



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA.

*“Principales necesidades de cuidados de enfermería en cuidadores familiares de adultos mayores postrados”.*

*Tesis presentada como parte de los  
requisitos para optar al grado de  
Licenciado en Enfermería.*

KAREN ALEXANDRA ESPINOZA GODOY  
VALDIVIA – CHILE  
2010.

**Profesora patrocinante:**

**Nombre:** Ida Elizabeth Flores González.

**Profesión:** Enfermera.

**Grados:** Magister en Enfermería ©.

**Facultad:** Medicina.

**Firma:**

**Profesores Informantes:**

1) **Nombre:** Ana Luisa Cisternas M.

**Profesión:** Enfermera.

**Grados:** Magister en Gerontología©, Magíster en Modelado del Conocimiento para Entornos Virtuales Educativos ©, Doctorado en geriatría ©.

**Instituto:** Enfermería.

**Instituto:** Enfermería.

**Facultad:** Medicina.

**Firma:**

2) **Nombre:** Cecilia Burgos Saelzer.

**Profesión:** Enfermera.

**Grados:** Licenciatura en enfermería.

**Instituto:** Enfermería.

**Facultad:** Medicina.

**Firma:**

## INDICE.

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>3-4</b>
<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>5-11</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>MATERIAL Y METODO.....</b>	<b>13-17</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>18-27</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>28-31</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>32-33</b>
<b>PROYECCIONES.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>35-37</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>38</b>

## 1. RESUMEN.

Actualmente experimentamos las consecuencias del envejecimiento de la población, como el aumento de las enfermedades crónicas y los estados de dependencia, volviéndose imperiosa la presencia de un cuidador familiar, quien muchas veces al asumir este rol experimenta un deterioro en su salud física y mental.

El objetivo de esta investigación fue identificar las principales necesidades de cuidados de enfermería, en cuidadores familiares de adultos mayores postrados a través de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, en el que se analizaron un total de 23 programas de cuidados del cuidador realizados por alumnos del del octavo semestre de la carrera de enfermería de la Universidad Austral de Chile, durante Diciembre del 2009.

Los datos obtenidos dan cuenta de que el cuidador familiar corresponde mayoritariamente a mujeres que poseen 60 o más años de edad, casadas, hijas o esposas del receptor de los cuidados, quienes la mayoría de las veces corresponden a dueñas de casa, que poseen una escolaridad que no supera la media completa.

Los principales factores de riesgo que presentan estos cuidadores son la existencia de enfermedades crónicas, el sueño no reparador y los dolores musculares en el ámbito biológico. Destacando el agotamiento psicológico, la depresión y la baja autoestima en la esfera psicológica y el déficit de actividades recreativas y redes de apoyo disminuidas en el ámbito social.

Las necesidades de cuidados fueron presentadas como diagnósticos de enfermería en base a la taxonomía II de la NANDA identificándose cuatro categorías: biológicas, psicológicas, sociales y biopsicosociales. Destacando el manejo inefectivo del régimen terapéutico, deterioro del patrón del sueño, ansiedad, sufrimiento espiritual, duelo anticipado, déficit de actividades recreativas, deterioro de la interacción social, riesgo de aislamiento social, riesgo de cansancio en el rol del cuidador y cansancio en el rol del cuidador.

## 2. SUMMARY.

We are currently living the consequences of a growing old population such as the raising of chronic diseases and a deep dependency status. As a result, the role of a personal assistant or caretaker – mostly a relative of the bedridden individual - has become imperative. Many times, the mental and physical health of the caretaker are not only affected but also damaged.

The objective of this thesis has been to identify the important needs of nursing care in those caretakers who provide care to their bedridden relatives in a broaden, retrospective and cross research. It has involved an analysis of 23 programs called “taking care of the caretaker” made by 8<sup>th</sup> semester students of the nursing career in the Austral University of Chile during December 2009.

The data obtained show that caretakers are mostly married women of about 60 years old or even older, who are daughters or wives of whoever receives care. These women are very often housewives who have not finished their high school education.

The main biological consequences to which these caretakers are exposed are the existence of chronic diseases, inefficient sleep and muscle-ache. Among the psychological effects: psychological stress, poor self-esteem, depression as well as the lack of amusing activities and absence of an emotional support networking.

The needs of taking care of caretakers have been displayed as a nursing-diagnosis based on the NANDA’s II taxonomy, having been identified 4 categories: biological, psychological, social and biopsychosocial. Among these categories stand out the ineffective handle of therapeutic regime, declining of sleeping patterns, anxiety, spiritual suffering, mourning in advance, absence of amusing activities, decline of social interaction, risk of social isolation, and risk of weariness in the caretaker.

