabilidad de padecer alguna dependencia e incapacidad (Ubierno y cols. 2005). Los sentimientos que les suelen abordar son: pena, culpa, enojo, rabia, vergüenza, impotencia, soledad, inseguridad, frustración, resentimiento y las principales alteraciones afectivas: trastorno del sueño, depresión, ansiedad (Villalobos y cols., 2006). Investigaciones han determinado que, independiente de la relación del cuidador con el paciente, todos perciben algún nivel de carga y que en general la carga percibida por los cuidadores suele ubicarse en niveles moderados o severos (Mendoza y cols., 2005). Si el afrontamiento de dichas cargas no es el adecuado, con posibilidad de ayudas y respiros, pueden surgir situaciones de riesgo para el cuidador y su entorno, desarrollándose de este modo en él, una serie de alteraciones personales, psíquicas, sociales y físicas, que repercuten tanto en su vida personal como familiar, conocidas como el “síndrome del cuidador” o “Burn-Out”, descrito en Estados Unidos en 1974 (Rodríguez, 2005), (Lara, Díaz, Herrera, Silveira, 2001), (Schavelzon, 2004), el cual, de no ser pesquisado y atendido oportunamente por los profesionales sanitarios repercutirá, tarde o temprano, directamente en el paciente postrado

ya que es frecuente que en algún momento, el cuidador se sienta superado en sus capacidades e incapaz de afrontar los cuidados necesarios que el paciente requiere (Seira, Aller, Calvo, 2002). Es así como estudios Norteamericanos creen que entre el 5 y el 25% de los cuidadores maltratan físicamente. Se cree que este maltrato es consecuencia del estrés provocado por las responsabilidades de este trabajo (Franqueza, 2003). Un problema es que este síndrome presenta dificultades para su reconocimiento y en especial para su autodiagnóstico, lo que dificulta el tratamiento adecuado, (Schavelzon, 2004).

Se evidencia, por lo tanto, que distintas son las variables del cuidador, que van influenciando el adecuado cumplimiento de los cuidados básicos que deben ser otorgados al usuario postrado. Aunque las áreas en las que se prestan cuidados y las tareas implicadas dependen de cada situación particular, las más frecuentes observadas son: ayudar a la persona que cuida en la eliminación, vestuario, higiene personal, movilización, administración de medicamentos, colaboración en las tareas de enfermería, ayuda en las actividades de la casa, ayuda para la administración del dinero y los bienes, resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado, hacer muchas pequeñas cosas (ejemplo: llevar un vaso de agua, asistir en la alimentación, etc.), (Marco, 2004), (Rodríguez y cols., 2005). Es en base a estas observaciones, que se han definido cinco clases de cuidados familiares, cuatro (anticipatorio, preventivo, supervisor e instrumental), responden al grado de discapacidad, mientras que la quinta (protectora) es una respuesta a las necesidades emocionales y se extiende durante todo el período de los cuidados (Burke & Walsh, 1998). Esta investigación se apoyará en la filosofía de las necesidades humanas básicas según Henderson, quien identifica 14 de ellas. De acuerdo a lo planteado por Henderson en la normalidad, estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas, pero cuando esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud, es entonces cuando el Cuidador Informal, se hace imprescindible para cubrir dichos requerimientos y para satisfacer dichas necesidades debe poseer los conocimientos suficientes para ello (Jiménez y cols., 2004), considerándose entonces las siguientes necesidades:

Alimentación, esta es una de las necesidades más básicas del ser humano, si no comemos no sobrevivimos, la hora de la comida suele ser uno de los momentos de agrado del paciente, se debe ofrecer entre 5 ó 6 comidas pequeñas en lugar de tres comidas grandes, cada uno de los grupos de alimentos deben estar presentes diariamente en la alimentación, los líquidos deben administrarse en pequeñas cantidades, la cantidad diaria fluctúa entre 1,5 y 2 litros o 6 a 8 vasos. Se recomienda restringir el líquido después de la cena para disminuir la orina durante la noche. El consumo de comidas saludables y balanceadas es importante en las personas que se están recuperando de una enfermedad, cuando una persona tiene que comer en cama, la hora de las comidas y la cantidad puede variar. Probablemente, sus comidas sean a la misma hora debido a los horarios de ciertas medicinas (Villalobos y cols., 2006), (Cádiz & Morales, 2006), (Ricker, Bev).

Eliminación, la incontinencia urinaria y fecal son frecuentes en las personas que han perdido la movilidad y se encuentran postradas; los pañales desechables permiten a las personas efectuar estas necesidades cuando son incontrolables y son necesarios para su protección y comodidad. Es indispensable mantener un buen funcionamiento de los riñones, evitando las infecciones urinarias y facilitar la digestión, esto se logra en gran medida con ingerir bastante agua y movilizando en forma activa o pasiva, al usuario postrado con ejercicios abdominales. Por otro lado, se debe sugerir al paciente que elimine con frecuencia y en forma programada cada 3 o 4 hrs. (Cádiz & Morales, 2006), (Ricker, Bev), (Villalobos y cols., 2006). *Reposo y Sueño*, el sueño es necesario para la persona ya que permite recuperarse de la fatiga del día, es necesario tener en cuenta que aunque la persona esté en cama, gasta energías; es importante enseñar a relajarse a la persona para conciliar el sueño, tratar que no duerma mucho durante el día, evitar los líquidos en horas cercanas al momento de dormir, la última comida debe ser temprano y manteniendo la posición semisentada o sentada una o dos horas antes de dormir (Villalobos y cols., 2006). *Higiene y Confort*, el aseo del usuario postrado es algo elemental, pues de ello dependerán su comodidad y buen estado de ánimo, indispensables para su bienestar, el aseo puede evitar infecciones en la piel, elimina la suciedad del cuerpo, da bienestar y comodidad, darse un baño puede resultar una actividad agradable, estimula la circulación, elimina olores

desagradables, es además una instancia de estimulación psicológica. Es recomendable aseo matinal diario y baño en cama, lavado de pelo, con cambio de sábanas una vez a la semana o cada vez que sea necesario, dependiendo del estado de la persona y de las condiciones climáticas. La higiene bucal debe constituir una rutina al igual que la prevención de úlceras por presión. Por otro lado el dormitorio se transforma en el mundo de la persona postrada. Son las 24 hrs. del día que permanece en una cama u ocasionalmente en una silla de rueda, es el espacio del dormitorio, todo el espacio que ve. Por lo tanto, es un espacio del que el cuidador debe preocuparse en forma especial. La habitación debe ser tranquila, iluminada, aireada, con temperatura agradable, debe mantenerse limpia y en orden al igual que las condiciones de la cama (Cádiz & Morales, 2006), (Ricker, Bev), (Villalobos y cols., 2006). *Movilidad*, el movimiento es esencial para la salud de la persona postrada, para prevenir la aparición de los distintos problemas que acarrea la inmovilidad tanto físicos como psicológicos, es fundamental asegurar una movilidad diaria y cambios de posiciones cada 2 horas. El cuidador debe promover la prevención de accidentes tanto en el postrado como en él mismo que puedan originar las movilizaciones. *Estimulación*, la persona postrada debe usar la atención, memoria, imaginación y el lenguaje; esto favorecerá su estado de ánimo y su capacidad mental, es por esto que entre los cuidados otorgados al usuario postrado deben estar contempladas actividades que impliquen los aspectos señalados (Cádiz & Morales., 2006), (Ricker, Bev), (Villalobos y cols., 2006). *Administración de Medicamentos*, el cuidador generalmente debe ayudar al usuario postrado con sus medicamentos, retirar los medicamentos de la farmacia y asegurarse que la persona tome el medicamento apropiado en el momento apropiado, por lo que el cuidador debe tener muy claro la dosis, el horario, la vía de administración y el uso del fármaco, evitando al máximo los errores al consumir medicamentos, (Cádiz & Morales., 2006), (Ricker, Bev), (Villalobos y cols., 2006). Todos los anteriores, constituyen los cuidados básicos, que toda familia debe proveer a su familiar postrado para asegurar un mínimo bienestar y que el equipo de salud debe no sólo indicar sino que enseñar y velar por su cumplimiento (Villalobos y cols., 2006), (Cádiz & Morales, 2006). Si se cumple con estas necesidades, no se revertirá el deterioro, pero sí se logrará que el usuario postrado esté tranquilo y tenga una

buena calidad de vida (Villalobos y cols., 2006).

El cuidar de un familiar que es dependiente cambia la dinámica de los seres humanos, porque los enfrenta a la imposición de nuevas metas que además son inesperadas, y que afectan las satisfacciones personales tanto en lo psicosocial como en lo económico (Venegas, 2006). El cuidado, por tanto, es una actividad muy compleja que exige mucha entrega, es una actividad en la que suele darse más de lo que se recibe y suele ser una actividad que no se ha previsto y para la que no se ha sido preparado previamente (Franqueza, 2003), lo que repercute no sólo en el inadecuado cumplimiento de los cuidados básicos a los usuarios postrados sino que además, produce una modificación de los umbrales de percepción del sufrimiento y del dolor del enfermo a su cuidado (Dueñas y cols., 2006), lo que se revierte en una institucionalización temprana o en riesgo de maltrato físico o psíquico del paciente (Peón, 2004). Los profesionales sanitarios tienden a centrar la atención en la persona enferma, sin tener en cuenta los problemas que surgen en el entorno familiar, no llegando muchas veces ni a sospecharlos; la familia es un elemento frecuentemente olvidado o tenido en cuenta, sólo de manera parcial. Sin embargo, es importante reconocer que es también la familia, no sólo el paciente, quién sufre de la enfermedad. Por ello al valorar las necesidades de un paciente postrado, también deben determinarse las necesidades del resto de los miembros de la familia y apoyar al más afectado, que en muchos casos es el cuidador informal (Seira, Aller, Calvo, 2002). El cuidador cumplirá satisfactoriamente su tarea sólo si mantiene su plenitud personal, su salud física y psíquica, siendo capaz de delegar parte de la atención, buscar un espacio personal que permita dedicarse tiempo, mantener un régimen de vida normalizado, enfrentarse a situaciones con más naturalidad y no dejarse envolver por la dependencia del postrado a su cuidado. Estudios internacionales han intentado definir los problemas más frecuentes de los cuidadores, lo que ha sido de gran ayuda para orientar al equipo de salud. Entre estos, se encuentran: la deficiente ayuda de parte de familiares, tiempo limitado de descanso y ocio, problemas económicos, insatisfacción de las necesidades propias, conflictos familiares, pérdida de relaciones sociales, dificultades laborales, desconocimiento de la enfermedad y su manejo, problemas conyugales, alimentarse mal (Villalobos y cols., 2006). Se puede

apreciar que la gama de efectos que el cuidado tiene en el cuidador es amplia; el equipo de salud debe tener claro que no será posible resolver en el corto plazo la cantidad de problemas que emergerán, pero es trascendental el apoyo que se le pueda dar al cuidador, el equipo de salud puede intervenir reduciendo la carga objetiva, a través de la entrega de conocimientos técnicos que permitirán mejorar la eficiencia del cuidado, un cuidador informal que presente algún conocimiento en cuidados del usuario postrado, realizará esta tarea de manera mas adecuada. La carga subjetiva, brindando reconocimiento al cuidador, permitir que el cuidador relate su experiencia de cuidado y exprese sus vivencias y sentimientos (Villalobos y cols., 2006). Este apoyo evitará considerablemente el desarrollo del síndrome del cuidador, lo que contribuirá no sólo a mantener su salud, sino que también a un mejor cumplimiento de los cuidados básicos del paciente postrado. Pero en nuestro sistema de salud el cuidador es desconocido, no se le tiene en cuenta o se considera que no sabe, y no se han generado mecanismos sólidos y colectivos para apoyarlo en su responsabilidad. De forma paradójica, cada día con mayor frecuencia, el cuidador recibe nuevas delegaciones para las cuales no está capacitado. Se le entrega un familiar enfermo o limitado, porque el costo institucional de hospitalización es muy alto o porque no existen servicios adecuados y suficientes de cuidado a largo plazo, y el cuidador debe llevar a esta persona al hogar sin saber qué sucederá. Aunque en los últimos tiempos se ha fortalecido el cuidado en el hogar, falta un gran camino por recorrer. Los recursos de soporte (pensiones, atención primaria, centros hospitalarios, residencias y soporte domiciliario), se hacen insuficientes ante esta nueva demanda de atenciones. En general los estudios revisados indicaron, cómo los recursos existentes no satisfacen las necesidades de los cuidadores. Estudios españoles indican que los cuidadores informales confiesan su escasa confianza en los recursos formales, incluso escogiendo el soporte informal frente al formal en caso que se les hiciera escoger (Zabalegui, 2004). Estos mismos estudios señalan que las intervenciones de profesionales para apoyar a los cuidadores varían, pero las más comunes son los programas educativos; otros menos frecuentes son las llamadas telefónicas de seguimiento, grupos de autoayuda, grupos de apoyo. En general, la efectividad de estas intervenciones relacionándolas con el nivel de estrés, sobrecarga o calidad de vida se mostró

escasa o tuvieron beneficios a corto plazo (Zabalegui y cols., 2004). De acuerdo a lo que los mismos cuidadores expresaron en estos estudios, necesitan recursos accesibles, variados y flexibles, además de conocimientos sobre cómo cuidar a los pacientes y sobre cómo prevenir y tratar el estrés. Pero otros estudios españoles que identificaron la efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis, determinaron que existía un déficit de conocimientos en los cuidadores antes de la información entregada, principalmente en los aspectos farmacológicos, como en los aspectos básicos del cuidado y dieta (Bañobre y cols., 2005) aumentando estos significativamente después de la intervención educativa. Por otro lado los cambios en la estructura y formas de vida familiar, en que hay nuevos modelos de familia y la creciente incorporación de la mujer a la vida laboral, hacen tambalear esta red de cuidados informales, la disponibilidad futura de cuidadores es incierta (Rodríguez y cols., 2006). Estudios españoles reflejan que de acuerdo a la realidad y tendencia poblacional, los mayores españoles necesitarán más atención de sus familias y de la sociedad. Los cambios que se están produciendo en esos dos niveles podrán repercutir de forma importante en la esfera del cuidador informal. En España actualmente, por cada mayor dependiente hay 2,2 mujeres inactivas entre 40 y 65 años. Sin embargo, se prevé que esta relación se invierta en un período de corto tiempo, hasta llegar a una razón de una cuidadora por cada persona mayor. (Zabalegui y cols., 2004). Esto refleja la creciente importancia de la atención domiciliaria y en especial del profesional de enfermería, el papel de enfermería es básico para proporcionar un soporte integral a las personas con dependencia y sus cuidadores a fin de promover la permanencia en el hogar de la persona con dependencia, procurando el mantenimiento de su autonomía personal, así como prestar un soporte integral y de forma continuada a la familia, concretamente al cuidador informal, y también mejorar la eficacia de los recursos asistenciales destinados a la atención de personas con dependencias y establecer conexiones entre recursos formales e informales (Ubierno y cols. 2005). Es por eso que la planificación social y sanitaria debe realizarse tomando en consideración a la familia y a toda esta red de cuidados informales, de tal modo de fortalecer las destrezas y habilidades de los cuidadores informales, con el ánimo de que la interacción con la persona que cuida sea de

un mutuo crecimiento, de esta forma crecen tanto el que es cuidado como el proveedor del cuidado.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existe una relación significativa entre las características sociodemográficas y de salud, el nivel de carga, el tiempo a cargo y de dedicación diaria, el apoyo recibido y la capacitación del cuidador informal con el adecuado cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado?

Hay muchas personas que sufren de postración, por diferentes causas y a distintas edades. De los cuidados que requieren, sólo una parte, es proporcionada por los profesionales sanitarios, la mayoría está siendo atendida en su entorno familiar y comunitario, resultando de ello, en muchos casos, usuarios postrados que reciben atenciones deficitarias y una presión agobiante para la persona que cumple el rol de cuidador informal.

Es trascendental identificar qué factores del cuidador estarían incidiendo en el adecuado cumplimiento de los cuidados básicos que debe otorgarse a todo usuario postrado para asegurarle un mínimo de bienestar, de tal modo de poder conocer y apoyar esta red informal de cuidados, entregando conocimientos y competencias que mejoren la calidad del cuidado, además de otorgar un soporte emocional, empático a quienes cuidan, lo que se traducirá en una mejor y más adecuada atención del usuario postrado.

IV. FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO.

El aumento de las expectativas de vida, gracias a los adelantos en la medicina, la aparición de nuevas afecciones crónicas degenerativas, el incremento también del número de personas mayores dependientes severas, la supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades de distinto origen principalmente por traumatismos de tipo viales, han aumentado notablemente (Mendoza y cols., 2005) y con esto no sólo se incrementa el número de personas postradas que necesitan cuidados, sino que además, este crecimiento de la demanda va acompañado de una mayor exigencia en su prestación (García y cols., 2004).

A pesar de la dependencia y necesidad de ayuda los pacientes postrados, prefieren seguir en su entorno familiar y su propio domicilio antes que ser institucionalizados (Rodríguez y cols., 2006). Diversas investigaciones realizadas en España durante la década de los noventa confirman consistentemente que la familia es la principal proveedora de cuidados de salud (Yanguas y cols., 2001). Del total de cuidados que reciben las personas mayores, el 80-88% los recibe exclusivamente de la familia, mientras que los servicios formales proveen un 3% (García y cols., 2004). En Estados Unidos hay 52 millones de cuidadores/as informales de personas adultas enfermas o discapacitadas y 25 millones prestan cuidados de asistencia personal. En Canadá, se estima en 3 millones la población que presta ayuda a personas con enfermedad crónica o discapacidad (García y cols., 2004). Pero esta prestación de cuidados no es homogénea en la familia, recae en una sola persona: el cuidador principal o informal, su papel fundamental es reconocido en la bibliografía, pero habitualmente pasa inadvertido y no es reconocido socialmente. El trabajo que conlleva cuidar a un paciente postrado es fuertemente estresante y agotador, implica una dedicación importante de tiempo y de energía, conlleva tareas que pueden no ser cómodas ni agradables y no siempre se está preparado para ello; las consecuencias comúnmente más identificadas de este cuidado se producen en diversos niveles: emocionales, relacionales, económicos, reducción del tiempo libre, etc. lo que se conoce como el "Síndrome del cuidador" (Rodríguez y cols., 2006). Todo esto repercute en el propio usuario postrado, ya que el cuidador se encuentra con

peligro de desbordamiento y agotamiento de sus recursos, viéndose superado en su capacidad, tanto física como psicológica, lo que puede afectar considerablemente el adecuado cumplimiento de los cuidados básicos que requieren los usuarios postrados (Dueñas y cols.,2006). Es así como vemos usuarios postrados, en condiciones deficitarias, que no reciben los cuidados mínimos necesarios y un cuidador sobrepasado que no recibe el apoyo que realmente necesita; por otro lado la creciente incorporación de la mujer al campo laboral, identificada como la mayor proveedora de cuidados en el domicilio hace tambalear esta red de cuidados. Lo anterior, torna trascendental el conocimiento más a fondo de aquellos factores del cuidador que favorecen o dificultan el cumplimiento de los cuidados básicos y así otorgar al cuidador herramientas que le permitan mejorar su habilidad, en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento de manera tal que satisfaga las necesidades de la persona postrada y a la vez sea capaz de mantener su propia salud (Pinto y cols., 2005). Estableciendo programas integrales de apoyo al cuidador informal para potenciar y favorecer su desarrollo ya que en nuestro país, la preocupación por el cuidador informal y los usuarios postrados es reciente, principalmente enfocada en este último el cual se ha beneficiado con la existencia de los programas para pacientes postrados que cada Centro de Salud debiese tener implementados. Sólo el año 2006 se estampó claramente en los lineamientos estratégicos ministeriales el apoyo al cuidado domiciliario de personas de toda edad postradas con discapacidad severa o pérdida de autonomía (MINSAL, 2006). Pero el sistema de salud actual en nuestro país continúa centrado en la atención de las enfermedades, fundamentalmente en sus fases agudas y hay escaso desarrollo de los servicios de atención social y una deficiente coordinación e integraciones socio sanitarias, por lo que se requiere una renovación importante en este tema para, de este modo, proporcionar la ayuda social, psicológica y económica que los cuidadores informales necesitan y así potenciar esta red informal cuyo futuro es incierto y asegurar un cuidado de calidad al usuario postrado.