### 3. INTRODUCCION.

La salud en nuestro país y en el mundo enfrenta nuevos desafíos debido a la disminución de la natalidad y el aumento en la esperanza de vida, situación que ha desencadenado el envejecimiento de la población mundial.

Una de las principales consecuencias de este cambio demográfico y epidemiológico, es el aumento de las enfermedades crónicas y los estados de dependencia que muchas de estas patologías terminan por generar. Situación que produce en el adulto mayor una limitación para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas de alimentación, eliminación, reposo, sueño, movilidad, hidratación, respiración, protección, higiene, confort.etc.

Es así como el incremento de los estados de dependencia en los adultos mayores, ha provocado un auge del cuidado, volviéndose imprescindible la presencia del cuidador familiar, definido por Barrera y cols. (2006) como la “persona adulta, con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades de cuidados de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica discapacitante, y que participan con ellos en la toma de decisiones”.

El rol de cuidador familiar, es asumido en la mayoría de los casos por mujeres, hijas o esposas de quien se encuentra en estado de dependencia, este cuidado además se caracteriza por no estar sometido a horario ni a remuneración económica.

Asumir esta responsabilidad durante un período prolongado de tiempo, expone al cuidador a experimentar consecuencias que afectan directamente su salud física y mental, existiendo el riesgo del cansancio en el rol del cuidador.

Por años la salud se ha enfocado en brindar atención de calidad a las personas portadores de alguna enfermedad, descuidando las necesidades del cuidador. Es así como en la actualidad no solo tenemos una persona con problemas de salud, sino que además su cuidador está enfermo o con riesgo potencial de estarlo.

Es por esta razón que los cuidadores familiares, requieren con urgencia una mirada holística frente a sus demandas de salud y por lo tanto su incorporación a las políticas públicas que en esta área desarrolla nuestro país.

Resulta indispensable para los profesionales de enfermería, identificar las necesidades de cuidados que presenta este grupo de la población e incorporar al cuidador como área de intervención desde la formación de pregrado, con el fin de contar con las herramientas necesarias para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores familiares.

Por esta razón durante Diciembre del año 2009, alumnos del octavo semestre de la carrera de enfermería, de la universidad Austral de Chile, desarrollaron el programa “cuidados del cuidador” inserto en el curso liderazgo en enfermería.

Participar en la planificación y ejecución de uno de estos programas, ha sido una de las principales motivaciones para el desarrollo de la presente investigación, que pretende identificar las principales necesidades de cuidados de enfermería, pesquisadas en cuidadores de adultos mayores postrados, durante la realización del programa “cuidados del cuidador”, con el objetivo de contar con evidencia científica que permita planificar y ejecutar estrategias de intervención, ya sea a nivel local, regional y/o nacional que contribuyan al mejoramiento de calidad de vida de los cuidadores familiares.

#### 4. MARCO TEORICO.

##### *Proyecciones del envejecimiento de la población en Chile y el mundo.*

En la actualidad, la perspectiva del mundo frente a los problemas de salud ha sufrido un vuelco significativo, esto debido a que el foco de las demandas de salud se ha extrapolado a otro sector de la población, producto de la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida.

Es así como actualmente el mundo experimenta el fenómeno del envejecimiento sostenido de la población. Lathrop (2009) señala que “la población mundial aumentará en 2.500 millones de habitantes en los próximos 43 años, pasando de los actuales 6.700 millones a 9.200 millones en 2050. Asimismo, entre el 2005 y 2050, la mitad del aumento de la población mundial se deberá al incremento de la población de 60 o más años de edad”. En nuestro país según el último CENSO realizado el año 2002, el 11,4% de la población chilena correspondía a personas mayores de 60 años (Mardones, 2004). Cifra que como revela la encuesta CASEN, 2006 se ha elevado a un 13%, es decir un total de 2.100.378 personas se encuentran en este rango de edad (SENAMA, 2007). Además proyecciones de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2006), apuntan a que esta cifra puede alcanzar el 20,11% en el 2025 y el 28,20% en el año 2050. En términos absolutos esto significa que a mitad del siglo alrededor de seis millones de chilenos serán adultos mayores.

Estas cifras indican que a medida que transcurran los años, en términos de salud, se deberá atender a las necesidades de muchos más adultos mayores de los que actualmente considera nuestro sistema de salud, razón por la cual esta situación amerita el desarrollo de nuevas políticas públicas, que permitan enfrentar en el futuro de manera efectiva los cambios y/o consecuencias que evidenciaremos producto de este fenómeno global.

##### *Dependencia y su relación con las enfermedades crónicas.*

Envejecer, conlleva una serie de cambios a nivel biológico y psicológico, debido a que el organismo no responde de igual manera que en la juventud, frente a la patologías que lo amenazan, exponiendo al adulto mayor al desarrollo de un número significativo de enfermedades. Es así como el envejecimiento sostenido de la población se traduce además en un aumento de patologías asociadas a esta etapa de la vida, como son las enfermedades crónicas, estas enfermedades hacen a los adultos mayores más vulnerables a la dependencia, afectando además su calidad de vida y la de quienes los rodean.



Díaz y Rojas (2009) definen a la persona con enfermedad crónica como aquella que “experimenta algún trastorno orgánico y funcional que genera discapacidad y requiere largos períodos de cuidado, tratamiento paliativo o control, por lo cual debe modificar su estilo de vida. El enfermo crónico recibe soporte y ayuda del cuidador familiar”.

El estudio nacional de la dependencia en personas mayores realizado por González y cols. (2009) revela que las enfermedades crónicas que con mayor frecuencia afectan a este estrato de la población son: la hipertensión arterial con un 62,1%, la diabetes con un reporte de 21,8%, la depresión con prevalencia del 18,0% y la osteoporosis, con 17,2%. Cabe destacar que el 35,7% de esta población tiene una enfermedad crónica y el 22,0% declara tener dos. El 0,4% de las personas mayores dice tener 6 enfermedades crónicas, enfermedades que generalmente culminan por generar estados de dependencia.

En términos generales hablar de envejecimiento implica, interrelacionar dos de los principales factores involucrados, las enfermedades crónicas y la dependencia, definida por la organización mundial de la salud (OMS) como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales” (Dorantes, Ávila, Mejías y Gutiérrez, 2007). Prestar atención a las enfermedades que con mayor frecuencia afectan a este grupo de la población, permite muchas veces identificar el panorama de fragilidad y vulnerabilidad ante la dependencia que enfrentan los adultos mayores, con el fin de intervenir de manera precoz y efectiva evitando llegar a condiciones de salud extremas e incapacitantes.

Existen diversos instrumentos que intentan objetivar la dependencia, unos de los más utilizados en nuestro país es la escala de valoración de Katz, que relaciona la capacidad funcional del adulto mayor con la ejecución de actividades básicas del diario vivir, para lo cual considera seis aspectos: baño o lavado, vestimenta, uso de retrete, movilización o desplazamiento, continencia fecal y urinaria, alimentación, clasificándolos en tipología según se trate de adultos mayores autovalentes, envalentes o postrados, en nuestro país el 24,1% de los adultos mayores presenta cierto grado de dependencia (González y cols. 2009).

#### *Adulto mayor postrado o con dependencia total.*

Uno de los estados de salud en los adultos mayores que más dependencia genera, es la situación de postración. Villalobos y cols. (2006) definen al paciente postrado como “aquella persona que requiere de apoyo, guía y supervisión total en actividades de la vida diaria (según índice de Katz)”.

El porcentaje de postración en la población total de adultos mayores en nuestro país es de 0,9% que corresponde a 14.732 personas que se encuentran confinadas a su cama. El porcentaje de postrados según sexo evidencia que las mujeres representan el 60,6% de esta población y los hombres el 39,4%, esto se debe a la mayor expectativa de vida de las mujeres. Cabe destacar que las personas más envejecidas entre los adultos mayores cuentan con un mayor porcentaje de postración en comparación con las personas de menor edad (González y cols. 2009).

### *Cuidador Familiar.*

El adulto mayor en estado de postración, debido al nivel de dependencia que experimenta, requiere de la presencia de alguna persona que se encargue de proporcionar aquellos requerimientos que él no logra cubrir por sí solo, como sus necesidades básicas de alimentación, eliminación, reposo, sueño, movilidad, hidratación, respiración, protección, higiene y confort, con la finalidad de mantenerlo en adecuadas condiciones generales. Surge entonces la figura del cuidador familiar, definido por Barrera y cols. (2006) como la “persona adulta, con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades de cuidados de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica discapacitante, y que participan con ellos en la toma de decisiones. Estos realizan o supervisan las actividades de la vida diaria en busca de compensar las disfunciones existentes por parte del receptor de cuidados”

Por otra parte Zapata y cols. (2007) definen al cuidador como “la persona que es responsable de atender las necesidades diarias de otra que es incapaz de cuidarse a sí mismo debido a enfermedad o discapacidad”.

Los cuidadores son responsables de brindar apoyo físico, emocional y, a menudo, económico. Son descritos como informales por los profesionales, para referirse a los que cuidan de miembros de su familia sin remuneración”.

El cuidado informal se caracteriza por ser realizado en su mayoría por mujeres, con nivel de escolaridad diverso, quienes corresponden principalmente a hijas o esposas del receptor de los cuidados. Este cuidado además no es regulado, ni se encuentra sometido a horario ni a remuneración económica (Giraldo y Franco ,2006).