V. OBJETIVOS.

5.1 Objetivo General

Asociar factores del cuidador informal con el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado de Centros de Salud Familiar de Chillán.

5.2 Objetivos Específicos.

1. Identificar el cumplimiento de los cuidados básicos primordiales del usuario postrado: alimentación, eliminación, reposo y sueño, higiene y confort, movilización, estimulación y administración de medicamentos.
2. Identificar el nivel de carga del cuidador informal
3. Identificar el origen y tipo de apoyo recibido por el cuidador informal
4. Asociar el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado (alimentación, eliminación, reposo y sueño, higiene y confort, movilización, estimulación y administración de medicamentos), con el nivel de carga de los cuidadores.
5. Asociar el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado con las características sociodemográficas: edad, género, escolaridad, condición de pareja, ingresos económicos y parentesco del cuidador informal.
6. Asociar el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado con el tiempo que el cuidador informal tiene a cargo de él y el que le dedica diariamente.
7. Asociar el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado con la percepción de síntomas de ansiedad y/o depresión en los cuidadores informales.
8. Asociar el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado con la presencia de patología crónica no transmisible en el cuidador informal.
9. Asociar el cumplimiento de cuidados básicos del familiar postrado según Patología Crónica No Transmisible, clasificados por presencia y ausencia de síntomas de ansiedad en el cuidador informal.
10. Asociar el cumplimiento de cuidados básicos del familiar postrado según Patología Crónica No Transmisible clasificados por presencia y

ausencia de síntomas de depresión en el cuidador informal.

11. Asociar el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado con la presencia de capacitación formal en cuidados básicos de usuarios postrados del cuidador informal.
12. Asociar el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado con la presencia de apoyo social recibido por el cuidador informal.

VI. HIPOTESIS.

- 6.1. “El cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado es menor, mientras mayor es el nivel de carga del cuidador informal.”
- 6.2. “El cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado es menor, con la presencia de alguna enfermedad crónica no transmisible en el cuidador informal”
- 6.3. “El cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado es menor a mayor edad del cuidador informal”.
- 6.4. “El cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado es menor, mientras menor es la escolaridad del cuidador informal”.
- 6.5 “El cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado es menor, mientras menor es el ingreso económico del cuidador informal”.
- 6.6. “Mayor es el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado, mientras mayor es la capacitación formal en cuidados del usuario postrado que presente el cuidador informal”.
- 6.7 “Mayor es el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado, mientras mayor es el apoyo social recibido por el cuidador informal”.

VII. VARIABLES.

7.1 Variable Dependiente.

1. Cumplimiento de los de cuidados básicos.

7.2 Variables Independientes.

1. Edad.
2. Género.
3. Escolaridad.
4. Condición de pareja.
5. Ingresos económicos.
6. Parentesco.
7. Patología crónica no transmisible.
8. Percepción de síntomas de ansiedad.
9. Percepción de sintomatología depresiva.
10. Nivel de carga.
11. Tiempo a cargo.
12. Tiempo de dedicación diaria.
13. Capacitación formal en cuidados.
14. Necesidad de capacitación.
15. Apoyo social recibido.
16. Origen del apoyo.
17. Tipo de apoyo recibido.

7.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
Cumplimiento de los cuidados básicos	Cuidados básicos necesarios que deben efectuarse a un paciente postrado en su domicilio, por parte del cuidador informal, que aseguren un mínimo de bienestar en el paciente.	Se definieron tres categorías que se obtuvieron de la aplicación de un instrumento basado en la normativa ministerial: "Manual de cuidados domiciliarios a personas postradas", que considera las principales categorías de cuidados al usuario postrado: alimentación, eliminación, reposo y sueño, higiene y confort, movilización, estimulación y administración de medicamentos. Cumplimiento Adecuado Cumplimiento Moderado Cumplimiento Deficiente
Edad	Período de tiempo que una persona ha vivido desde el nacimiento al día de la encuesta	Se definieron cuatro categorías: Menores de 20 años de edad 21 a 40 años de edad 41 a 60 años de edad Mayor a 60 años de edad.
Género	Género con que se identifica el cuidador informal al momento de la encuesta.	Femenino Masculino
Escolaridad	Grado de instrucción alcanzada por la persona hasta el día de la encuesta.	Se definieron seis categorías: Sin estudios Enseñanza Básica completa Enseñanza Básica incompleta Enseñanza Media completa Enseñanza Media incompleta Enseñanza Superior
Condición de pareja	Presencia de pareja que refiere el cuidador informal al momento de la encuesta.	Se definieron dos categorías: Con pareja Sin pareja
Ingresos económicos	Dinero recibido por trabajo formal, pensión, ayuda de terceros u otro origen.	Se definieron dos categorías Con ingresos económicos Sin ingresos económicos

Parentesco	Relación entre el cuidador y el usuario postrado producto de lazos consanguíneos o políticos.	Se definieron cuatro categorías: Hija (o) Cónyuge Otro familiar Sin parentesco
Patología crónica no transmisible	Tipo de enfermedad diagnosticada por médico no aguda, como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus o ambas, que se caracterizan por producir daño en forma directamente proporcional al tiempo de padecerla, y deben tener control médico de por vida.	Se definen dos categorías: NO SI
Síntomas de Ansiedad	La ansiedad es un estado emocional de miedo no resuelto o de activación de alerta, sin dirección específica.	Se definieron dos categorías de acuerdo a la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg: NO SI
Sintomatología Depresiva	Trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren en la vida diaria durante un período prolongado.	Se definieron dos categorías de acuerdo a la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg: NO SI
Nivel de carga	Estado psicológico que resulta de la combinación del estado físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen de cuidar a un usuario postrado.	Se definieron tres categorías en base a la escala: Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit. Sin Sobrecarga Sobrecarga Leve Sobrecarga intensa
Tiempo a cargo	Tiempo que lleva el cuidador informal a cargo del usuario postrado.	Se definieron cuatro categorías: Menos de 1 año Desde 1 año hasta 5 años Más de 5 años hasta 15 años Más de 15 años
Tiempo de dedicación diaria	Tiempo en horas que el cuidador informal utiliza diariamente en el cuidado del usuario postrado.	Se definieron tres categorías: Media jornada (mañana o tarde) Jornada diurna completa 24 horas
Capacitación en cuidados	Enseñanzas formales en cuidados básicos de un usuario postrado recibidos por el cuidador informal.	Se definieron dos categorías: NO. SI.

Necesidad de capacitación	Importancia otorgada por el cuidador informal de aprender los cuidados básicos de un usuario postrado.	Se definieron tres categorías: Muy necesario. Necesario. Innecesario.
Apoyo Social	Apoyo: colaboración que el cuidador informal ha recibido, ya sea de instituciones formales o informales.	Se definieron dos categorías: NO. SI.
Origen del apoyo	Organización o institución formal o informal de la que el usuario postrado ha recibido ayuda.	Se definieron siete categorías: Voluntariado. Org. Social (junta vecinos). Estado (estipendio). Municipio. Org. Religiosa. Centro de salud. Familia o amigos.
Tipo de apoyo recibido	Formas en que el cuidador principal ha sido apoyado, durante el cuidado del usuario postrado.	Se definieron cinco categorías: Monetario. Tiempo de cuidado. Especies. Traslado. Otros.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS.

8.1 Diseño Metodológico.

Tipo de Estudio:

Estudio cuantitativo, descriptivo, analítico, correlacional de corte transversal.

Universo- Muestra:

El número de cuidadores informales de usuarios postrados con dependencia severa del Centro de Salud San Ramón Nonato y Cesfam Ultraestación, corresponden a 103, postración que se ha definido utilizando Índice de Katz que evalúa las actividades básicas de la vida diaria; se trabajó con el total de cuidadores que cumplían con los criterios de inclusión, resultando un universo muestra de 98 cuidadores, debido a que 5 cuidadores no contaban con la dirección correcta.

Unidad de análisis: es el cuidador informal de los pacientes postrados con dependencia severa, inscritos en los Centros de Salud San Ramón Nonato y Ultraestación de la Comuna de Chillán.

Criterios de Inclusión:

- Cuidadores informales de pacientes postrados con dependencia severa, incluidos en el programa de pacientes postrados de los Centros de Salud Familiar San Ramón Nonato y Ultraestación de la Comuna de Chillán.
- Que lleven más de tres meses al cuidado del paciente.
- Que no perciban ninguna remuneración por cuidar.
- Que sea identificado como cuidador principal en caso de compartir los cuidados.
- Que el usuario postrado no sea un paciente de cuidados paliativos.

Prueba piloto:

Se efectuó una prueba piloto a 10 cuidadores del Cesfam Dr. Federico Puga Borne de Chillán Viejo, que cumplieron con los criterios de inclusión, a quienes se les efectuó visitas domiciliarias, durante el mes de noviembre del 2007 para aplicar el cuestionario y los instrumentos. Las dudas, preguntas y sugerencias de los cuidadores encuestados permitieron la adecuación de los instrumentos, determinar el tiempo de aplicación y realizar las modificaciones necesarias para facilitar su comprensión.

8.2 Recolección de datos:

Los datos fueron obtenidos durante el período comprendido entre el 3 de diciembre del 2007 y el 7 de enero del 2008, a través de visitas domiciliarias en las cuales se aplicó un cuestionario y tres instrumentos a cada cuidador, se observó directamente el cumplimiento de algunos cuidados básicos y además se corroboró en ficha clínica las indicaciones de algunos cuidados, para determinar su correcto cumplimiento.

Descripción de los Instrumentos recolectores:

1. Cuestionario para determinar características del cuidador informal del paciente postrado:

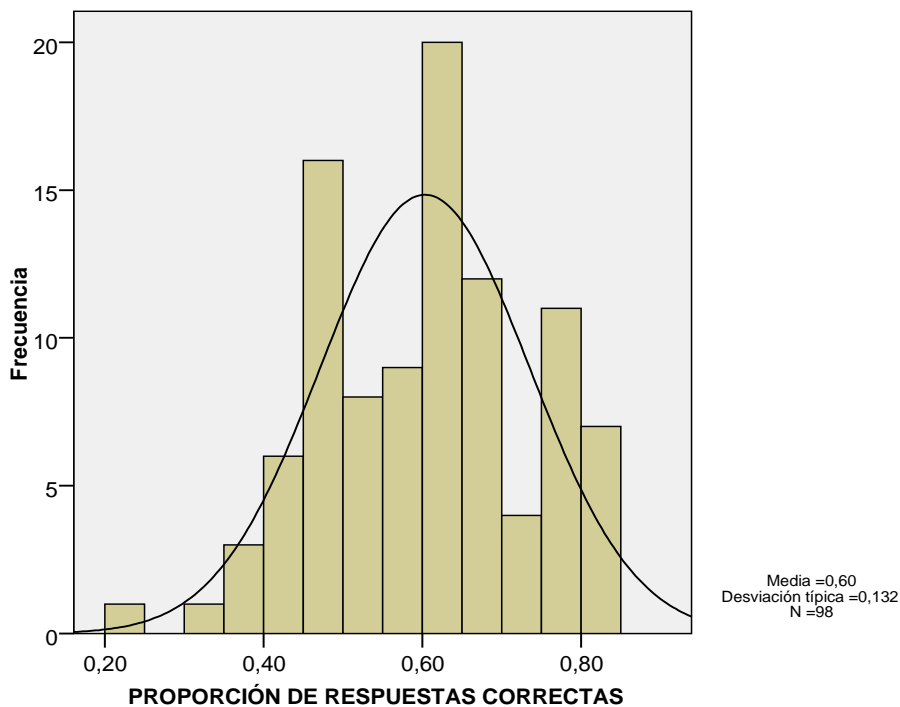
Cuestionario elaborado por la tesista, que se aplicó al cuidador informal del usuario postrado atendido en los Centros de Salud Familiar San Ramón Nonato y Ultraestación de la Comuna de Chillán. Se utilizaron preguntas cerradas y abiertas para obtener información del cuidador informal respecto a: características sociodemográficas de éste (edad, género, escolaridad, ocupación, etc.), características de salud del cuidador informal, redes de apoyo, capacitación. Esta encuesta se ajustó mediante prueba piloto realizada a 10 cuidadores informales pertenecientes al Cesfam Dr. Federico Puga Borne de la Comuna de Chillán Viejo y a la revisión de expertos, (ANEXO N° 1). Incluye tres instrumentos:

A) Instrumento para determinar el cumplimiento de los cuidados básicos que deben ser otorgados al usuario postrado.

Instrumento elaborado y diseñado por la investigadora que se aplicó a los cuidadores informales de los pacientes postrados inscritos en los Centros de Salud San Ramón Nonato y Centro de Salud Familiar Ultraestación de la Comuna de Chillán, la cual está estructurada en base a preguntas efectuadas al cuidador informal del usuario postrado, verificación mediante observación directa de las condiciones del usuario postrado y entorno que lo rodea y verificación en ficha clínica de las indicaciones del equipo de salud. Esta encuesta se validó estadísticamente a través de escala de medición, prueba piloto efectuada a 10 cuidadores del Cesfam Dr. Federico Puga Borne de la Comuna de Chillán Viejo y revisión de expertos en el área. Tuvo a su base estudios, publicaciones sobre el tema y la normativa ministerial en el cuidado de usuarios postrados: “Manual de cuidados domiciliarios a personas postradas”, “Ficha de Ingreso de Atención Domiciliaria para pacientes con Dependencia Severa Moderada o Dependencia Severa o Postrado”, “Plan de cuidados de Personas Dependientes Severas o Postradas a Domicilio”

Este instrumento cuenta con 7 ítems: Alimentación, Eliminación, Reposo y Sueño, Higiene y Confort, Movilización, Estimulación y Administración de Medicamentos; cada uno de estos ítems tiene a su vez subítems, que permitirán determinar su cumplimiento. Se considerarán las 34 preguntas para efectos de evaluación, las cuales corresponderán al 100% y de acuerdo a qué proporción cumple del total de los cuidados, será clasificado su cumplimiento. Exceptuando las preguntas: 2.B (En caso de incontinencia), 2.C (En el caso de usar pañal), 2. E (En el caso de usar chata), 4. D (En el caso de presentar dentición) y 7.A (En el caso de ingerir algún medicamento), que sólo se considerarán si la respuesta es afirmativa; en caso de ser la respuesta negativa, entonces se descontará esa pregunta del total. Para elaborar la escala de percepción, se procedió a contabilizar todas las respuestas que implican un cuidado correcto según la condición del paciente a su cuidado. Es así que la media porcentual de las preguntas contestadas correctamente es $60,0 \pm 13,2\%$ (N=98). (ANEXO N°2).

FIGURA 1
Número de Cuidadores de Pacientes Postrados según Proporción de Respuestas Adecuadamente Contestadas (N=98)



La escala de medición se estableció en función a la proporción ideal de respuestas correctas respecto del número total de ítems contestados (porcentaje de respuestas correctas del total de preguntas respondidas) .Para la construcción de las categorías de la variable dependiente, se procedió a estudiar la normalidad según las medidas de curtosis y asimetría, donde se consideran homogénea cuando los p- values no sean significativos para los dos parámetros, como esto ocurrió se determinó a usar el parámetro percentil como punto de corte. Para ello, se calcularon percentiles 25 y 75, de modo que se clasifica a los sujetos en categorías “deficiente” ($p \leq P_{25}$), “moderado” ($P_{25} < p \leq P_{75}$) y “adecuado” ($p > P_{75}$), ya que estos puntos de corte son homogéneos a la media ± 1 DS.

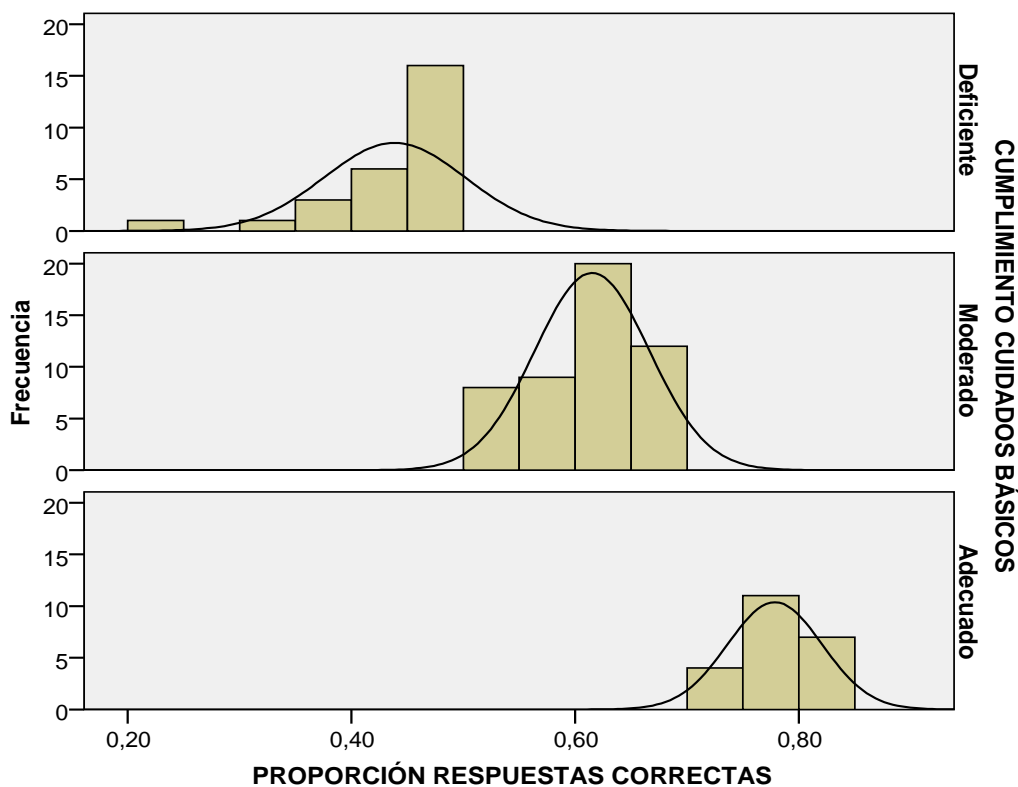
Lo anterior se resume en el cuadro 1, que indica los valores de corte para la distribución porcentual de respuestas.