En nuestro país es posible observar que el rol de cuidador es asumido principalmente por los hijos, seguido del esposo o esposa y en menor proporción yernos y nueras. Cabe destacar que el 85,6% de los cuidadores de adultos mayores con dependencia en Chile son mujeres, por tanto es presumible que las hijas cuidan de los padres y las esposas cuidan de los maridos. Es importante destacar que las esposas corresponden a personas mayores o cercanas a la vejez, razón por la cual asumir el rol de cuidador, puede acelerar los deterioros propios del envejecimiento, considerando además que muchas de estas mujeres siguen ejerciendo otros roles domésticos y reproductivos, lo que sumado a su integración cada vez mayor al mercado laboral, supone una altísima carga de trabajo (González y cols. 2009).

### *Consecuencias asociadas al rol del cuidador.*

Tales características del cuidador familiar lo predisponen a sufrir un alto nivel de estrés debido a la carga física y psicológica que conlleva esta actividad, al estar expuesto a largos periodos de tiempo, desde meses hasta años, con extensas jornadas diurnas y aún nocturnas al cuidado y de acompañamiento de una persona enferma que requiere asistencia, más aún considerando que la mayoría de las personas que asumen este rol, son del sexo femenino, las que como se mencionó anteriormente deben cumplir con responsabilidades paralelas a las que implica ser cuidador de alguien que se encuentra en estado de dependencia.

Es así como asumir la responsabilidad de proporcionar estos cuidados durante un periodo prolongado de tiempo, no está exento de generar modificaciones en las vidas de quienes asumen este rol de cuidador familiar.

Los cuidadores familiares señalan muchas veces no saber la evolución de la enfermedad de su ser querido, sentirse solos, la fatiga física de responder por muchos roles y el cansancio emocional son malos compañeros en estas experiencias. Las situaciones familiares, la intolerancia de quienes no comprenden la experiencia y las exigencias explícitas o implícitas de su ser querido los hacen sentirse en algunos momentos sometidos. Los riesgos para la salud son evidentes, aunque en algunas condiciones son más dramáticos que en otras, por el estigma social y la perspectiva de la pérdida (Pinto, Barrera y Sánchez, 2005).

Giraldo y Franco (2006) plantean que las principales consecuencias para el cuidador en su calidad de vida luego de haber sumido este rol, son la soledad, el aislamiento social, la sobrecarga de trabajo habitual, el deterioro de su salud física y mental y el olvido de si entre otras.

#### *Sobrecarga del cuidador.*

Un número significativo de cuidadores, que se dedican de manera permanente al cuidado de personas dependientes, evidencian como consecuencias de este rol principalmente: encontrarse siempre cansado, percibir su salud empeorada, tener que reducir su jornada de trabajo, no poder ir de compras, no tener tiempo para compartir con sus amigos, sentirse estresado o deprimido, no tener tiempo para cuidarse, aumento en problemas económicos (Ferreira y cols. 2008).

Es así como se llama carga del cuidador “al conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de personas postradas y que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal”, como señala Villalobos y cols. (2006). Los mismos autores expresan que, esta carga tiene una parte objetiva y otra subjetiva. La parte objetiva se refiere a la cantidad de tiempo o dinero invertido, problemas conductuales del sujeto, disrupción de la vida social, etc. La parte subjetiva se refiere a la percepción del cuidador de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar. Mencionan además que los problemas más comunes del cuidador son: deficiente ayuda de parte de familiares, tiempo limitado de descanso y ocio, problemas económicos, insatisfacción de las necesidades propia, conflictos familiares, pérdida de relaciones sociales, dificultades laborales, desconocimiento de la enfermedad y su manejo, problemas conyugales, sentimientos de pena, culpa, enojo, rabia, vergüenza, impotencia, soledad, inseguridad, frustración, resentimiento, alteraciones afectivas, trastorno del sueño, depresión y ansiedad.

Según Schulz y cols. (Citado en Breinbauer y cols. 2009) existen numerosos instrumentos que intentan objetivar la sobrecarga del cuidador, como son el índice global de carga; entrevista de sobrecarga del cuidador; cuestionario de sentido de competencia.

En Chile se ha validado la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, debido a su consistencia en dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado, además de su uso a nivel mundial. Esta escala consta de 22 ítems, donde cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ). El estado de sobrecarga ligera constituye un riesgo para generar sobrecarga intensa, el estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador (Breinbauer y cols. 2009).

El estudio realizado en nuestro país con el fin de validar esta escala de sobrecarga del cuidador, consideró un total de 22 cuidadores pertenecientes al programa “VIDA” de atención domiciliaria a pacientes dependientes o postrados del Centro de Salud San Manuel de Melipilla y 10 individuos no pertenecientes a dicho programa. Arrojó como resultado que en escala de Zarit el 52,9% mostró sobrecarga intensa, 17,6% sobrecarga ligera y 29,4% no presentó sobrecarga (Breinbauer y cols. 2009).