CUADRO N°1
Distribución Percentilar de las Proporciones de Respuestas Correctas Respecto a los
Cuidados Básicos del Usuario Postrado (N=98)

PERCENTIL (P _j)	VALOR	CATEGORIZACIÓN
<P ₂₅	≤ 0,5000	Deficiente
P ₂₅ – P ₇₅	0,5001 – 0,6970	Moderado
>P ₇₅	≥ 0,6971	Adecuado

Al realizar la categorización del nivel de cumplimiento de cuidados básicos, la figura 2 muestra la distribución de los cuidadores según el corte dado a la distribución de acuerdo con los percentiles señalados en el cuadro N° 1. Se observa que los puntos de corte funcionan bien, al separar correctamente a los cuidadores según los puntos de corte previamente asignados, no observándose personas que se solapen entre una u otra clasificación; es decir, la categorización permite medir efectivamente el suceso observado.

FIGURA 2
Distribución de los Puntos de Corte Asignados a los Cuidadores de Pacientes Postrados
según Proporción de Respuestas Adecuadamente Contestadas (N=98)



Las respuestas que se consideran como un adecuado cumplimiento de los cuidados básicos son:

ALIMENTACIÓN	
Estado nutricional	Normal
Hidratación (pliegue subclavicular o lengua)	Buena
Cantidad de líquido ingerido durante el día	1,5 a 2 litros
Alimentación recibida durante el día	4 o más veces
ELIMINACIÓN	
Presencia de infección urinaria en los últimos 12 meses	NO
*Uso de pañal en caso de incontinencia	SI
*Cambio de pañal	Cada 4 hrs o antes si lo requiere
Aseo genital	Cada 4 hrs o antes si lo requiere
* Uso de chata : sí	
Horario para sentarse en chata	SI
Estado piel área genital	Buena
REPOSO Y SUEÑO	
Horario establecido para dormir	SI
Enseña a relajarse al usuario postrado para conciliar el sueño	SI
Horario última comida	Antes de las 20 hrs
Posición del usuario postrado post alimentación	Semisentado o decúbito lateral
Horario de ingesta de líquido	Evitando horas cercanas al momento de dormir
HIGIENE Y CONFORT (Personal y Ambiental)	
Estado de presentación personal del usuario postrado	Aseado y bien vestido
Se le efectúa aseo matinal diario	SI
Se le efectúa higiene de la boca diario	SI
*En caso de presentar dentición , cada cuánto se le realiza aseo de los dientes	Después de cada comida
Periodicidad del cambio de ropa	Diario
Periodicidad del baño al usuario postrado	Una vez a la semana o antes si fuera necesario
Periodicidad del lavado de pelo al usuario postrado	Una vez a la semana o antes si fuera necesario
Periodicidad del cambio de sábanas	Una vez a la semana o antes si fuera necesario

Periodicidad del masaje en la piel	Diariamente
Presencia de habitación propia individual o compartida con máximo una persona	SI
Higiene de la habitación	Limpia y Ordenada
Condiciones de la cama (sábanas, almohadas, frazadas, colchón)	Limpia
Suficiente espacio de circulación alrededor de la cama.	SI
Adecuada iluminación, ventilación y calefacción de la habitación	SI
MOVILIZACIÓN	
Periodicidad del cambio de posición durante el día	Cada 2 horas
Realización de movilización pasiva durante el día	SI
Presencia de úlceras por presión	NO
ESTIMULACIÓN	
Actividades de distracción	SI
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	
* Ingesta de medicamentos: Según verificación en ficha cumple con la indicación correcta de: fármaco, Horario, Dosis, vía de administración	SI

B) Entrevista sobre la Carga del cuidador (Zarit y Zarit, 1982): la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit fue diseñada en inglés por este autor consta de 29 ítems cuyo objetivo es valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal, en distintas áreas de su vida (salud física, psíquica, actividades sociales, recursos económicos). Dicho instrumento ha sido adaptado al español y validado por Martín, M et al en el año 1996, reduciéndola a 21 ítems (ANEXO N°3). Los puntajes corresponden a:

22-46: Sin sobrecarga 47-55: Sobrecarga Leve 56-110: Sobrecarga intensa

C) Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg:

El cuestionario de Goldberg o Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg en la versión española, fue desarrollado por su autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como método de cribaje. La versión en castellano ha sido validada por Montón y cols en 1993. Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (SI/NO); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto por cada respuesta afirmativa. Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de Ansiedad y mayor o igual a 2 para la de depresión. No se puntuarán los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de intensidad leve. Aunque puedan existir otros síntomas, que deben ser explorados, la puntuación se obtendrá únicamente a partir de los mencionados en las escalas.

Aunque todos los ítems tienen la misma puntuación, siguen un orden de gravedad creciente, de forma que los últimos ítems de cada escala suelen aparecer en los pacientes con trastornos más graves (ANEXO N° 4).

8.3 Análisis estadístico:

Para determinar posibles asociaciones significativas en tablas $m \times n$, se usó la prueba χ^2 , cuando todas las celdas presentaran frecuencias esperadas mayores a 5. Si lo anterior no sucedió, se recurrió a los coeficientes Gamma o V de Cramer según corresponda. Se usó el coeficiente gamma cuando las variables estudiadas eran de naturaleza ordinal, mientras que cuando la variable independiente era nominal se recurrió al V de Cramer. A las asociaciones bivariadas significativas se les sometió al análisis de correspondencia simple, cuyo objetivo es investigar las asociaciones entre categorías de las dos variables estudiadas. El nivel de significación para esta investigación fue de 0,05. El programa estadístico usado fue el SPSS 15.

8.4 Consideraciones ÉTICAS

Este estudio no implicó riesgo alguno para los participantes, a quienes se les informó respecto al mismo y solicitó colaboración, resaltando el hecho de la participación voluntaria y anónima y que de ninguna manera su negación influiría en su futura atención médica ; previo a la aplicación de la encuesta se solicitó autorización a las directoras de los Centros de salud San Ramón Nonato y Ultraestación, se les informó sobre el objetivo del estudio, los procedimientos a emplear para la obtención de los datos.

IX. RESULTADOS.

Se estudiaron 98 cuidadores de ambos sexos (91,8% son mujeres, N=90; 8,2% hombres, N=8), pertenecientes a dos centros de salud primaria de la ciudad de Chillán, de quienes el 58,2% correspondió al Centro de Salud San Ramón Nonato (N=57), y el restante 41,8% provino del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Ultraestación (N=41).

TABLA 1
Porcentaje de Cuidadores Según Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado (N=98)

CUMPLIMIENTO	N	%
Deficiente	27	27,6
Moderado	49	50,0
Adecuado	22	22,4
Total	98	100,0

La tabla N° 1 (Anexo 5, figura 10) muestra la información respecto del Cumplimiento de los Cuidados Básicos al usuario postrado. Se observa que la mitad de los cuidadores informales cumple moderadamente los cuidados básicos al usuario postrado, un 27,6% cumple los cuidados básicos de manera deficiente y solamente un 22,4 % los cumple adecuadamente.

TABLA 2
Porcentaje de Cuidadores Según Nivel de Carga en el Cuidado del Postrado (N=98)

NIVEL DE CARGA	N	%
Sin sobrecarga	10	10,2
Sobrecarga leve	27	27,6
Sobrecarga intensa	61	62,2
Total	98	100,0

La tabla N° 2, (Anexo 5, figura 11) muestra la distribución de los cuidadores

informales según el nivel de carga que presentan, observándose que el 62,2 % presenta una sobrecarga intensa, un 27,6 débil y sólo un 10.2% no presenta sobrecarga alguna.

TABLA 3
Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado Según Nivel de Carga del Cuidador (N=98)

NIVEL DE CARGA	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin sobrecarga	5	18,5	4	8,2	1	4,5	10	10,2
Sobrecarga leve	5	18,5	16	32,7	6	27,3	27	27,6
Sobrecarga intensa	17	63,0	29	59,2	15	68,2	61	62,2
TOTAL	27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

Gamma= 0,108

No existe evidencia suficiente para afirmar que el nivel de carga del cuidador informal del usuario postrado esté asociado con el nivel de cumplimiento de cuidados básicos al familiar postrado. Sin embargo, aquellos cuidadores informales que manifiestan una sobrecarga intensa, presentaron en un 63% un cumplimiento deficiente de los cuidados básicos y aquellos sin sobrecarga sólo cumplieron adecuadamente con los cuidados básicos en un 4,5%.

TABLA 4
Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado Según Edad del Cuidador (N=98)

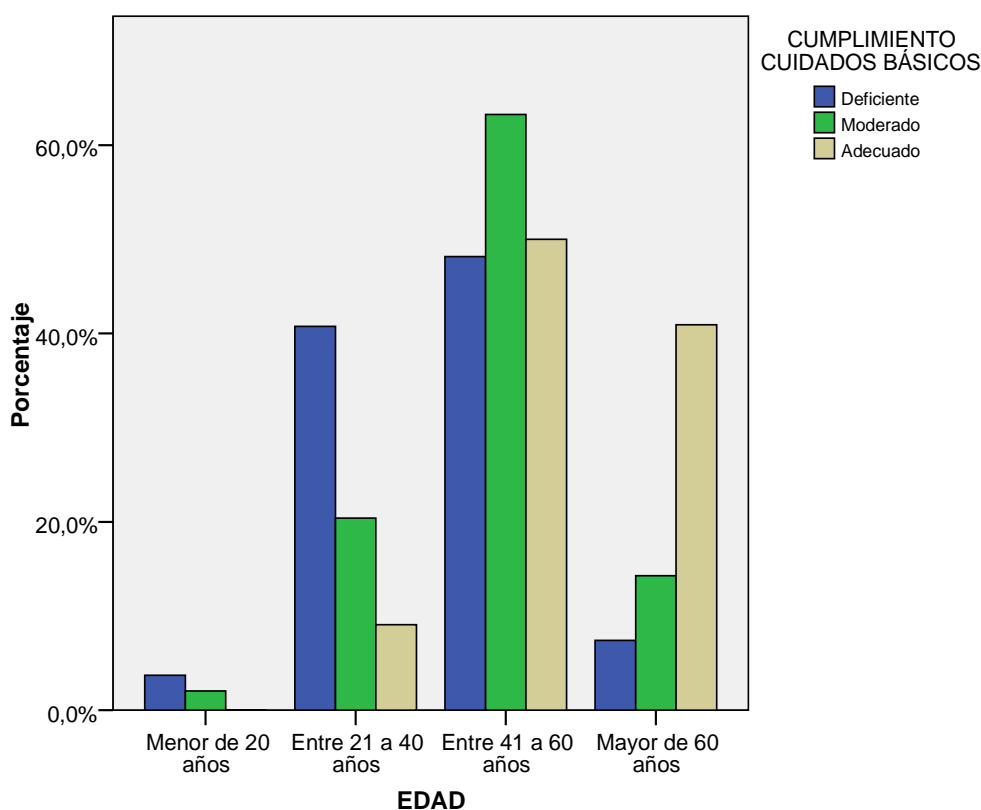
EDAD DEL CUIDADOR (años)	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor de 20	1	3,7	1	2,0	0	-	2	2,0
Entre 21 a 40	11	40,7	10	20,4	2	9,1	23	23,5
Entre 41 a 60	13	48,1	31	63,3	11	50,0	55	56,1
Mayor de 60	2	7,4	7	14,3	9	40,9	18	18,4
TOTAL	27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

Gamma= 0,524

En relación a la distribución por edad se aprecia que el 2% de los cuidadores son menores de 20 años , el 23,5% se encuentra entre 21 a 40 años, un 56,1% está entre los 41 a 60 años, correspondiendo al grupo de mayor cuantía y también se observa en un 18,4% la presencia de cuidadores de más de 60 años.

Existe evidencia suficiente para afirmar que la edad del cuidador está asociada significativamente respecto al nivel de cumplimiento de cuidados básicos al familiar postrado ($p < 0,001$).

FIGURA 3
Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado Según Edad del Cuidador (N=98)



Para analizar qué categoría está mejor asociada con cada grupo de edad, se recurrió al análisis de correspondencia, un análisis gráfico que permite visualizar a través de los puntajes de inercia las asociaciones específicas. La tabla 5 muestra las inercias de cada una de las categorías de las dos variables, donde se deben corresponder los valores mayores y menores entre las variables analizadas.

TABLA 5

**Análisis de Correspondencia de Edad y Cumplimiento de Cuidados Básicos:
Examen de los puntos de fila y columna**

Examen de los puntos de fila

EDAD	Masa	Puntuación en la dimensión		Inercia	Contribución				
		1	2		De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
Menor de 20 años	,020	-1,043	,156	,008	,060	,003	,991	,009	1,000
Entre 21 a 40 años	,235	-,755	,457	,057	,361	,337	,875	,125	1,000
Entre 41 a 60 años	,561	-,001	-,335	,009	,000	,434	,000	1,000	1,000
Mayor de 60 años	,184	1,082	,423	,085	,580	,226	,943	,057	1,000
Total activo	1,000			,159	1,000	1,000			

a. Normalización Simétrica

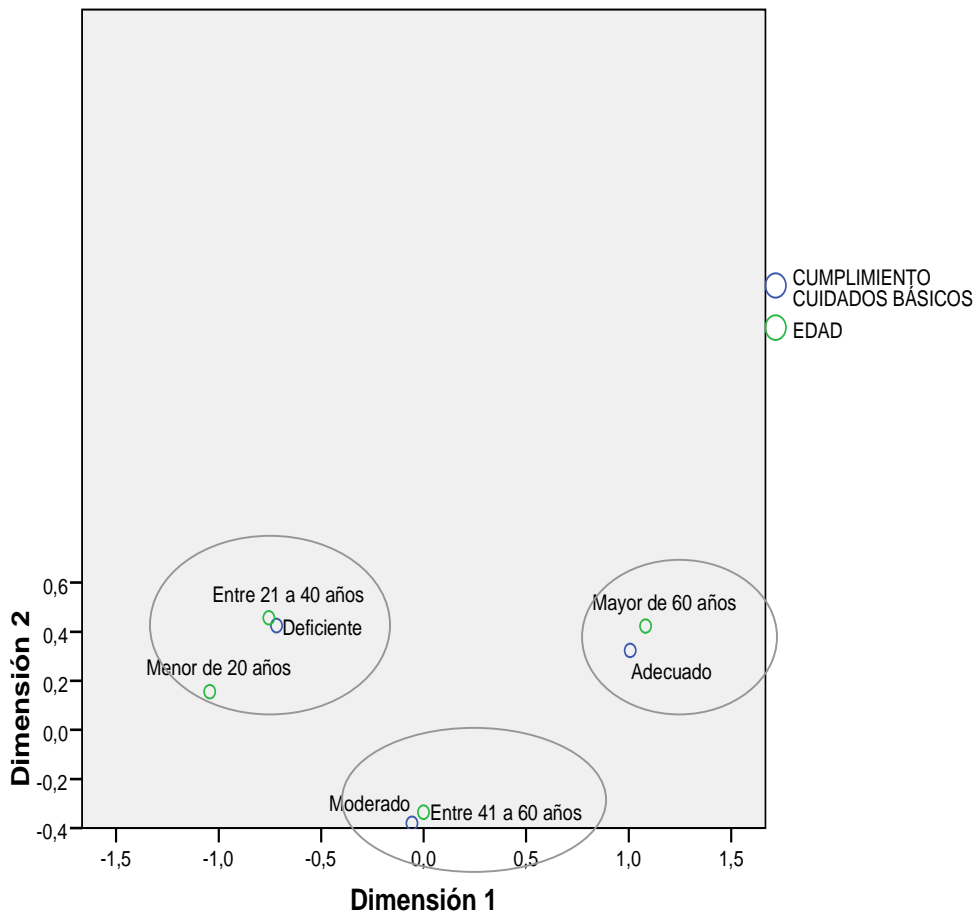
Examen de los puntos columna

CUMPLIMIENTO CUIDADOS BÁSICOS	Masa	Puntuación en la dimensión		Inercia	Contribución				
		1	2		De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
Deficiente	,276	-,718	,425	,060	,382	,342	,879	,121	1,000
Moderado	,500	-,057	-,380	,011	,004	,496	,054	,946	1,000
Adecuado	,224	1,007	,324	,088	,614	,162	,961	,039	1,000
Total activo	1,000			,159	1,000	1,000			

a. Normalización Simétrica

La tabla 5 muestra que la inercia mayor corresponde al cumplimiento adecuado (0,088), quien corresponde con la inercia de la variable edad es el de mayor a 60 años (0,085). El segundo lugar en inercia es el de cumplimiento deficiente (0,060) quien se corresponde con el segundo lugar de inercia para edad entre 21 a 40 años (0,057). El tercer valor de inercia para el cumplimiento de cuidados básicos es el de moderado (0,011), mientras que las inercias de menor cuantía son las edades entre 41 y 60 años (0,009) y menor de 20 años (0,008). Tales correspondencias se observan en la figura 4.

FIGURA 4
Análisis de Correspondencia Simple entre Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado y Edad del Cuidador (N=98)



Por tanto, el cumplimiento adecuado de los cuidados básicos al familiar postrado está asociado con los cuidadores con edad mayor a 60 años, el cumplimiento moderado está asociado a edad de cuidador entre 41 a 60 años, mientras que niveles deficientes de cuidados básicos está asociado a cuidadores menores de 41 años.

TABLA 6
Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado Según Sexo del Cuidador (N=98)

SEXO	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	25	92,6	46	93,9	19	86,4	90	91,8
Masculino	2	7,4	3	6,1	3	13,6	8	8,2
TOTAL	27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

V de Cramer= 0,109

La tabla N°6, (Anexo 5, figura 12) nos permite apreciar la distribución por sexo de los cuidadores informales, es así como encontramos que sólo un 8,2% corresponde al sexo masculino, siendo mayoritaria (91,8%) la presencia de cuidadoras. Por otro lado al asociar el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado con el sexo del cuidador informal, no se observa suficiente evidencia que permita afirmar la asociación entre el sexo del cuidador del usuario postrado con el nivel de cumplimiento de cuidados básicos al usuario postrado ($p > 0.05$).

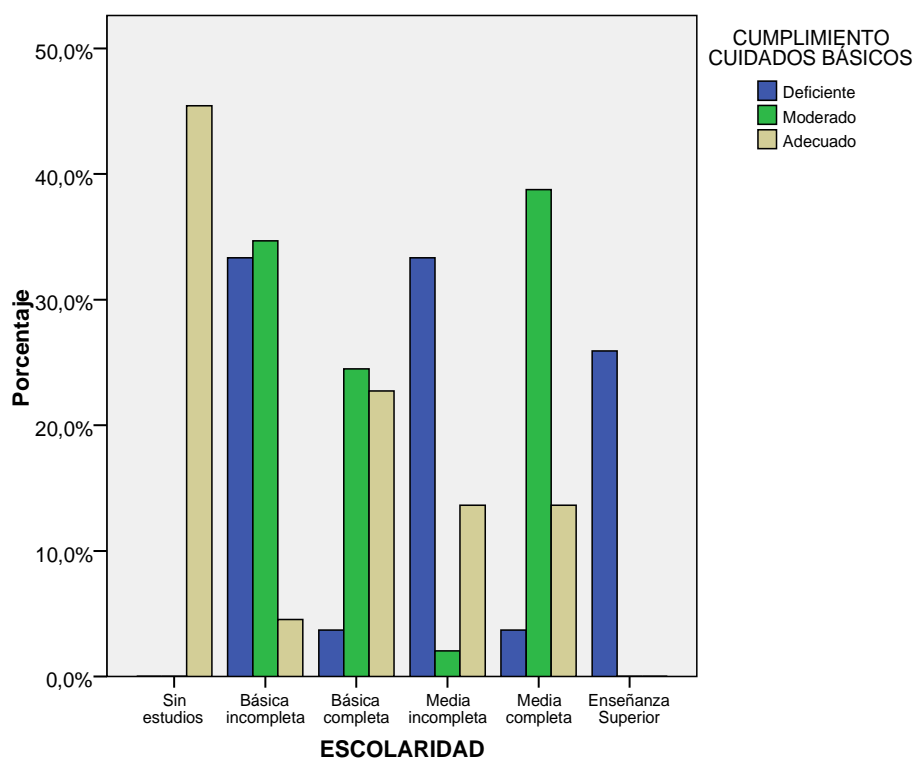
TABLA 7
Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado Según Nivel de Escolaridad del Cuidador (N=98)

ESCOLARIDAD	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin estudios	0	-	0	-	10	45,5	10	10,2
Básica incompleta	9	33,3	17	34,7	1	4,5	27	27,6
Básica completa	1	3,7	12	24,5	5	22,7	18	18,4
Media Incompleta	9	33,3	1	2,0	3	13,6	13	13,3
Media completa	1	3,7	19	38,8	3	13,6	23	23,5
Superior	7	25,9	0	-	0	-	7	7,1
TOTAL	27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

V de Cramer= -0,334

Respecto al nivel de escolaridad alcanzado por el cuidador informal, la tabla N° 7 muestra que en general, la mayoría (90%) de los encuestados ha cursado niveles educativos desde el básico al nivel superior. Además existe evidencia suficiente para afirmar que la escolaridad del cuidador está asociada significativamente con el nivel de cumplimiento de cuidados básicos hacia el familiar postrado ($p < 0,01$).

FIGURA 5
Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado Según Escolaridad del Cuidador (N=98)



Como se observó una asociación significativa, se presentará el análisis de correspondencia para poder determinar qué nivel de escolaridad está mejor asociado con uno o más de un estrato de la variable nivel de cumplimiento de cuidados básicos.

TABLA 8
Análisis de Correspondencia de Escolaridad y Cumplimiento de Cuidados Básicos:
Examen de los puntos de fila y columna

Examen de los puntos de fila

	Masa	Puntuación en la dimensión		Inercia	Contribución					
		1	2		De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto			
					1	2	1	2	Total	
ESCOLARIDAD										
Sin estudios	,102	1,709	1,508	,353	,434	,364	,580	,420	1,000	
Básica incompleta	,276	-,397	-,384	,056	,063	,064	,534	,466	1,000	
Básica completa	,184	,490	-,352	,045	,064	,036	,677	,323	1,000	
Media incompleta	,133	-,764	,961	,131	,113	,192	,405	,595	1,000	
Media completa	,235	,285	-,784	,105	,028	,226	,125	,875	1,000	
Enseñanza Superior	,071	-1,691	1,023	,188	,298	,117	,746	,254	1,000	
Total activo	1,000			,877	1,000	1,000				

a. Normalización Simétrica

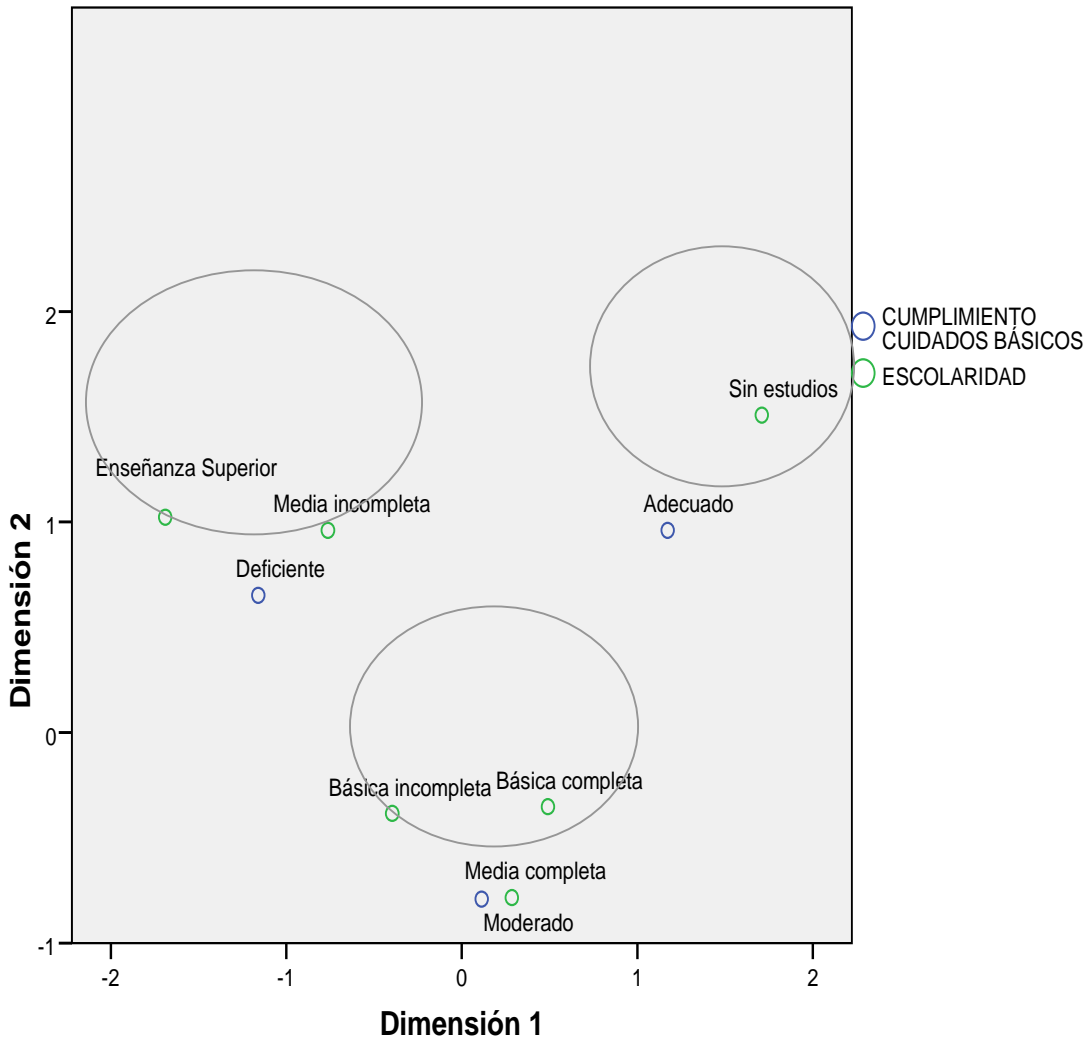
Examen de los puntos columna

CUMPLIMIENTO CUIDADOS BÁSICOS	Masa	Puntuación en la dimensión		Inercia	Contribución				
		1	2		De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
Deficiente	,276	-1,160	,652	,329	,541	,184	,773	,227	1,000
Moderado	,500	,113	-,791	,204	,009	,491	,021	,979	1,000
Adecuado	,224	1,173	,961	,344	,450	,325	,616	,384	1,000
Total activo	1,000			,877	1,000	1,000			

a. Normalización Simétrica

Se observa que las mayores inercias corresponden al cumplimiento adecuado y personas sin estudios (inercias 0,344 y 0,353, respectivamente). Luego, las inercias de cumplimiento deficiente (inercia= 0,329), está correspondido con enseñanza superior y la media incompleta (inercias 0,188 y 0,131, respectivamente). La inercia de menor cuantía es la de cumplimiento moderado (0,204) que está correspondido con enseñanzas media completa, básica incompleta y completa (inercias 0,105, 0,056 y 0,045, respectivamente).

FIGURA 6
Análisis de Correspondencia Simple entre Cumplimiento de Cuidados Básicos del
Usuario Postrado y Escolaridad del Cuidador
(N=98)



En resumen, el cumplimiento adecuado de los cuidados básicos al familiar postrado lo realizan cuidadores sin estudios formales. Los que cumplen moderadamente los cuidados básicos son aquellos que poseen estudios medios completos, básicos completos e incompletos. Por último, aquellos que cuidan de manera deficiente al familiar postrado son aquellos que presentan estudios superiores y media incompleta.

TABLA 9
Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado Según Condición de Pareja del Cuidador (N=98)

CONDICIÓN PAREJA	DE	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Con Pareja		19	70,4	26	53,1	14	63,6	59	60,2
Sin Pareja		8	29,6	23	46,9	8	36,4	39	39,8
TOTAL		27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

$$\chi^2 = 2,316$$

Respecto a la condición de pareja del cuidador informal, se aprecia que el 60,2% presenta una pareja estable y el 39,8% no refiere tener pareja al momento de la encuesta.

No existe evidencia suficiente para afirmar que la condición de pareja del cuidador esté asociado con el nivel de cumplimiento de cuidados básicos hacia el Usuario postrado ($p > 0.05$). (Anexo 5, figura 13)

TABLA 10
Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado Según Ingresos Económicos del Cuidador (N=98)

INGRESOS ECONÓMICOS	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Con Ingresos	21	77,8	32	65,3	16	72,7	69	70,4
Sin Ingresos	6	22,2	17	34,7	6	27,3	29	29,6
TOTAL	27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

$$\chi^2 = 1,373$$

Como se observa en la tabla N° 10, (Anexo 5, figura 14) el 70,4 % de los cuidadores informales percibe algún ingreso, cuyo origen principal es la pensión del usuario postrado y un porcentaje no menor (29,6%) refiere no contar con recursos económicos para el cuidado del usuario postrado. Pero no se observa evidencia suficiente para afirmar que el ingreso económico del cuidador esté asociado al nivel de cumplimiento de cuidados básicos hacia el familiar postrado ($p > 0.05$).

TABLA 11
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Parentesco con el Cuidador (N=98)

PARENTESCO	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hijo (a)	8	29,6	22	44,9	4	18,2	34	34,7
Cónyuge	3	11,1	5	10,2	4	18,2	12	12,2
Otro Familiar	13	48,1	19	38,8	14	63,6	46	46,9
Sin Parentesco	3	11,1	3	6,1	0	-	6	6,1
TOTAL	27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

V de Cramer= 0,210

Como se observa en la tabla N° 11, (Anexo 5, figura 15) los cuidadores de los usuarios postrados son hijos(a) en un 34,7% , cónyuges en un 12,2 % , pero la mayoría de los cuidadores corresponden a otro familiar (46,9%), principalmente madres, encontrándose además al cuidado del usuario postrado cuidadores sin parentesco con él en un 6,1%.

Al asociar la variable cumplimiento de los cuidados básicos con el parentesco del cuidador informal no se observa evidencia suficiente para afirmar que el parentesco del cuidador con el familiar postrado esté asociado al cumplimiento de cuidados básicos de éste ($p > 0.05$).

TABLA 12
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Tiempo a Cargo del Cuidador (N=98)

TIEMPO A CARGO	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 1 año	3	11,1	11	22,4	0	-	14	14,3
Desde 1 hasta 5 años	13	48,1	18	36,7	4	18,2	35	35,7
Desde 5 hasta 15 años	9	33,3	14	28,6	15	68,2	38	38,8
Más de 15 años	2	7,4	6	12,2	3	13,6	11	11,2
TOTAL	27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

Gamma= 0,300

Con respecto al tiempo a cargo del usuario postrado ,se encontró que en su mayoría llevan al cuidado de él más de 1 año, es así cómo el 35,7% lo ha cuidado entre 1 a 5 años, el 38,8%, desde 5 a 15 años , e incluso el 11,2% de los cuidadores llevan a su cargo más de 15 años. Y al asociar las variables cumplimiento de los cuidados básicos con el tiempo a cargo de, existe evidencia suficiente para afirmar que estas variables se asocian significativamente ($p < 0,01$).

FIGURA 7
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Tiempo a Cargo del Cuidador (N=98)

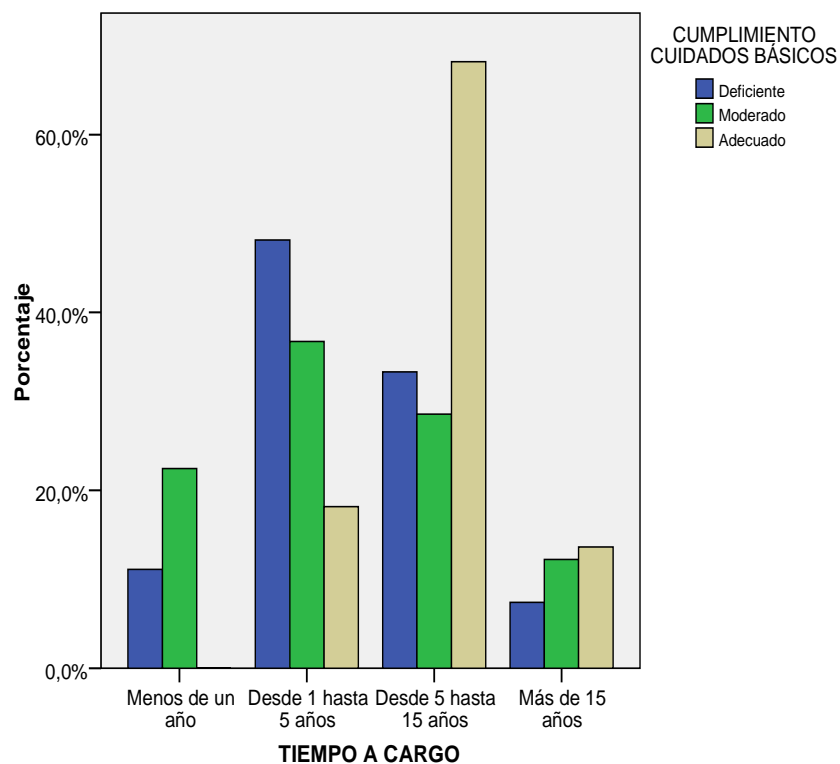


TABLA 13

**Análisis de Correspondencia de Tiempo a Cargo y Cumplimiento de Cuidados Básicos:
Examen de los puntos de fila y columna**

Examen de los puntos de fila

	Masa	Puntuación en la dimensión		Inercia	Contribución				
		1	2		De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
TIEMPO A CARGO									
Menos de un año	,143	,968	,604	,057	,363	,337	,860	,140	1,000
Desde 1 hasta 5 años	,357	,391	-,452	,031	,148	,472	,640	,360	1,000
Desde 5 hasta 15 años	,388	-,677	,048	,066	,483	,006	,998	,002	1,000
Más de 15 años	,112	-,136	,505	,005	,006	,185	,148	,852	1,000
Total activo	1,000			,160	1,000	1,000			

a. Normalización Simétrica

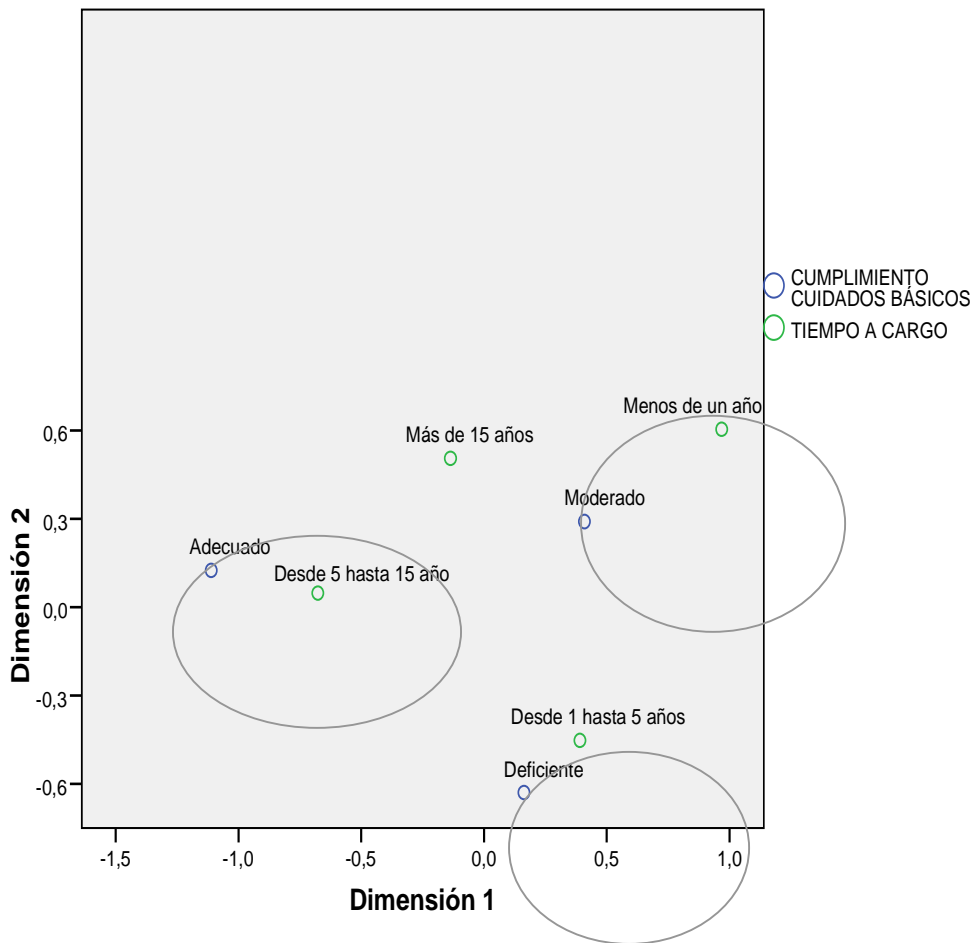
Examen de los puntos columna

	Masa	Puntuación en la dimensión		Inercia	Contribución				
		1	2		De los puntos a la inercia de la dimensión		De la dimensión a la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
CUMPLIMIENTO CUIDADOS BÁSICOS									
Deficiente	,276	,163	-,629	,020	,020	,705	,137	,863	1,000
Moderado	,500	,409	,290	,037	,227	,273	,825	,175	1,000
Adecuado	,224	-1,111	,125	,103	,753	,023	,995	,005	1,000
Total activo	1,000			,160	1,000	1,000			

a. Normalización Simétrica

Del análisis de correspondencia se establece que la primera inercia está dada por el cumplimiento adecuado de los cuidados básicos (inercia=0,103), que corresponde a quienes cuidan al familiar desde 5 hasta 15 años atrás (inercia=0,066). Un cumplimiento moderado (inercia=0,037) está correspondido a un tiempo menor de un año que el familiar está a cargo del usuario postrado (inercias 0,057). Por último, el cumplimiento deficiente (inercia=0,02) está asociado a cuidadores que están entre 1 a 5 años asistiendo al familiar postrado (inercia=0,031). La inercia muy baja (inercia=0,005) y disímil respecto a las inercias de la variable cumplimiento de cuidados básicos originó que no hubiera asociación con ninguna de sus categorías.

FIGURA 8
Análisis de Correspondencia Simple entre Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado y Tiempo a Cargo del Cuidador (N=98)



De la figura 8 se desprende que un cuidado adecuado está asociado a una experiencia del cuidador entre 5 a 15 años, un cumplimiento moderado de los cuidados básicos del familiar postrado está asociado a una experiencia del cuidador por menos de un año en esta tarea. Obsérvese que los sujetos estudiados que cuidan a su familiar por más de 15 años están entre las clasificaciones adecuadas y moderadas, pero no se pudo corroborar en cuál de las dos categorías puede clasificarse. Por último, un cuidado deficiente corresponde a quienes están entre 1 y 5 años al cuidado de su familiar.