Este instrumento permite objetivar la sobrecarga del cuidador y a nivel local es utilizada en atención primaria, aplicándose durante la realización de visitas domiciliarias así como también durante la ejecución de controles de salud. Permite realizar un seguimiento del grado de carga que percibe el cuidador, al ser aplicada de manera consecutiva en periodos determinados de tiempo así como también la implementación de medidas de intervención.

#### *Enfermería y los cuidados del cuidador familiar.*

Por años la salud se han enfocado en brindar atención de calidad a las personas portadores de alguna enfermedad, pero se ha olvidado que detrás de cada paciente existe alguna persona que se encarga de proporcionarle cuidados. Surge así un nuevo desafío para la salud y por lo tanto para la enfermería ya que el cuidador es un aporte para la sociedad en cuanto al cuidado informal, pero además demanda urgentemente una mirada hacia ellos y hacia la promoción, prevención y tratamiento de sus problemas de salud.

El profesional de enfermería además de brindar atención y cuidados a aquellas personas con problemas de discapacidad y dependencia debe además enfocarse en las necesidades de salud del cuidador familiar, debido al riesgo potencial de sufrir un agotamiento psicofísico. Por ello según Zapata, Caballero y Gómez (2007) resultan prioritarias las actuaciones para ofrecer alternativas de actividad en el ámbito del ocio, la integración social y los grupos de apoyo, entre los que se incluye el apoyo familiar, en definitiva, cuidando del cuidador también se estarán cuidando al paciente.

Según Breinbauer y cols. (2009) la enfermera debe valorar las repercusiones que tiene sobre el cuidador la labor que realiza, detectar cualquier necesidad que presente y establecer el plan de cuidados más oportuno. Para ello utiliza el proceso de enfermería (PE), definido por Pérez, (2002) como “un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar

el cuidado de enfermería”. El desarrollo del PE exige del profesional habilidades y destrezas, cognitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud. Este instrumento, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad otorgados por el profesional de enfermería, además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación, asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para quien presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

El PE se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: la primera se denomina valoración, en esta etapa se realiza la recolección de información que ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes en los individuos. En la segunda fase, se establece el diagnóstico de enfermería, el cual corresponde al enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería. Para la NANDA un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. La tercera fase denominada planificación contempla el desarrollo de estrategias destinada a prevenir, minimizar o corregir los problemas de salud. En la cuarta fase del proceso de atención se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería. En la última fase el profesional de enfermería evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución y el logro de los objetivos establecidos (Pérez, 2002).

Cabe destacar que los cuidados de enfermería son llevados a la práctica, sustentados en las bases teóricas de esta disciplina, constituidas por teorías y modelos, que permiten la adecuada utilización y desarrollo de instrumentos como el PE.

#### *Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.*

La mayoría de las consecuencias que experimentan los cuidadores familiares luego de asumir este rol, se relacionan directamente con un déficit de autocuidado, debido al escaso tiempo del que dispone para preocuparse de sí mismos. Es así como resulta fundamental realizar intervenciones que permitan a este grupo de la población comprender la importancia del autocuidado para el adecuado mantenimiento de la salud. Para avanzar en términos de cuidados del cuidador, debe lograrse este objetivo ya que son ellos mismos quienes deben decidir autocuidarse y tomar las respectivas decisiones para realizar acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con otros y con su entorno.

Dorothea Orem en su teoría del déficit de autocuidado describe esta capacidad como agencia de autocuidado, este concepto tiene dos dimensiones: componentes del poder de la agencia de autocuidado y componentes de la agencia del poder de enfermería, este último definido como una capacidad compleja de las enfermeras que las capacita para conocer y ayudar a los demás a conocer e identificar sus demandas de cuidados terapéuticos para ayudarlos a controlar el ejercicio de su agencia de autocuidado. La agencia del poder de

enfermería posee tres dimensiones interrelacionadas, el sistema social, el sistema interpersonal y el sistema tecnológico y profesional (Rivera, 2006).

*Necesidades de cuidados de enfermería en cuidadores familiares.*

Para evitar las consecuencias derivadas del rol de cuidador familiar, es preciso identificar las necesidades de cuidados que estas personas experimentan, a través del proceso de enfermería, con el fin de contar con la información necesaria para realizar intervenciones efectivas que permitan contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de estas personas y disminuir los factores de riesgo que puedan afectar su salud.

Zapata y cols. (2007) describen el caso clínico de una madre con un hijo de 24 años totalmente dependiente y establecen un plan de cuidados enfermeros a esta cuidadora informal. En función de la valoración enfermera se identificaron los diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) destacando: déficit de actividades recreativas, relacionado con deterioro de la interacción social, deterioro del patrón del sueño relacionado con dolor crónico, riesgo de cansancio en el desempeño en el rol de cuidador relacionado con sobreesfuerzo en el rol de cuidador, Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con hábitos nutricionales y de ingestión de líquidos inadecuados. Además para cada diagnóstico enfermero se proponen resultados e intervenciones de enfermería siguiendo las taxonomías NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification).

Martins y cols. (2007) a través de un estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativo, identifican y clasifican las necesidades de educación en salud presentes en 6 cuidadores de ancianos, basadas en la clasificación internacional de las prácticas de enfermería en salud colectiva. La recolección de los datos se realizó por medio de visitas domiciliarias, entrevistas y observación. Las principales necesidades educativas de los cuidadores estaban relacionadas con las enfermedades y sus agravamientos, la terapia medicamentosa, dietas y ejercicios físicos. Se plantean además acciones educativas que buscan cubrir las necesidades presentes en estos cuidadores.

Ortiz (2007) en su investigación, especifica algunas necesidades de cuidados o intervención psicológica en familiares y cuidadores principales de personas en estado de dependencia destacando las necesidades de información, orientación y formación, necesidades de apoyo emocional, derivadas de tener un familiar en estado de dependencia, necesidades surgidas durante el proceso adaptativo, así como también aquellas derivadas del estrés que genera el asumir el rol de cuidador y necesidades de salud especializadas, como salud mental.

## **5. OBJETIVOS.**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar las principales necesidades de cuidados de enfermería, en cuidadores familiares de adultos mayores postrados pertenecientes al Consultorio Externo Valdivia, pesquisadas por estudiantes del octavo semestre de la carrera de enfermería de la Universidad Austral de Chile, en el desarrollo del programa “cuidados del cuidador”, realizados en Diciembre del 2009.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar el perfil del cuidador familiar (sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, relación con el receptor de los cuidados), pesquisado por los estudiantes.
2. Identificar los factores de riesgo biopsicosociales, presentes en los cuidadores familiares.
3. Determinar el grado de sobrecarga del cuidador, pesquisado por los estudiantes.
4. Identificar los principales Diagnósticos de Enfermería en base a la taxonomía II de la NANDA, en los ámbitos, biológico, psicológico y social, pesquisados por los estudiantes en los cuidadores familiares.

## **6. METODOLOGÍA.**

### **6.1. TIPO DE ESTUDIO:**

Investigación de tipo cuantitativa o método tradicional, que se fundamenta en la medición de las características de los fenómenos sociales, esto implica derivar del problema analizado, una serie de postulados que expresen relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva (Bernal, 2006).

Se tratará además de una investigación descriptiva, retrospectiva y transversal, dirigida a identificar las principales necesidades de cuidados de enfermería, pesquisados por alumnos del octavo semestre de la carrera de enfermería de la Universidad Austral de Chile, en cuidadores familiares de adultos mayores postrados, durante el desarrollo del programa “cuidados del cuidador”. Cabe destacar que el carácter retrospectivo y transversal de este estudio se debe a que la ejecución de estos programas se realizó durante Diciembre del año 2009.

### **6.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Se utilizará para el desarrollo de esta investigación el total de los programas “cuidados del cuidador” realizados por los estudiantes de enfermería, los cuales constituyen un universo de estudio de 23 documentos.

### **6.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Serán excluidos de esta investigación aquellos programas “cuidados del cuidador” que:

- No especifiquen la identificación de factores de riesgo.
- No incluyan la aplicación de la escala de Zarit.
- Han sido dirigidos a cuidadores cuyo rol es remunerado.
- Han sido dirigidos a cuidadores sin vínculo de parentesco con el receptor de los cuidados.

### **6.4. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

**Revisión de programas de cuidados del cuidador:** se revisarán todos los programas “cuidados del cuidador”, realizados por alumnos del octavo semestre de la de la carrera de enfermería de la Universidad Austral de Chile, durante Diciembre del 2009, con la finalidad de obtener la información necesaria para el desarrollo de esta investigación, además se utilizará una ficha técnica, la cual se especifica a continuación.



## **6.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

Se utilizará una ficha técnica con el objetivo de organizar la información obtenida a través de la revisión de los programas “cuidados del cuidador”, así como también para facilitar el proceso de análisis y tabulación de los resultados (Anexo N° 1).

Esta ficha técnica incluirá 4 ítem:

**Antecedentes generales del cuidador familiar:** sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, relación con el receptor de los cuidados.

**Factores de riesgo del cuidador familiar:** biológicos, psicológicos, sociales

**Grado de sobrecarga del cuidador familiar:** ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera, sobrecarga intensa.