TABLA 14
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Tiempo de Dedicación Diaria del Cuidador (N=98)

DEDICACIÓN	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Media Jornada	2	7,4	4	8,2	0	-	6	6,1
Jornada diurna completa	1	3,7	2	4,1	1	4,5	4	4,1
Día y noche	24	88,9	43	87,8	21	95,5	88	89,8
TOTAL	27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

Gamma= 0,208

En la tabla N° 14, (Anexo 5, figura 16) se aprecia que mayoritariamente (89,8%) los cuidadores informales cuidan las 24 hrs. del día al usuario postrado y sólo en un 6,1 % y 4,1% lo cuidan media jornada o sólo durante el día respectivamente.

Por otro lado no se observa evidencia suficiente para afirmar que el tiempo dedicado al cuidado del familiar postrado por parte del cuidador esté asociado con el nivel de cumplimiento de los cuidados básicos ($p > 0.05$)

TABLA 15
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Síntomas de Ansiedad del Cuidador (N=98)

SÍNTOMAS ANSIEDAD	DE	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sí		18	66,7	38	77,6	15	68,2	71	72,4
No		9	33,3	11	22,4	7	31,8	27	27,6
TOTAL		27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

$\chi^2 = 1,292$

En la tabla N° 15, (Anexo 5, figura 17) se destaca que el 72,4% de los cuidadores informales perciben síntomas de ansiedad y sólo un 27,6 indica no sentirse ansioso.

No se observa evidencia suficiente para afirmar que la ansiedad del cuidador esté asociada con el nivel de cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado ($p > 0.05$).

TABLA 16
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Sintomatología Depresiva del Cuidador (N=98)

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	14	51,9	34	69,4	12	54,5	60	61,2
No	13	48,1	15	30,6	10	45,5	38	38,8
TOTAL	27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

$$\chi^2 = 2,788$$

Respecto a la percepción de síntomas de depresión (Anexo 5, figura 18), se observa que el 61,2% de los cuidadores presentan síntomas de depresión y al asociar la sintomatología depresiva con el cumplimiento de los cuidados básicos, no hay evidencia suficiente que pueda afirmar la asociación de dichas variables ($p > 0.05$).

TABLA 17
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Patología Crónica No Transmisible del Cuidador (N=98)

PATOLOGÍA CRÓNICA NO TRANSMISIBLE	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	12	44,4	26	53,1	12	54,5	50	51,0
No	15	55,6	23	46,9	10	45,5	48	49,0
TOTAL	27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

$$\chi^2 = 0,658$$

En la tabla N° 17 (Anexo 5, figura 19), se puede apreciar que el 51% de los cuidadores presentan alguna patología crónica no transmisible, en su mayoría Hipertensión Arterial y/o diabetes Mellitus y el 49% no refiere patologías crónicas.

Por otro lado no se observa evidencia suficiente para poder afirmar que existe asociación entre patología crónica no transmisible y el nivel de cumplimiento de los cuidados básicos del familiar postrado ($p > 0.05$).

Para inferir aún más en las posibles asociaciones de las variables de salud del cuidador informal con el cumplimiento de los cuidados básicos, se efectuaron

cruces con tres variables:

TABLA 18
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Patología Crónica No Transmisible Clasificados por Presencia y Ausencia de Síntomas de Ansiedad (N=98)

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD	PATOLOGÍA CRÓNICA TRANSMISIBLE	NO	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Sí ^a	Sí		10	55,6	25	65,8	7	46,7	42	59,2
	No		8	44,4	13	34,2	8	53,3	29	40,8
TOTAL			18	100,0	38	100,0	15	100,0	71	100,0
No ^b	Sí		2	22,1	1	9,1	5	71,4	8	29,6
	No		7	77,8	10	90,9	2	28,6	19	70,4
TOTAL			9	100,0	11	100,0	7	100,0	27	100,0

^a $\chi^2 = 1,757$ ^b V de Cramer=0,555;

De los que presentan síntomas de ansiedad (tabla 18a), no se observó evidencia suficiente para afirmar que existe una asociación entre la patología crónica no transmisible y el nivel de cumplimiento de los cuidados básicos al familiar postrado ($p > 0.05$).

En cuanto a aquellos cuidadores que no presentan síntomas de ansiedad, se observa que la presencia de patología crónica no transmisible está asociada significativamente con el nivel de cumplimiento de los cuidados básicos al familiar postrado ($p < 0,05$). Es así como en este grupo de los asintomáticos, la tabla 18b muestra a quienes no presentan enfermedades crónicas no transmisibles se clasifican con niveles moderado y deficiente de cuidados básicos del familiar postrado (90,9%, N=10 y 77,8%, N=7, respectivamente), mientras que el 71,4% (N=5) de los que efectivamente presentan al menos una patología crónica no transmisible están asociados a un cumplimiento adecuado de los cuidados básicos de su familiar postrado.

FIGURA 9
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Patología Crónica No Transmisible de su Cuidador Clasificados por Síntomas de Ansiedad (N=98)

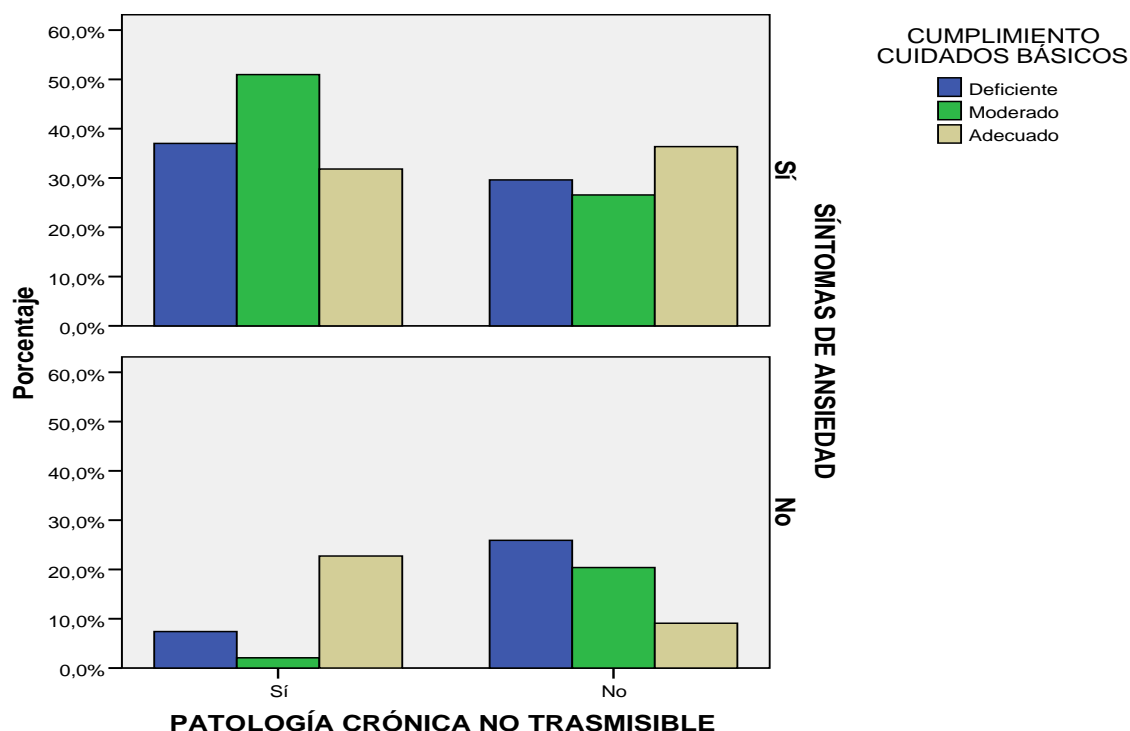


TABLA 19
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Patología Crónica No Transmisible Clasificados por Presencia y Ausencia de Síntomas de Depresión (N=98)

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	PATOLOGÍA CRÓNICA TRANSMISIBLE	NO		DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí ^a	Sí	7	50,0	21	61,8	5	41,7	33	55,0		
	No	7	50,0	13	38,2	7	58,2	27	45,0		
TOTAL		14	100,0	34	100,0	12	100,0	60	100,0		
No ^b	Sí	5	38,5	5	33,3	7	70,0	17	44,7		
	No	8	61,5	10	66,7	3	30,0	21	55,8		
TOTAL		13	100,0	15	100,0	10	100,0	38	100,0		

^a $\chi^2 = 1,632$ ^b V de Cramer=0,307

Tanto para aquellos cuidadores que sí presentan síntomas de depresión como para los con ausencia de sintomatología depresiva, no se encontró evidencia suficiente que permitiese afirmar que la patología crónica no

transmisible estuviese asociada con el nivel de cumplimiento de los cuidados básicos al familiar postrado ($p > 0.05$), en ambos casos. (Anexo 5, figura 20)

TABLA 20
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Presencia de Capacitación Formal en Cuidados del Cuidador (N=98)

CAPACITACIÓN CUIDADOS	EN	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sí		5	18,5	15	30,6	8	36,4	28	28,6
No		22	81,5	34	69,4	14	63,6	70	71,4
TOTAL		27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

$\chi^2=2,092$

Se observa, que sólo el 28,6% de los cuidadores informales ha recibido capacitación en cuidados, el 71,4% refiere no haber recibido ningún tipo de capacitación (Anexo 5, figura 21)

No existe evidencia suficiente de modo que permita afirmar la asociación entre la capacitación formal en cuidados por parte del familiar del usuario postrado respecto al nivel de cumplimiento de los cuidados básicos de éste ($p > 0.05$).

TABLA 21
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Apoyo de Instituciones Formales y/o Informales hacia el Cuidador (N=98)

APOYO	DEFICIENTE		MODERADO		ADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	14	51,9	30	61,2	13	59,1	57	58,2
No	13	48,1	19	38,8	9	40,9	41	41,8
TOTAL	27	100,0	49	100,0	22	100,0	98	100,0

$\chi^2 =0,638$

Respecto al apoyo recibido por el cuidador informal, más de la mitad (58,2%) ha recibido algún tipo de apoyo, pero no existe evidencia suficiente de modo que permita afirmar la asociación entre el apoyo de instituciones hacia el familiar del usuario postrado respecto al nivel de cumplimiento de

los cuidados básicos ($p > 0.05$) (Anexo5, figura 22).

TABLA 22
Origen del Apoyo recibido por el Cuidador Informal de usuarios postrados (N=98)

Origen del Apoyo	N	%
Voluntariado	1	1,7
Organización Social	2	3,3
Estado	33	55,0
Municipio	1	1,7
Centro de Salud	18	30,0
Familia o Amigos	5	8,3
Total	60	100,0

El origen del apoyo recibido por el cuidador informal, principalmente proviene del Estado, el que otorga un estipendio mensual y del Centro de Salud, en menores porcentajes esta la ayuda de familiares y/o amigos, voluntariado, organizaciones sociales y Municipio.

TABLA 23
Tipo de Apoyo recibido por el Cuidador Informal de usuarios postrados (N=98)

Tipo de Apoyo Recibido	N	%
Monetario	32	53,3
Tiempo en cuidado	7	11,7
Especies	18	30,0
Otros	3	5,0
Total	60	100,0

El tipo de apoyo recibido por el cuidador informal, es mayoritariamente de índole monetario, otorgado por el Estado, las especies principalmente pañales son otorgadas por el Centro de Salud, el tiempo en cuidado es muy valorado

por el cuidador, este es otorgado por familiares, amigos, voluntariado y otro tipo de apoyo es el traslado de pacientes hacia controles, instituciones fuera de la ciudad.

X. DISCUSIÓN.

Este estudio que se realizó en el Centro de Salud Familiar Ultraestación y Centro de Salud San Ramón Nonato arrojó que la mayoría de los cuidadores informales de usuarios postrados cumplen moderadamente los cuidados básicos al paciente postrado, presentan una sobrecarga intensa, y existe evidencia suficiente para afirmar que la edad, la escolaridad, el tiempo a cargo y la enfermedad crónica no transmisible en aquellos cuidadores que no presentan ansiedad, están asociados significativamente con el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado.

Con respecto al cumplimiento de los cuidados básicos diversos estudios han identificado las actividades que el cuidador informal debe efectuar al usuario postrado, tales como administrar fármacos, higiene completa, alimentación, cambio de pañales, etc. (Rodríguez y cols., 2004), (Marco, 2004), pero no se ha determinado si tales cuidados se realizan adecuadamente, por lo que no ha sido posible comparar los resultados de este estudio con otros realizados. Se torna preocupante el hecho de que la mayoría de los porcentajes se inclinen hacia el cumplimiento moderado y deficiente de los cuidados, considerando que sólo se evaluó aquellos cuidados básicos, que todo cuidador debe proveer para asegurar un mínimo de bienestar en el paciente. Uno de los grandes desafíos que se tiene en nuestro país es ofrecer una mejor calidad de vida a la población, es en este contexto, que resulta tremendamente valiosa las señales otorgadas por este estudio, que permite darnos cuenta que existe un porcentaje de la población, que va en aumento: los usuarios que sufren de postración en sus distintos grados, a los cuales no se les esta otorgando una asistencia oportuna y confiable, y por ende, tienen mermada su calidad de vida. Cada vez más la sociedad debe otorgar apoyo a quienes cuidan de otros, ir gestando una colaboración permanente, lo cual se traducirá en un mejor cuidado del usuario postrado (Villalobos y cols, 2006).

Respecto a la variable sobrecarga, se ha investigado ampliamente la sobrecarga percibida por los cuidadores informales determinándose que todos perciben algún nivel de carga y que, en general, la carga percibida por los cuidadores suele ubicarse en niveles moderados o severos (Mendoza y cols., 2005). Lo cual concuerda con este estudio donde sólo un mínimo porcentaje de

cuidadores no presentó sobrecarga, coincidiendo además con otros estudios nacionales e internacionales en que los cuidadores informales estudiados presentaron en un 70% - 72% algún grado de sobrecarga, predominando la sobrecarga intensa, (Méndez y cols, 2005), (Muñoz y cols, 2004), (Augsburger, 2003), (Martínez y cols, 1998), (Zabalegui y cols., 2004). Al asociar esta variable con el cumplimiento de los cuidados básicos no se encontró significación estadística, incluso aquellos cuidadores con sobrecarga intensa otorgan un cuidado más adecuado que aquellos sin sobrecarga, esto se puede explicar porque la mayoría de los cuidadores llevan más de 5 años al cuidado y presentan edades de más de 40 años, por lo que tienen más experiencia y principalmente más asumido su rol de cuidador, que aquellos que comienzan en la actividad y debido a su falta de habilidad y corta edad se ven superados rápidamente en las labores del cuidado.

En cuanto a los factores sociodemográficos, la mayor cantidad de cuidadores informales se ubicó en el rango de edad entre 41 a 60 años, además esta variable se asocia significativamente con el cumplimiento de los cuidados, observándose que aquellos cuidadores con más de 60 años, cumplieron adecuadamente con los cuidados, mientras que los cuidados deficientes están asociados a cuidadores menores de 41 años. Esto se puede explicar porque aquellos de menor edad, desconocen los cuidados que requiere el usuario postrado, carecen de habilidad y experiencia en el cuidado, y aún no asumen su rol de cuidador, a diferencia de los de mayor edad que además de llevar más tiempo en el programa de atención domiciliaria a usuarios postrados, tienen más internalizada su responsabilidad en el cuidado del paciente, comprenden que éste depende casi exclusivamente de sus atenciones, se han generado lazos de afecto que favorecen la relación cuidador-cuidado. De sexo femenino en más de un 90%, una de las principales razones del por qué la mayoría de los cuidadores sean mujeres es debido a que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa, (Augsburger, 2003). La mujer, por su naturaleza, comprende y entiende el cuidado como una situación del diario vivir. El cuidado de los enfermos, de los niños y de los viejos siempre correspondió a las mujeres; este

hecho es histórico y constante en la mayoría de las sociedades (Partezani y cols, 2001), tiende a ser detallista y observadora, busca casi de manera instintiva preservar la vida, en cambio el hombre, por el contrario busca ser planificador, es más práctico y en ese sentido, participa y colabora en el cuidado mirando aspectos que las mujeres no valoran (Pinto y coes., 2005). El nivel de escolaridad es, fundamentalmente básico, sumado los analfabetos, tenemos un grupo de cuidadores con un nivel de instrucción bajo. Los cuidadores con nivel superior de educación apenas alcanzan al 7%, probablemente por que tienen acceso a sistemas privados de salud. En esta investigación la mayoría de los cuidadores, presentan algún ingreso económico para el cuidado del paciente, que en su mayoría corresponde a la pensión recibida por este y que es insuficiente para afrontar los gastos que implica el cuidar. El parentesco del cuidador con el usuario postrado es principalmente madre, hijo(a) y cónyuge. Todos estos resultados correspondientes al perfil de los cuidadores informales de usuarios postrados, son congruentes con diversos estudios nacionales e internacionales, que nos indican que los cuidadores informales son en su mayoría mujeres con porcentajes que van del 72% al 92%; con parentescos principalmente de esposas, hijas o madres. (Burke & Walsh, 1998), (Quero y cols., 2004). La proporción de hombres que cuidan es sustancialmente menor: tan sólo el 17% de los cuidadores son hombres, generalmente maridos, con una edad media de 65 años, retirados (45%) o trabajando fuera de la casa (42%) (Zabalegui y cols., 2004). La edad promedio es de 45 a 65 años, con niveles de educación y socioeconómicos heterogéneos, (Pinto y cols., 2005) la mayoría de las cuidadoras suelen tener bajo nivel de estudios y origen social modesto. (Montorio y cols., 1998), (Durán, 2004), (Méndez y cols, 2005), (Muñoz y cols, 2004), (Augsburger, 2003), (Pucheu, 2004), (Garrido y cols, 2005). Investigaciones nacionales indican que los cuidadores tienen algún ingreso económico de diversos orígenes el que en muchas ocasiones es insuficiente para las necesidades del paciente, lo que produce conflicto de prioridades en el cuidador informal; (Muñoz, Novoa y cols. 2004). Con respecto a la condición de pareja, estudios colombianos determinaron que presentan estados civiles variados (Pinto y cols., 2005), y españoles indican que el 74% de las cuidadoras estaban casadas, Ambas situaciones están en correspondencia con este estudio, a pesar que se evaluó

la condición de pareja, independiente de la relación contractual.

En referencia a las variables de salud, encontramos un cuidador que presenta síntomas de ansiedad, depresión y enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente hipertensión arterial, diabetes y problemas osteomusculares. No es raro que los cuidadores presenten alteraciones de su salud física y mental como resultado de las exigencias permanentes de cuidar a un usuario postrado. Las consecuencias negativas del cuidado han sido ampliamente estudiadas, en los cuidadores informales haciendo énfasis en la sintomatología depresiva y ansiosa. Estos dos últimos problemas psíquicos son los que aparecen en mayor cuantía, como lo demuestra un estudio , realizado en Colombia, en el cual se observó un 81,3% de depresión y un 85,2% de ansiedad en los cuidadores de adultos mayores discapacitados (Dueñas y cols., 2006), por otro lado en el Reino Unido estudios efectuados a cuidadores informales, identificaron la presencia de 29% de ansiedad y 11% de depresión, la ansiedad estuvo significativamente asociada con ser hija o nuera (40%), en España, Ribas y coes estudiaron la prevalencia de ansiedad y depresión en cuidadores informales de los mayores, encontrando que el 85% de los cuidadores que obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 6 en la escala de Goldberg (indicativas de ansiedad y/o depresión) eran mujeres (Zabalegui y cols., 2004). En relación a la morbilidad, estudios españoles de atención primaria concluyeron que en general el cuidador tiene morbilidad asociada y que esta se relaciona con una mayor sobrecarga (Regueiro y cols., 2006).

Respecto de la variable tiempo, el cuidador ha estado a cargo del usuario postrado más de 1 año, en su gran mayoría de 5 a 15 años, incluso hay cuidadores que llevan más de 15 años a cargo del paciente y lo cuidan día y noche. Evidentemente lo anterior incide en el estado de salud física y mental del cuidador. Los cuidadores, por dedicarse la mayor parte del tiempo a la labor del cuidado ven menoscabada su calidad de vida (Garrido y cols., 2005). Lo anterior coincide con estudios que señalan que el tiempo medio del cuidado diario es de 4 a 5 horas al día los siete días de la semana (Montorio y cols., 1998), (Durán, 2004) Cuando estos pacientes son de cuidado, se requiere la presencia del cuidador las 24 hrs. del día en un estado de alerta constante y de

preocupación frente a cualquier suceso (Cádiz & Morales, 2006), (Quero y cols.,2004), el 100% de los cuidadores estuvieron a cargo del paciente más de 6 meses al año , frecuentemente más de 5 años, tiempo que coincide tanto en estudios españoles , chilenos y colombianos (Seira, Aller, Calvo, 2002), (Pinto y coes., 2005), (Garrido y cols.,2005), (Méndez y cols, 2005), (Muñoz y cols, 2004).

En cuanto a la capacitación formal del cuidador informal, existe un elevado porcentaje 71% de cuidadores no capacitados, y a pesar de que la relación de esta variable con el cumplimiento de los cuidados no es significativa , se observa que de los cuidadores sin capacitación formal, cumplen deficientemente los cuidados básicos al usuario postrado, llama la atención que más de la mitad de los cuidadores refiere no necesitar de capacitación y los que la requieren les gustaría en stress y temas afines; esto resalta que las necesidades de los cuidadores van más allá de ayuda física, en muchos momentos necesitan ayuda emocional. En relación a esta dimensión, algunos estudios han determinado que el cuidador usa conocimiento popular para prestar cuidado, (Partezani y cols., 2001) y muchos cuidadores, dicen no necesitar aprender nada para cuidar, dato que puede estar relacionado con el tiempo que llevan cuidando, y entre las capacitaciones que querrían tener, está la mecánica corporal, (Rodríguez y cols., 2006). Al margen de lo anterior, algunos estudios han demostrado que un mayor tiempo como cuidador no se asocia a un mayor grado de conocimientos, por sí solos los cuidadores no aumentan el nivel de conocimientos, lo que resalta la importancia de una educación temprana y continuada, que debe ser al inicio y continuarlo a lo largo del tiempo de cuidados. Por ello, una de las metas del profesional de enfermería en pacientes con patologías crónicas es conseguir que ellos y sus familias tengan un nivel adecuado de conocimientos sobre su enfermedad y sus cuidados, ya que la efectividad de una intervención educativa de los cuidadores de pacientes dependientes pueden facilitar los cuidados (Bañobre y cols., 2005).

En relación a la dimensión apoyo, se destaca que más de la mitad de los cuidadores refirió tener algún tipo de apoyo, cuyo origen principal es del estado, centro de salud y familia o amigos y el tipo de apoyo es monetario, lo que corresponde al estipendio que comenzó a otorgar el estado a los

cuidadores de pacientes con dependencia severa cuya situación socioeconómica lo amerite, con respecto a este punto lamentablemente la gran mayoría de los cuidadores refirieron que el aporte no es periódico, que se tarda en llegar, por lo que no siempre cuentan con él. Otro tipo de cuidado es en especies, principalmente pañales otorgados por el centro de salud y tiempo en el cuidado, apoyo muy valorado otorgado por familiares o amigos, a pesar de que la asociación entre apoyo y cumplimiento de cuidados no fue estadísticamente significativa de igual modo se observa que aquellos que sí reciben algún tipo de apoyo cumplen más adecuadamente los cuidados que aquellos que no tienen apoyo. Estudios españoles han determinado que los recursos más valorados son los “Programas de respiro” que son servicios de cuidado temporal de corta duración, para los usuarios dependientes, para que los cuidadores puedan descansar de la práctica diaria durante ese período de tiempo. En relación con las ayudas económicas en España, se encuentran las reducciones de impuestos y flexibilizaciones de jornadas laborales y en algunas comunidades como Cataluña, Andalucía, se les otorga ayuda en dinero al mes (240,40 E), para todos los mayores de 65 años totalmente dependientes y con ingresos menores a 360 Euros al año (Zabalegui y cols., 2004). Bastante alejado de la realidad chilena que a partir del 2006 comenzó también con ayuda económica de un estipendio de \$20.000 mensuales a los cuidadores informales de usuarios postrados dependientes severos con una situación económica que lo amerite. En España, como en Chile, la atención domiciliaria es un servicio implementado ya casi en todas las comunidades y lo que se va incrementando son los voluntariados coordinados. En Norteamérica, Argentina, Reino Unido, España existen regímenes de protección, amparo y formación para cuidadores de pacientes ancianos, mientras que en Chile recientemente se están generando políticas que amparan al cuidador.

XI. CONCLUSIONES.

-Este estudio, es pionero en recoger información relativa al cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado y asociarlo con los posibles factores que interfieren en él, además de generar un instrumento específico para llevar a cabo el proceso, que estadísticamente es válido y confiable.

-La mayoría de los cuidadores informales de pacientes postrados de los Centros de Salud San Ramón Nonato y Ultraestación, cumplen moderadamente los cuidados básicos al usuario postrado.

-La mayor parte de las variables sociodemográficas tuvieron una relación de carácter débil, sin asociación estadística, respecto al cumplimiento de los cuidados básicos a los usuarios postrados, salvo la edad y escolaridad que tuvieron una relación estadísticamente significativa.

-Se logró determinar que aquellos cuidadores de mayor edad y de menor escolaridad cumplen más adecuadamente los cuidados que los de edades menores y estudios medios y superiores.

-Respecto de las variables de salud, no hubo significación estadística al asociar depresión, ansiedad y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTS) con el cumplimiento de cuidados, pero al asociar, la variable ansiedad y ECNTS con el cumplimiento de los cuidados, fue posible constatar que aquellos cuidadores sin ansiedad pero que presentan alguna patología crónica, cumplen más adecuadamente los cuidados que los cuidadores asintomáticos, quienes cumplen deficientemente los cuidados.

-Es importante destacar que, a pesar de que el nivel de carga no es un factor que incida en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado, el mayor porcentaje de cuidadores presenta una sobrecarga intensa.

-Los resultados obtenidos respecto al tiempo a cargo y al tiempo de dedicación diaria a los cuidados, demostraron que, con más tiempo al cuidado del usuario postrado, más adecuado es el cuidado e independiente del tiempo que se le dedique diariamente, el cumplimiento de los cuidados básicos es similar.

-En relación con la capacitación, no hubo asociación estadística con el cumplimiento de los cuidados básicos, siendo importante destacar que el

mayor porcentaje de los cuidadores no presenta capacitación formal y que paradójicamente refiere no necesitarla. Y de los que sí refieren necesitar capacitación, la mayoría no la desea en cuidados básicos del usuario postrado, sino que en stress, relajación o mecánica corporal.

-Distinto a lo que se esperaba, la variable apoyo no está estadísticamente asociada al cumplimiento de cuidados, a pesar de que la mayoría de los cuidadores recibe algún tipo de apoyo principalmente del Estado, Centro de Salud, y en menos cuantía de familiares y/o amigos y voluntariado. Por otro lado el tipo de apoyo recibido fue en orden decreciente: monetario, especies, tiempo en cuidado. Es importante mencionar que el apoyo monetario corresponde al estipendio otorgado por el gobierno y que la mayoría de los cuidadores se quejó de no recibirlo periódicamente, muchos de ellos hace ya varios meses que no lo recibían sin conocer el motivo de la demora.

-El ya conocido perfil del cuidador informal, no tuvo variaciones respecto de la literatura en este estudio, siendo en su mayoría de sexo femenino, con edades entre 41-60 años, de baja escolaridad, con pareja, con algún tipo de ingreso económico que no alcanza a cubrir las necesidades del usuario postrado, con un parentesco de hija(o), madre y /o cónyuge.

-Respecto a las hipótesis formuladas en la investigación, con los antecedentes obtenidos no se puede afirmar que la hipótesis de trabajo se cumplen.

-Si bien la mayoría de las variables estudiadas no tuvieron asociación estadística con la variable dependiente, este estudio otorga nuevos hallazgos respecto al binomio cuidador informal-usuario postrado, dando a conocer información diferente a la percepción general.

-Finalmente, es posible afirmar que sí existen algunos factores que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos otorgados al usuario postrado y es importante conocerlos, de tal modo de intervenir en ellos y así otorgar mejores prestaciones de salud a los usuarios con postración, mejorando su calidad de vida y también la de sus cuidadores informales.

XII. SUGERENCIAS.

-Estos resultados sugieren el diseño de un sistema de control más profundo, para conocer las atenciones que efectivamente el cuidador informal le está proporcionando al usuario postrado en su domicilio, para lo cual ,el equipo de salud, principalmente el Profesional de Enfermería debe comprobar más periódicamente, en el domicilio, si los cuidados básicos al usuario postrado se cumplen adecuadamente; por lo anterior, se requiere más horas del profesional Enfermera en los distintos establecimiento de la atención primaria que cumpla con esta labor.

-Se debe propender a la realización de visitas integrales de manera más periódica, de tal modo de afrontar los problemas acaecidos en los usuarios postrados de manera holística.

-Generar grupos de autoayuda en donde aquellos cuidadores que cumplen más adecuadamente los cuidados, sirvan de monitores, y compartan sus vivencias con otros cuidadores; esto genera entre los miembros una sensación de comprensión y empatía, de modo que el cuidador percibe que no está solo. Esto puede ayudar a resolver problemas cotidianos, afrontar frustraciones, entre otras cosas.

-A pesar de la reticencia de los cuidadores informales, éstos deben ser capacitados formalmente en cuidados básicos de tal modo de ir incrementando sus habilidades en el cuidado, y en conjunto a otros profesionales como psicólogos, kinesiólogos; enseñar técnicas en afrontamiento del stress, mecánica corporal u otros temas apetecidos por los cuidadores. Importante es considerar el perfil del cuidador, el tiempo que lleva a cargo del paciente, etc., debido a que, de acuerdo a los resultados de este estudio, no todos los cuidadores necesitan los mismos recursos, ejemplo: se debe entregar mayores herramientas a aquellos que llevan menos tiempo en el cuidado y son cuidadores de menor edad.

-Es importante mantener un censo actualizado de los usuarios postrados con sus respectivos cuidadores, debido a que una de las limitaciones de este estudio fue que las direcciones no correspondían o el usuario había fallecido.

-Las alteraciones de la salud física y/o psíquica del cuidador debe

abordarse de manera prioritaria, pesquisarse a tiempo y atenderse integralmente, tanto por ellos como por las personas que se benefician de su cuidado.

-Formar en cada centro de salud equipos de voluntariado y/o reforzar los ya existentes para que proporcionen ayuda al cuidador, principalmente en tiempo en cuidado.

-Generar en los Centros de salud, programas de “respiro” similares a los existentes en España, de tal modo que se creen instancias en que el cuidador informal pueda salir del domicilio a realizar actividades de su vida privada y quede al cuidado del usuario postrado alguien confiable, capacitado y que esto no signifique costo alguno para el cuidador. Idealmente con los grupos de voluntariado.

-Gestionar de mejor manera la entrega del estipendio a los cuidadores, de tal modo que ellos puedan contar mensualmente con dicho beneficio y avisar en los casos de demora u otros.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Alvarado García, A. (2007). *Adquiriendo Habilidad en el Cuidado: De la Incertidumbre al Nuevo Compromiso*. Revista de Enfermería "Aquichan". Vol. 7. Facultad de Enfermería Universidad de la Sabana, Colombia. Disponible en sitio Internet: <http://www.aquichan.unisabana.edu.co>
2. Argimon, JM; Limón, E; Abós, T. (junio 2003). Comentario: *Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores informales de pacientes discapacitados*. Revista: "Atención Primaria", publicación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Vol. 32, N° 02, p. 84-85. Disponible en sitio Internet: [http:// www.doyma.es](http://www.doyma.es)
3. Augsburger Morales, H. (2003), Tesis: *Sentimiento de carga del cuidador de pacientes postrados Centro de Salud Familiar Las ánimas Valdivia*. Facultad de Medicina; Escuela de Enfermería Universidad Austral de Chile, Valdivia. Disponible en sitio Internet: <http://www.cybertesis.uach.cl>
4. Ballester, D.; Juvinya, D.; Brugada, N.; Doltra, J.; Domingo, A. (Julio-Dic. 2004). *Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental*. "Revista Presencia", revista de Enfermería de salud mental. Disponible en sitio internet: <http://www.index-f.com/presencia/n4/56articulo.php>
5. Bañobre, A. y colaboradores. (2005). *Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga*. "Revista Soc. Española Enfermería Nefrológica" Vol. 8 p:156-165. Disponible en sitio internet: [http:// www.revistanefrologia.com](http://www.revistanefrologia.com)
6. Burke & Walsh. (1998) *Enfermería Gerontológica, Cuidados integrales del adulto mayor*. Edición en español, Harcourt Brace de España, Páginas: 467-470.
7. Cádiz Denté, C.; Morales Vilches, V. (marzo 2006). *En buenas manos, manual de cuidados básicos para el adulto y la adulta mayor dependiente*. Instituto de Normalización Provisional (INP), Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile.
8. Dueñas, E.; Martínez, M.; Morales, B. et al. *Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales*. (junio 2006). Revista: "Colombia Médica". Vol.37 N°2, supl .1. Disponible en sitio Internet : <http://www.scielo.cl>
9. Durán, M. (mayo 2004). *Las demandas sanitarias de las familias*. Gaceta Sanitaria. Vol.18, supl.1, Barcelona, España. Disponible en sitio Internet : <http://www.scielo.cl>
10. Franqueza Roca, M. (marzo 2003). *¿Quién cuida al cuidador?*, Informaciones Psiquiátricas. Revista Hospitalarias N° 172. Disponible en sitio Internet: [http://: www.revistahospitalarias.org](http://www.revistahospitalarias.org)
11. García Calvente, M.; Inmaculada Mateo Rodríguez; García Maroto Navarro. (mayo 2004) *El Impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres* Escuela de Salud Pública, Granada España.. Gaceta Sanitaria v. 18 supl.2 Barcelona. Disponible en sitio Internet: <http://www.scielo.cl>
12. Garrido, M.; Luengo, E.; Quinatana, R.; Valdebenito, P.; Utreras M. (Sept. 2005). *Calidad de vida de cuidadores informales: agrupación*

- alzheimer Concepción*. Cuad. Med-soc (Santiago de Chile). Disponible en base de datos LILACS
13. Instituto Nacional de Estadística (INE) http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/discapacidad.php
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demo_y_vita.php
 14. Jiménez, A.; Salinas, M.; Sánchez, T..(2004). *Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson*. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México. N° 12(2) :61-63. Disponible en sitio internet: www.latindex.unam.mx
 15. Lara Pérez, L.; Díaz Díaz, M.; Herrera Cabrera, E. y Silveira Hernández, P. (mayo-agosto 2001). *Síndrome del Cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica*. Revista "Cubana de Enfermería". Vol.17, N°2, p.107-111. Disponible en sitio Internet: <http://www.scielo.cl>
 16. Marco Navarro, E.; Doctor en Medicina y Cirugía. (2004) Tesis: *Calidad de vida del Hemipléjico Vascular*. Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de medicina, Departamento de medicina.
 17. Martínez, A.; Nadal, S.; Beperet, M.; Mendióroz, P.; Grupo Psicost. (1998). *Sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes con Esquizofrenia; factores determinantes*. Anales del sistema sanitario de Navarra, Vol. 23, suple.1. Disponible en sitio Internet: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple10a.html>
 18. Méndez Vilarroel V.; Moraga Pulgar P. (2005). TESIS: Factores que influyen en la sobrecarga de cuidadores informales de adultos mayores dependientes controlados en el consultorio adosado de Collipulli. Santiago, Universidad de Chile. Disponible en Servicio de Salud Nuble DERA.
 19. Mendoza Ferrás, A.; Pabón Dávila, J.; Ginsberg, J.; Martínez, M. (enero-junio 2005). *Carga subjetiva percibida por el cuidador y su relación con el nivel de deterioro de pacientes con diagnóstico de demencia. Influencia de edad, estilo de personalidad y tipo de cuidador*. Revista "Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología". Vol.51 , N°104 .Disponible en sitio Internet: www.infomediconline.com/biblioteca/revistas/psiquiatría/vol51n104.pdf
 20. MINSAL (julio 2006) .*Orientaciones Estratégicas Ministerio de Salud*. Documento de trabajo. Disponible en sitio Internet: www.minsal.cl
 21. Montorio Cerrato, I.; Fernández de Trocóniz, M.; López, A. y Sanchez Colodrón, M. (1998). *La entrevista de Carga del Cuidado. Utilidad y validez del concepto de carga*. Anales de Psicología. Publicaciones de la Universidad de Murcia (España) .Vol.14 N°2. P.229- 248.
 22. Muñoz Rubilar, C.; Novoa Soto, D.; Ortiz Sanhuez, T.; Retamal Riquelme, C. (2004) Tesis:*Factores que influyen en el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, adscritos al consultorio Violeta Parra de Chillán*. Universidad del Bio Bio Facultad Ciencias de la Salud y los Alimentos, Escuela de Enfermería.
 23. Párraga Díaz, M. (mayo 2005). *Y... ¿Quién cuida a los cuidadores?*"Enfermería Global: Revista electrónica semestral de