**Necesidades de cuidados del cuidador:** Diagnósticos de enfermería biológicos, psicológicos y sociales.

## **6.6. ANALISIS Y TABULACIÓN DE DATOS:**

La información obtenida será analizada y tabulada en el programa Microsoft Office Excel 2007, según datos recopilados.

### **Variable Dependiente (efecto):**

- Necesidades de cuidados.

### **Variable Independiente (causa):**

- Sexo.
- Edad.
- Escolaridad.
- Estado civil.
- Relación con el receptor de los cuidados.
- Ocupación.
- Factores de riesgo biológicos.
- Factores de riesgo psicológicos.
- Factores de riesgo sociales.
- Ausencia de sobrecarga.
- Sobrecarga ligera.
- Sobrecarga intensa.

## **6.7. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS:**

### **Gráfico circular:**

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Relación con el receptor de los cuidados.
- Grado de sobrecarga del cuidador

### **Gráfico de barras simples:**

- Factores de riesgo biológicos.
- Factores de riesgo psicológicos.
- Factores de riesgo sociales.

### **Tablas simples:**

- Necesidades de cuidados.

## **6.8. DEFINICIÓN DE VARIABLES:**

**Sexo:** Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

**Edad:** Número de años cumplidos al momento de la realización del programa “cuidados del cuidador”.

**Escolaridad:** Nivel de estudios que posee el cuidador.

**Estado civil:** Situación civil del cuidador.

**Relación con el receptor de los cuidados:** vínculo de parentesco, existente entre el adulto mayor postrado y su cuidador.

**Ocupación:** tipo de oficio que realiza el cuidador familiar.

**Factores de riesgo biológicos:** características biológicas que aumentan las posibilidades de experimentar cansancio en el rol del cuidador.

**Factores de riesgo psicológicos:** características psicológicas que aumentan las posibilidades de experimentar cansancio en el rol del cuidador.

**Factores de riesgo sociales:** características sociales que aumentan las posibilidades de experimentar cansancio en el rol del cuidador.

**Ausencia de sobrecarga:** inexistencia de cansancio asociado al rol del cuidador.

**Sobrecarga ligera:** grado de cansancio asociado al rol del cuidador, que genera un riesgo potencial de experimentar sobrecarga intensa.

**Sobrecarga intensa:** grado de cansancio en el rol del cuidador, que se asocia a mayor morbimortalidad.

**Necesidades de cuidados:** sensación de carencia en la esfera biopsicosocial, unida al deseo de satisfacerla para lograr un bienestar total.

## 6.9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Dimensión
<b>Sexo</b>	Femenino - Masculino
<b>Edad</b>	20- 39 años, 40- 49 años, 50 - 59 años, 60 años y más.
<b>Escolaridad</b>	Analfabeto - Básica incompleta - Básica completa. Media incompleta - Media completa - Técnico o Superior.
<b>Estado civil</b>	Soltero - Casado - Unión libre - Separado - Viudo.
<b>Relación con el receptor de los cuidados.</b>	Madre - Padre - Esposo (a) - Hijo (a) - Nuera -Yerno -Otro.
<b>Ocupación</b>	- Empleado. - Independiente. - Dueña de casa - Jubilado. - Otra.
<b>Factores de riesgo biológicos.</b>	Enfermedades crónicas - Malestares osteoarticulares - dolores musculares - Alcoholismo - Tabaquismo - Sobrepeso-obesidad- Polifarmacia - sueño no reparador, otros.
<b>Factores de riesgo psicológicos.</b>	Depresión, baja autoestima, agotamiento psicológico, duelo Anticipado, otros.
<b>Factores de riesgo sociales.</b>	Bajo nivel de escolaridad, redes de apoyo disminuidas, dificultades financieras, déficit de actividades recreativas, otros
<b>Ausencia de sobrecarga</b>	Menor o igual a 46 puntos según escala de Zarit.
<b>Sobrecarga ligera.</b>	47-55 puntos según escala de Zarit.

<b>Sobrecarga intensa.</b>	Mayor o igual a 56 puntos según escala de Zarit.
<b>Necesidades de cuidados.</b>	Diagnósticos de enfermería biológicos - psicológicos – sociales.

## **6.10. RIGOR ÉTICO**

Es importante destacar que las implicancias éticas de este estudio no son de gran consideración, debido principalmente, a que el desarrollo de esta investigación es en base a material escrito pre existente, razón por lo que no existirá contacto directo con la población a la cual hace referencia este estudio. Sin embargo corresponde referirnos a los cuatro principios fundamentales de la bioética.