- Enfermería”, España, ensayos y reflexiones N°6. Disponible en sitio Internet: www.um.es/eglobal/
24. Partezani Rodrigues, R.; Guimaraes de Andrade, O.; Marques, S. (Enero, 2001). *Representaciones Sociales del Cuidado del Anciano en Trabajadores de Salud en un Ancianato*. “Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 9 N° 1. Ribeirao Preto. Brasil Disponible en sitio internet : <http://www.scielo.br>
 25. Peón Sánchez, M. (mayo-abril, 2004). *Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de alzheimer. Prevención y cuidados en el “Síndrome del cuidador”*. “Revista: Enfermería Científica”, España, Art.12 N°264-265. Disponible en sitio Internet: www.ttmed.com/ecv/art/174_art_12_04.pdf.
 26. Pinto, N.; Barrera, L.; Sánchez, B. (Octubre, 2005). *Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a los Cuidadores”*. “Revista Aquichan” Vol. 5 N° 1 128-137. Facultad de Enfermería Universidad de la Sabana, Colombia. Disponible en sitio Internet: <http://www.aquichan.unisabana.edu.co>
 27. Pucheu Moris, X.. (2004). Tesis: “Estudio de calidad de vida en usuarios del policlínico de alivio del dolor y cuidados paliativos del Hospital Herminda Martin de Chillan”. Universidad del Bio-Bio , Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos
 28. Quero, A.; Briones, R.; Prieto, M.; Navarro, A.; Pascual, N.; Guerrero, C. (octubre 2004). *Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación*. “Revista Científica de Enfermería: Nure Investigación”; Vol. 9 .Disponible en sitio Internet: www.fuden.es
 29. Regueiro, A.; Ferreiro, M; Gómara, S.; Pérez, Vasquez (julio 2006). *Sobrecarga del cuidador principal del paciente dependiente en atención primaria*. Artículo “Revista Atención Primaria”.Vol. 38 N° 03. Disponible en sitio Internet: [http:// www.doyma.es](http://www.doyma.es)
 30. Ricker, Bev. *Manual del Cuidador. Aging and Adult Service Administration*. Washington State Department of Social and Health Services. Disponible en sitio internet: www.aasa.dshs.wa.gov
 31. Rodríguez del Álamo, A. (2005). *Sobrecarga Psicofísica: En familiares cuidadores de enfermos de alzheimer* Artículo de la Fundación SPF de Neurociencia. Disponible en sitio Internet: www.psicología-online.com/colaboradores/del
 32. Rodríguez Pérez, M.; Abreu Sánchez, A.; Barquero González, A.; León López, R. (enero, 2006). *Cuidadores de ancianos dependientes. Cuidar y ser cuidados*. “Revista Nursing”, artículos especiales para la edición española. Vol. 24, N°01, p.58-66. Disponible en sitio Internet: <http://www.doyma.es>
 33. Schavelzon, J. (Dic. 2004). *BURN-OUT: un enfoque desde la psicopatología. Referencias a estudios en Oncología*. “Revista AMA” (Asociación Médica Argentina). N° 117 (4): 36-41 Disponible en sitio internet: http://www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp ; y en base de datos LILACS.
 34. Seira Llenos, M.; Aller Blanco, A.; Calvo Gascón, A. (Diciembre 2002) *Morbilidad Sentida y Diagnosticada en cuidadores de pacientes*

- inmovilizados de una zona de salud rural*. "Revista Española de Salud Pública", Vol. 76, N° 6.
35. Ubierno Ubierno, C.; Regoyos Ruiz S.; Vico Gavilán, V.; Reyes Molina, R., (julio, 2005). "El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal". *Revista Enfermería Clínica España* Vol. 15 N° 04 p. 199 – 205. Disponible en sitio Internet: [http:// www.doyma.es](http://www.doyma.es).
 36. Venegas, B. (2006). *Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada*. "Revista Aquichan". Vol. 6.
 37. Villalobos, A.; Vega, T.; Arias R.; Estrada V.; Bustos C., Herrera P.; Soto H.; Quinteros J.; Martínez R. (julio 2006), *Manual de cuidados domiciliarios a personas postradas*. MINSAL.
 38. Yanguas Lezaun, J.; Pérez Salanova, M. (agosto, 2001) *Apoyo Informal y Demencias: ¿Es posible descubrir nuevos caminos?* Artículo de Matia fundazioa de Barcelona. Disponible en sitio Internet: www.matiat.net/profesionales/articulos
 39. Yanguas Lezaun, J.; Leturia Arrázola, F.; Leturia Arrázola, M.I (octubre 2001). *Apoyo Informal y Cuidado de las personas mayores dependientes*. Artículo de Matia fundazioa de Barcelona. Disponible en sitio Internet: www.matiat.net/profesionales/articulos
 40. Zabalegui, A.; Juando, C.; Izquierdo, M. y colaboradores. *Recursos y consecuencia de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática*. (2004). Gerokomos N° 15 (4). Disponible en sitio internet: <http://www.drugfarma.com/SPA/gerokomos/>

XIV. ANEXOS

Anexo N°1

Universidad del Bío Bío
Facultad de Cs. De la Salud y los Alimentos
Magíster en Salud Pública

Cuestionario para el estudio:

“Factores del cuidador informal que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado de Centro de Salud San Ramón Nonato y Centro de Salud Ultraestación de Chillán”.

Fecha Aplicación:

CESFAM:

Caso N°:

I Características sociodemográficas del cuidador informal de usuarios postrados:

1. Edad del cuidador informal:

Menor de 20 años de edad. 41 a 60 años de edad
21 a 40 años de edad Mayor a 60 años de edad.

2. Sexo del cuidador informal:

Femenino Masculino

3. Escolaridad alcanzada por el cuidador informal:

Sin estudios Enseñanza Media completa
Enseñanza Básica completa Enseñanza media incompleta
Enseñanza Básica incompleta Enseñanza superior

4. Condición de pareja del cuidador informal:

Con pareja Sin pareja

5. Ingresos económicos del cuidador informal:

Con ingresos ¿Cuánto? _____
Sin ingresos ¿Origen? _____

6. Parentesco con el usuario postrado:

Hija (o)
Cónyuge

Otro familiar
Sin parentesco

7. Tiempo que lleva el cuidador informal a cargo del usuario postrado:

Menos de 1 año
Desde 1 año hasta 5 años

Más de 5 años hasta 15 años
Más de 15 años

8. Tiempo que el cuidador informal dedica diariamente al cuidado del usuario postrado

Media jornada (mañana o tarde)
Jornada diurna completa

24 horas

9. El cuidador informal ha recibido capacitación formal en cuidados:

NO SI

De quién: _____

En que Temas: _____

10. El cuidador informal considera que la capacitación en cuidados es:

Muy necesaria Necesaria Innecesaria

En que tema le gustaría la capacitación? _____

11. Apoyo:

11. A El cuidador informal ha recibido apoyo:

NO SI

Si su respuesta es SI continúe con las siguientes preguntas:

11.B De qué organización o institución usted ha recibido apoyo:

Voluntariado
Org. Social (junta vecinos)

Estado (estipendio)
Municipio

Org Religiosa
Centro de Salud
Familiar o amigo

11C Tipo de Apoyo recibido por el cuidador informal:

Monetario
Tiempo en cuidado

Especies
Traslado

Otro

II Características de salud del cuidador informal de usuarios postrados:

12. Presenta el cuidador alguna patología crónica no transmisible:

NO SI Hipertensión Arterial Ambas
Diabetes mellitus Otra _____

13. El cuidador informal presenta síntomas de Ansiedad:

NO SI

14. El cuidador informal presenta sintomatología depresiva:

NO SI

III Nivel de Carga del cuidador informal de usuarios postrados: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit anexo 2:

15. El cuidador informal se encuentra:

Sin sobrecarga Sobrecarga Leve Sobrecarga Intensa

IV Cumplimiento de los cuidados básicos principales del usuario postrado:

16. El cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado es:

Adecuado Moderado Deficiente

Anexo N°2

Instrumento para determinar el cumplimiento de los cuidados básicos que deben ser otorgados al usuario postrado.

1. ALIMENTACIÓN:

1.A .Estado nutricional (revisión en ficha clínica)

Normal Desnutrido Sobrepeso Obeso

1. B. Hidratación (observación directa)

Buena Regular Mala

1. C.¿Qué cantidad de líquido ingiere durante el día?

Menos de ½ lt. ½ litro a 1 litro 1,5 litros a 2 litros

1D.¿Cuántas veces al día alimenta al usuario postrado?

Menos de 3 veces 3 veces 4 o más

2. ELIMINACIÓN:

2. A. ¿Ha presentado el usuario postrado alguna infección urinaria en los últimos 12 meses?:

NO SI N°: _____

2.B .En caso de incontinencia; ¿Usa pañal?:

SI NO

2C. En el caso de usar pañal ¿cada cuánto realiza el cambio?

Cada 4 horas o antes si lo requiere Cada 12 horas
Cada 6 horas Más de 12 horas

2D.¿ Cada cuánto efectúa usted el aseo genital?

Cada 4 horas o antes si lo requiere Cada 12 horas
Cada 6 horas Más 12 horas

2E El usuario postrado ¿usa chata?

SI

NO

Si responde si continuar preguntando

2.F Tiene establecido un horario para sentarse en la chata?

SI

NO

2G. El estado de la piel del área genital es:

Buena

Regular

Mala

3. REPOSO Y SUEÑO:

3 A. ¿Tiene el usuario postrado un horario para dormir?

SI

NO

3B. ¿ Enseña al usuario postrado a relajarse para conciliar el sueño?

SI

NO

3C. ¿A qué hora es la última comida del usuario postrado?.

Antes de las 20 horas

Después de las 20 horas

3 D: ¿En qué posición coloca al usuario postrado después de la alimentación, una o dos horas antes de dormir?

Semisentado o decúbito lateral

De espalda

Boca abajo

3E. En qué horario toma líquido el usuario postrado?

En cualquier horario

Evitando las horas cercanas al momento de dormir

4. HIGIENE Y CONFORT:

I. Personal y Ambiental

4A. El usuario postrado se encuentra: (observación directa)

Aseado

Bien vestido

Desaseado

Mal vestido

4B .¿Efectúa aseo matinal diario?

SI NO

4 C ¿Efectúa higiene de la boca diariamente?

SI NO

4D En el caso de presentar dentición ¿Cada cuánto le asea los dientes?

Después de cada comida	<input type="checkbox"/>	1 vez al día	<input type="checkbox"/>
2 veces al día	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>
		No lo hace	<input type="checkbox"/>

4 E ¿Cada cuánto le cambia ropa al usuario postrado?:

Diariamente	<input type="checkbox"/>	2 veces a la semana	<input type="checkbox"/>
Día por medio	<input type="checkbox"/>	1 vez por semana	<input type="checkbox"/>

4 F ¿Cada cuánto baña al usuario postrado?

Una vez a la semana o antes si fuera necesario	<input type="checkbox"/>
Cada 15 días	<input type="checkbox"/>
1 vez al mes	<input type="checkbox"/>

4 G ¿Cada cuánto le lava el pelo al usuario postrado?

Una vez a la semana o antes si fuera necesario	<input type="checkbox"/>
Cada 15 días	<input type="checkbox"/>
1 vez al mes	<input type="checkbox"/>

4H ¿Cada cuánto le cambia sábanas al usuario postrado?

Una vez a la semana o antes si fuera necesario	<input type="checkbox"/>
Cada 15 días	<input type="checkbox"/>
1 vez al mes	<input type="checkbox"/>

4I. ¿Cada cuánto efectúa masaje suave en la piel del usuario postrado para activar la circulación

Diariamente Tres veces a la semana o menos
Día por medio A veces
No le realiza

4J. Cuenta el usuario postrado con una habitación propia, individual o compartida con máximo 1 persona?

SI NO

4K Higiene de la habitación?

Limpia Ordenada
Sucia Desordenada

4 L. Condiciones de la cama (sábanas, almohadas, frazadas. Colchón):

Mal estado, limpia Buen estado, limp
Mal estado, sucia Buen estado, suci

4M El espacio de circulación alrededor de la cama es suficiente?

SI NO

4 N. La Iluminación, ventilación y calefacción de la habitación son adecuadas?

SI NO

5. MOVILIZACIÓN

5A. Cada cuánto tiempo le realiza cambio de posición durante el día?

Cada 2 horas Cada 4 horas o más
Cada 3 horas No lo realiza

5B. Realiza al usuario postrado movilización pasiva durante el día

NO por qué _____ SI

5C. Presenta el usuario postrado úlceras por presión (observación directa)

SI ubicación: _____

NO

6. ESTIMULACIÓN:

6A. En la rutina diaria del usuario postrado tiene contempladas actividades de distracción

NO por qué _____ SI

Lectura	<input type="checkbox"/>
Escuchar radio	<input type="checkbox"/>
Ver televisión	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>

7. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

7 A ¿Ingiere el usuario postrado algún fármaco?

SI NO

En caso de que la respuesta sea SI confirmar en ficha clínica

7B. Según verificación de indicaciones en ficha clínica el cuidador cumple con la indicación correcta de:

El fármaco:	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
Horario:	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
Dosis:	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no
Vía de administración:	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no

Anexo N°3

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Item	Pregunta a realizar	Puntos
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
6	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
7	¿Siente que su familiar depende de usted?	
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
9	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
10	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
11	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
13	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
14	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
16	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
18	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
19	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
20	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
21	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Anexo N° 4

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

Subescala de Ansiedad

SI (1) NO (2)

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?	
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	

Total Ansiedad = _____

Subescala de Depresión:

1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	

Si hay una o más respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores continuar

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	

Total Depresión = _____

Puntajes:

Síntomas de Ansiedad: Mayor o igual a 4 puntos

Síntomas de Depresión: Mayor o igual a 2 puntos

Anexo N°5: FIGURAS

FIGURA 10
Porcentaje de Cuidadores de un Usuario Postrado según Cumplimiento de sus Cuidados Básicos (N=98)

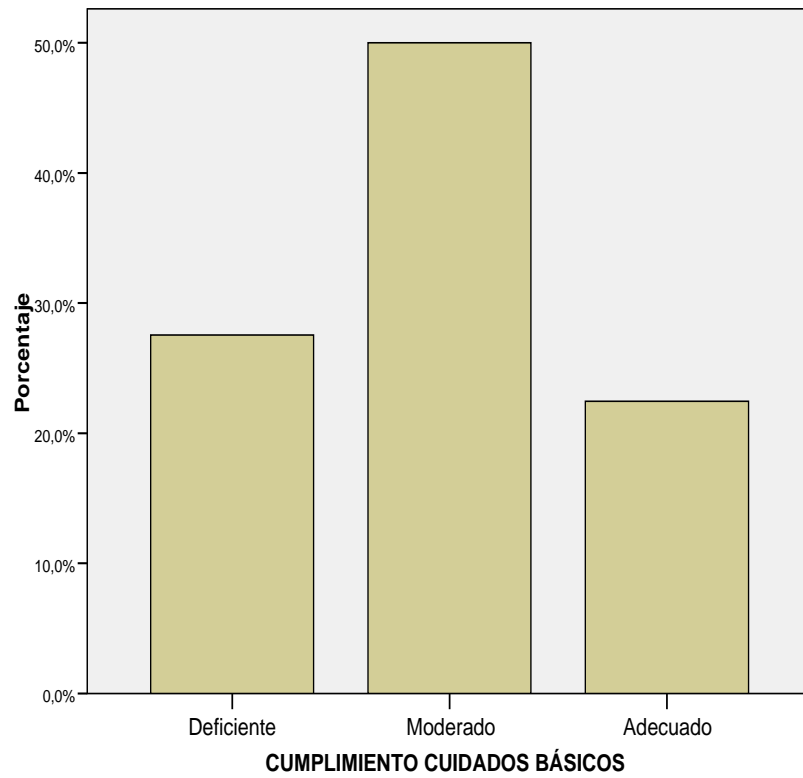


FIGURA 11
Porcentaje de Cuidadores Según Nivel de Carga en el Cuidado del Postrado (N=98)

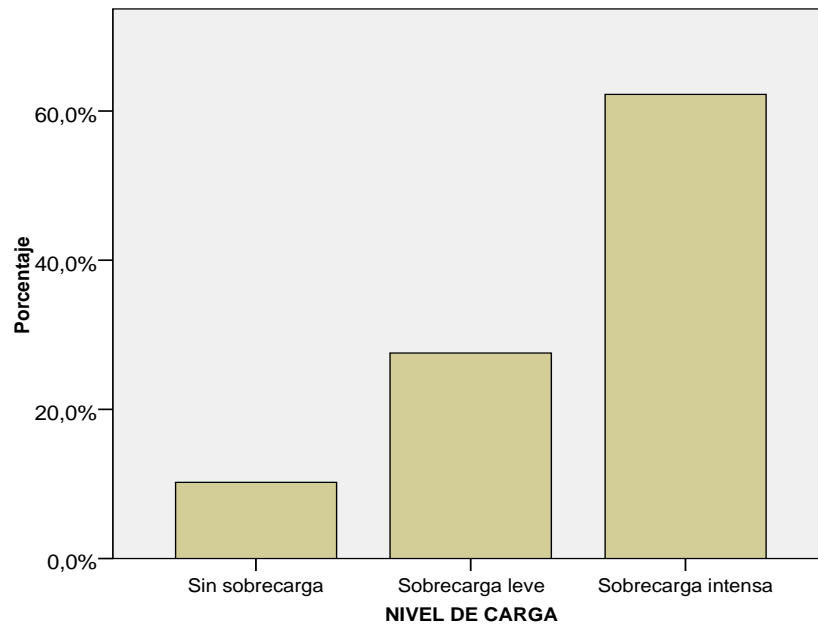


FIGURA 12
Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado Según Sexo del Cuidador (N=98)

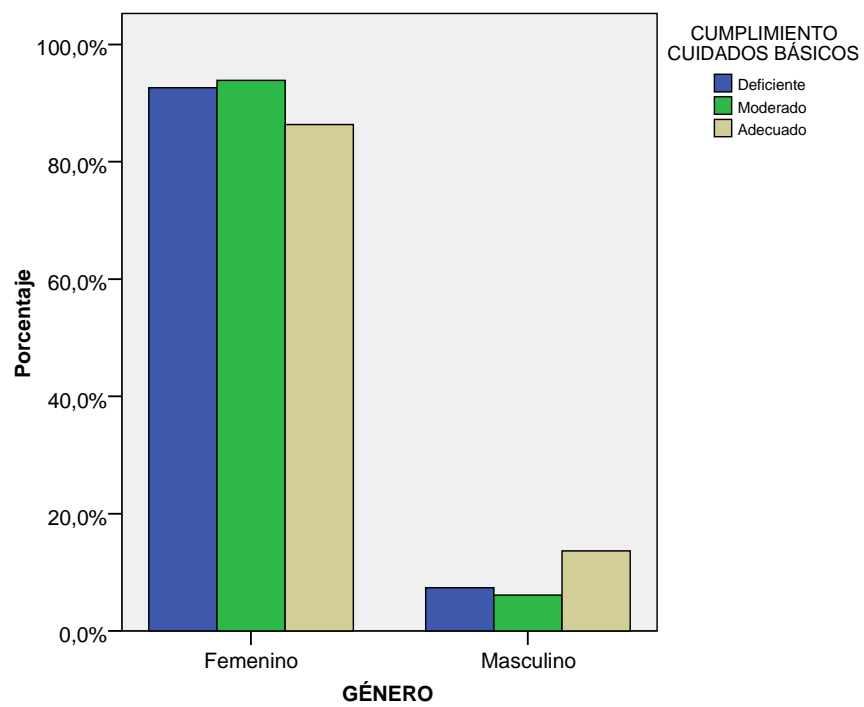


FIGURA 13
Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado Según Condición de Pareja del Cuidador (N=98)

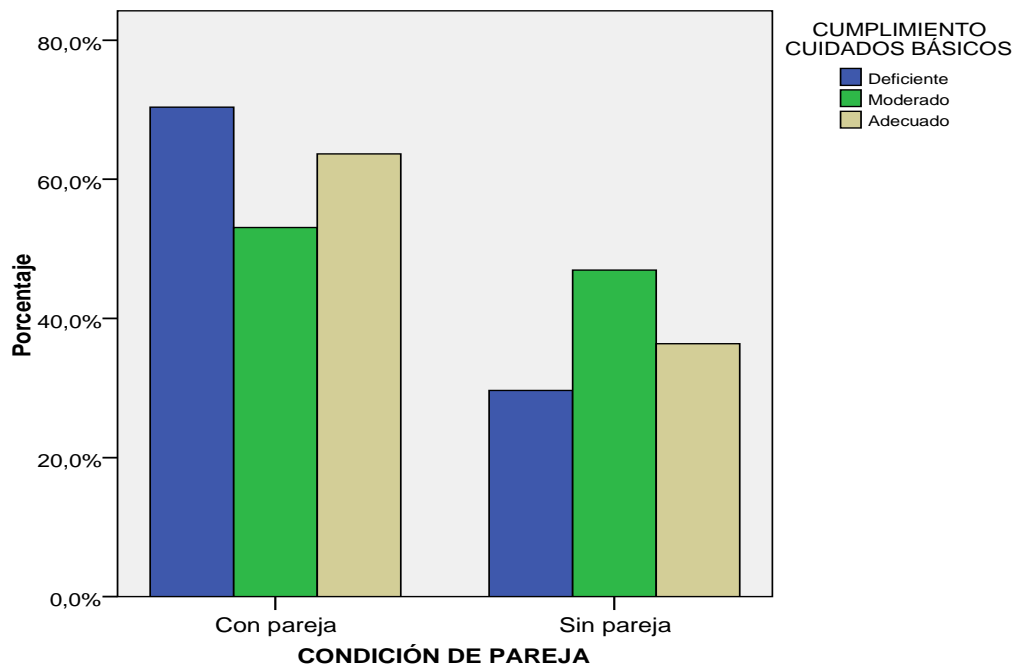


FIGURA 14
Cumplimiento de Cuidados Básicos al Usuario Postrado Según Ingresos Económicos del Cuidador (N=98)

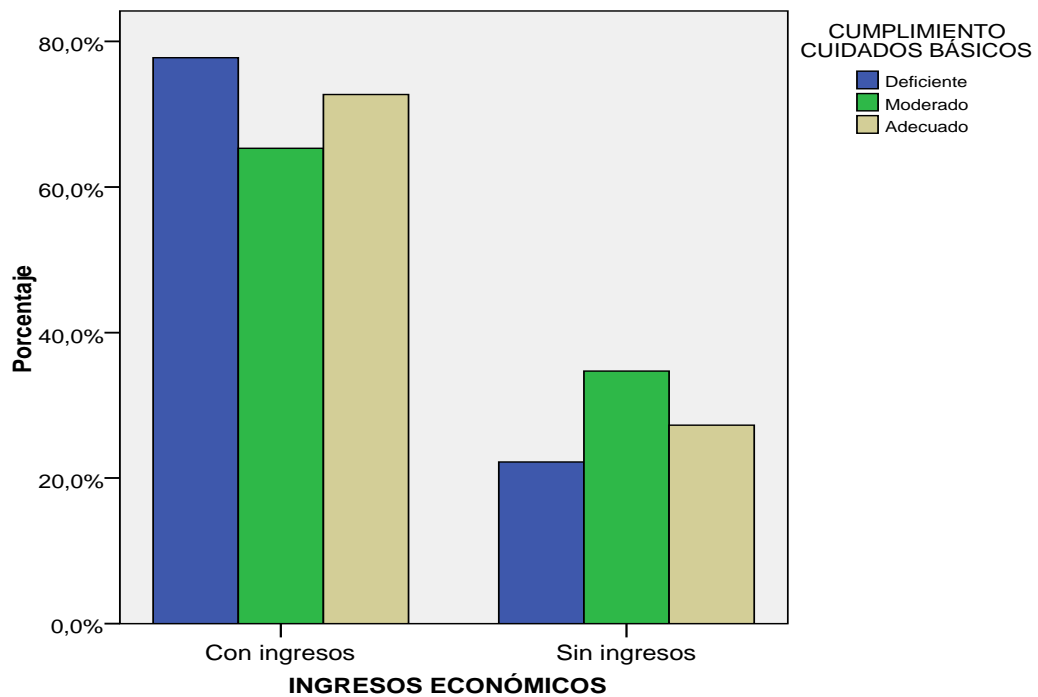


FIGURA 15
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Parentesco con el Cuidador (N=98)

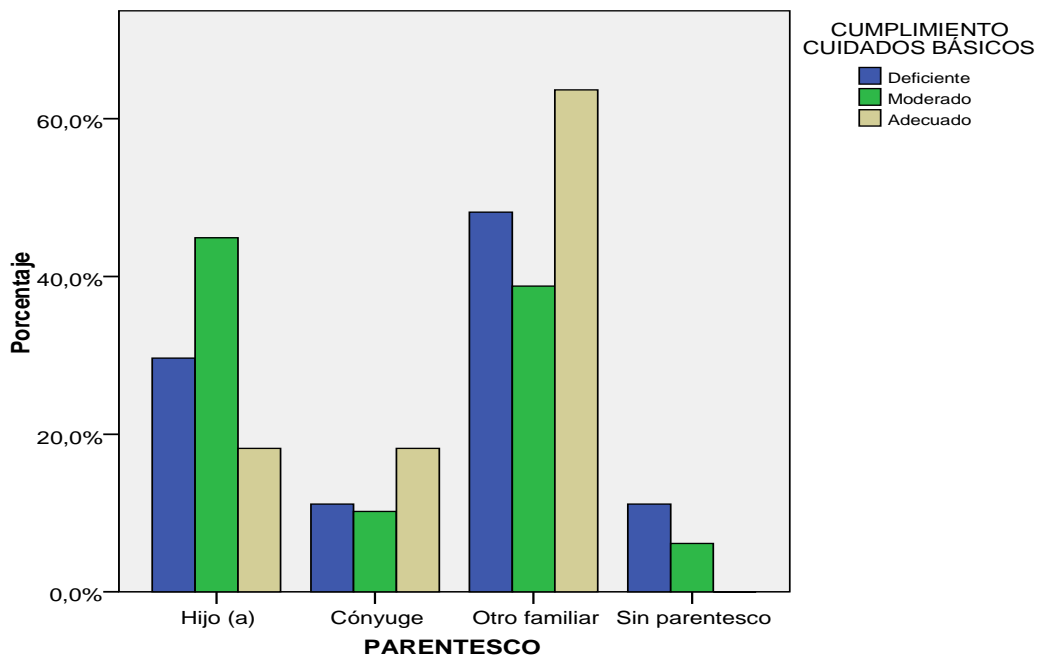


FIGURA 16
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Tiempo de Dedicación Diaria del Cuidador (N=98)

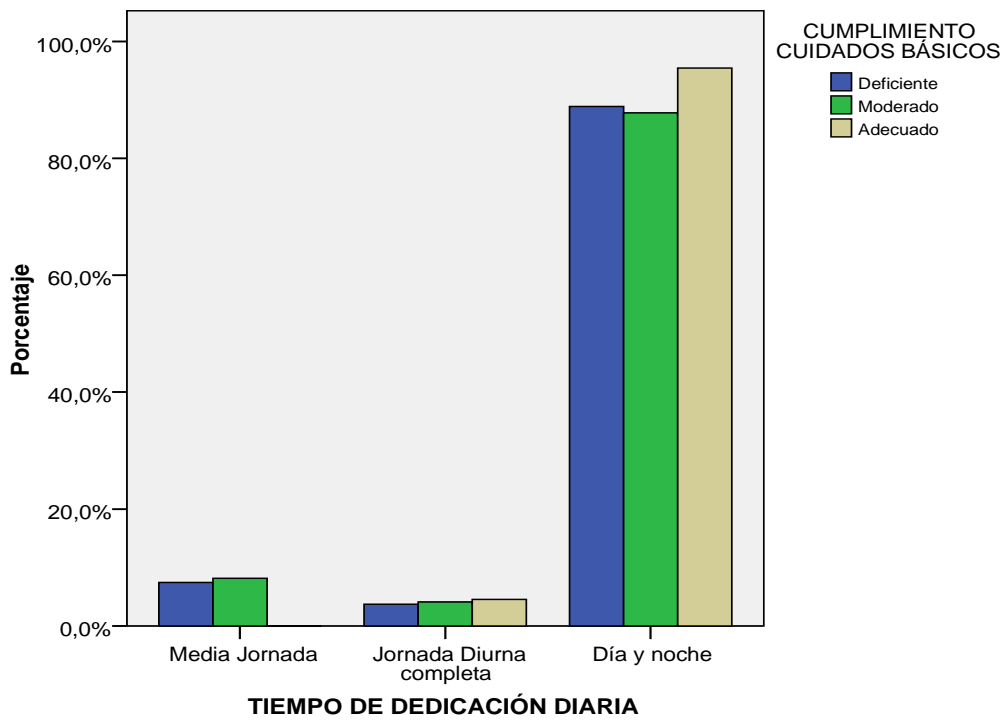


FIGURA 17
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Síntomas de Ansiedad del Cuidador (N=98)

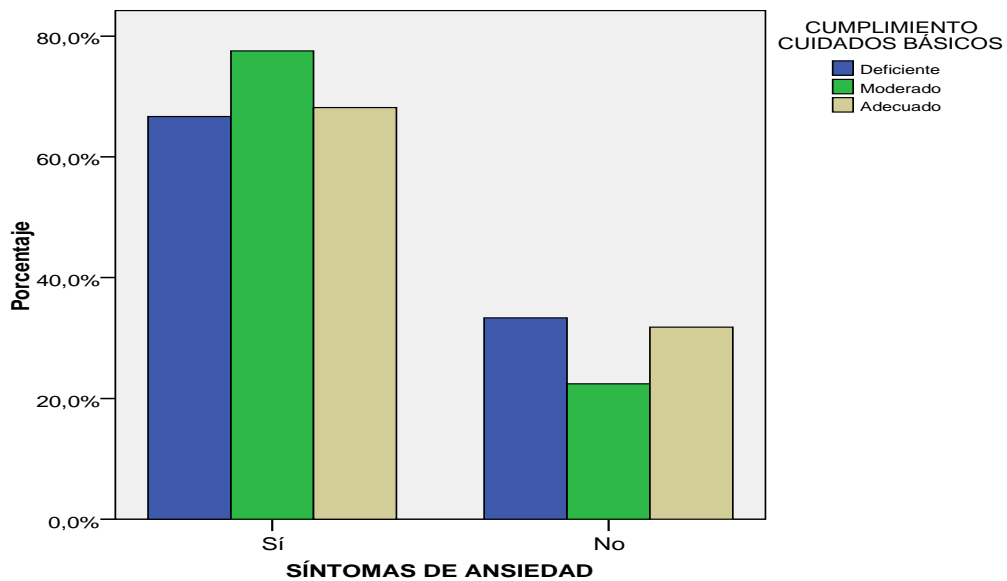


FIGURA 18
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Sintomatología Depresiva del Cuidador (N=98)

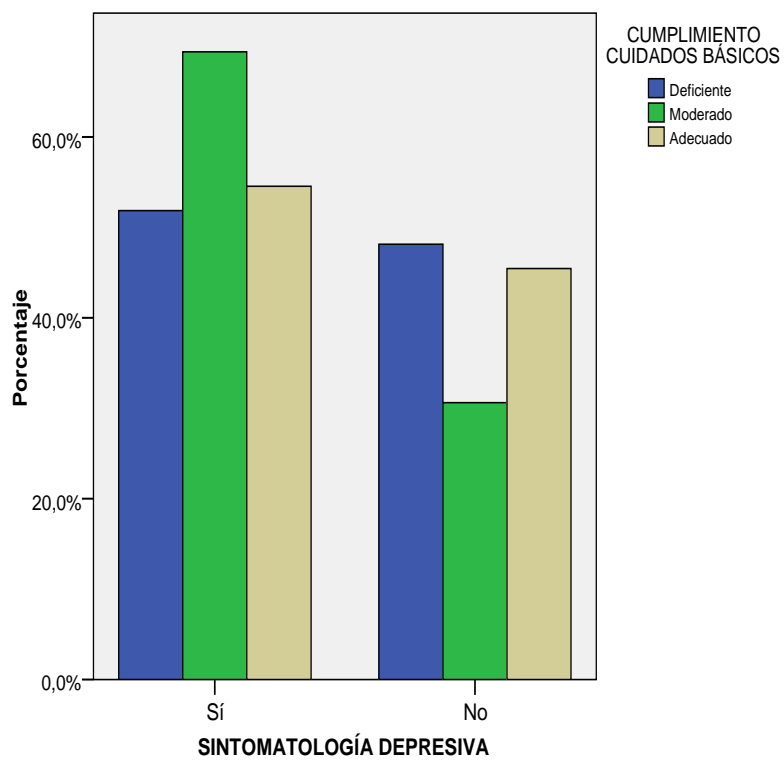


FIGURA 19
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Patología Crónica No Transmisible del Cuidador (N=98)

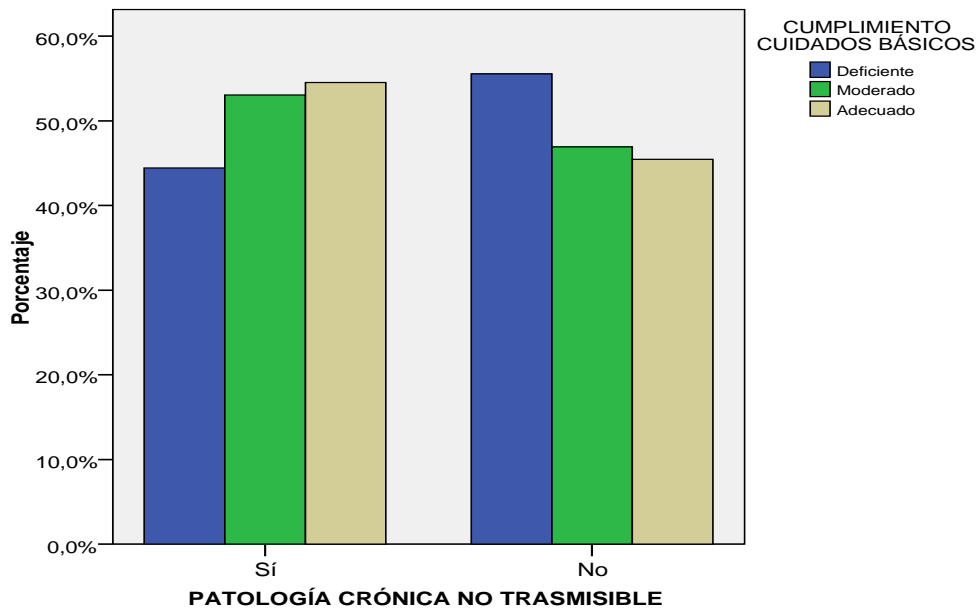


FIGURA 20
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Patología Crónica No Transmisible de su Cuidador Clasificados por Sintomatología Depresiva (N=98)

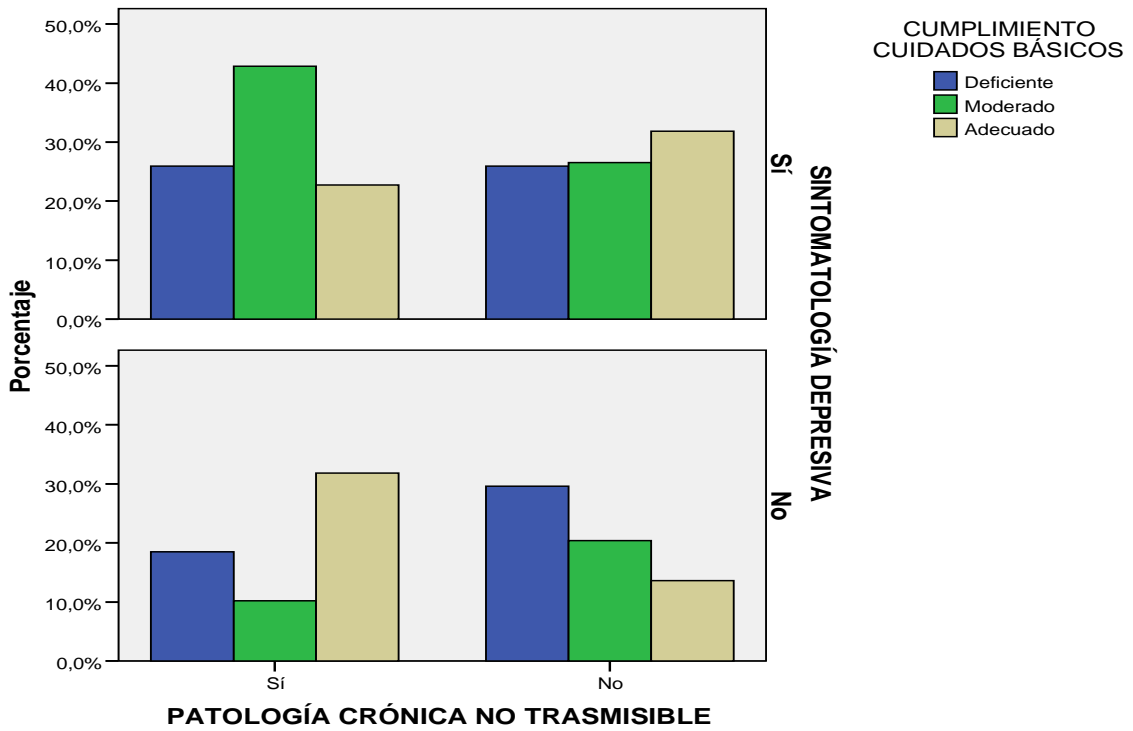


FIGURA 21
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Presencia de Capacitación Formal en Cuidados del Cuidador (N=98)

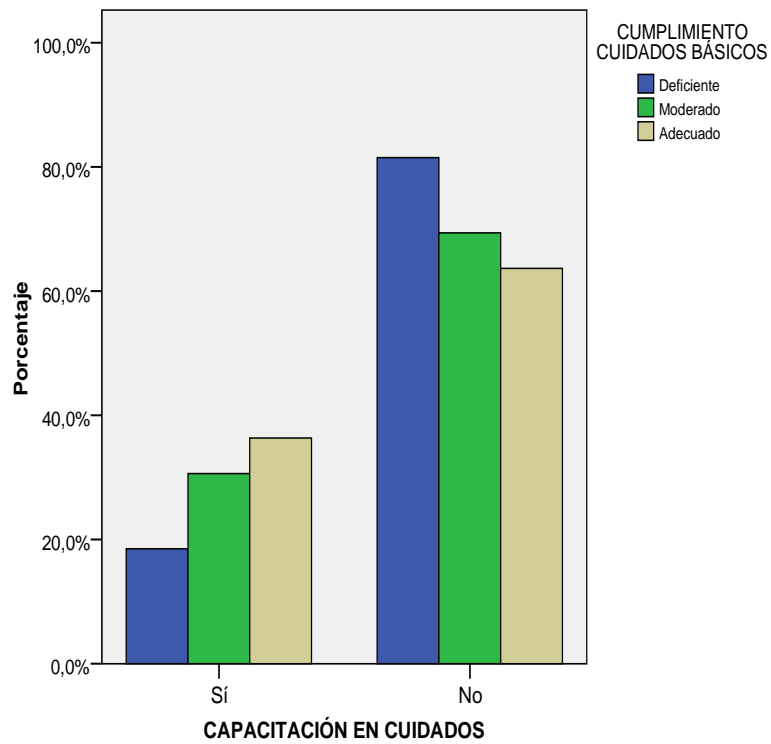


FIGURA 22
Cumplimiento de Cuidados Básicos del Usuario Postrado Según Apoyo de Instituciones Formales y/o Informales hacia el Cuidador (N=98)