Respecto a la beneficencia, en todo sentido esta investigación pretende ser un aporte para el mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores familiares, al identificar sus principales necesidades de cuidados ,con el objetivo de contar con evidencia científica, que respalde la situación de salud que experimentan y de esta forma incentivar la integración de este grupo de la población a las políticas públicas de salud a fin de que se realicen intervenciones efectivas y acordes a sus requerimientos.

En cuanto al principio de autonomía, se resguardará la confidencialidad respecto a la identidad de quienes participaron en la realización de estos programas, tanto de los autores de este material, como también de las personas a las que fueron dirigidos, ya que no consideraremos nombres ni apellidos en la recopilación de la información en la ficha técnica antes mencionada, razón por la cual se utilizará un sistema de numeración.

Cabe Mencionar además que se cuenta con la autorización de la profesora encargada del curso liderazgo en enfermería, en cuyo contexto se encontraba la realización del programa “cuidados del cuidador”, para la utilización de este material.

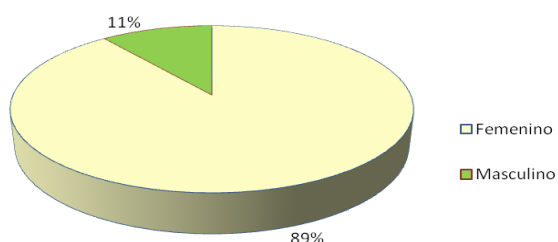
Respecto al principio de justicia, esta investigación pretende obtener resultados, que generen beneficios para todos los cuidadores familiares, no sólo para aquellos que participaron en el desarrollo de estos programas.

De acuerdo a lo antes mencionado, queda de manifiesto que este estudio, de ningún modo pretende generar alguna situación que atente contra el bienestar de las personas, por lo tanto se actuará respetando el principio de no maleficencia, en todo momento.

## 7. RESULTADOS.

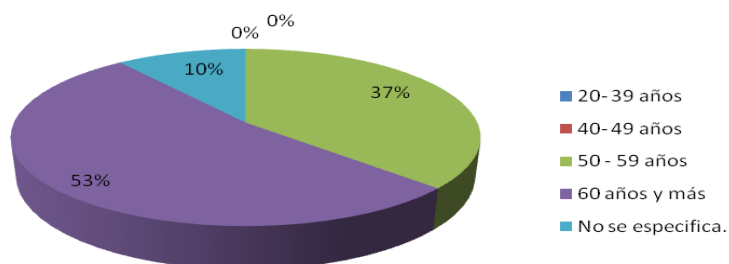
Se analizaron 23 programas “cuidados del cuidador” de ellos 4 fueron excluidos de esta investigación de acuerdo a los criterios establecidos. Específicamente por que dos fueron dirigidos a cuidadores remunerados, uno no contaba con los resultados de la aplicación de la escala de Zarit y en uno de los casos no se especificaban factores de riesgo.

**GRÁFICO N°1:** DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, SEGÚN SEXO. PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.



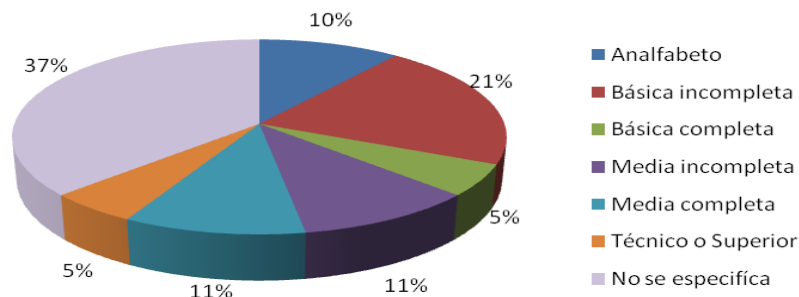
A través del gráfico se evidencia que el rol de cuidador familiar es asumido en su mayoría por personas del sexo femenino, correspondiendo sólo en un 11% de los casos a cuidadores del sexo masculino.

**GRÁFICO N°2:** DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, SEGÚN EDAD. PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.



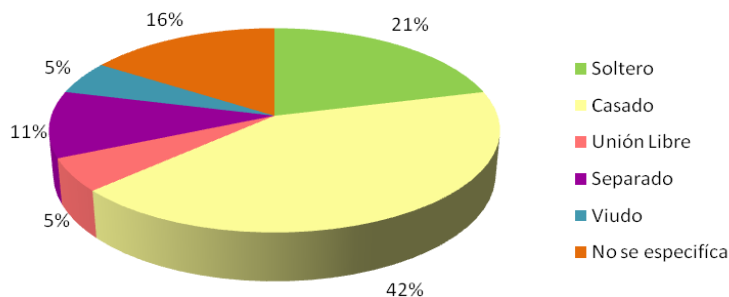
El gráfico muestra que el rol de cuidador familiar en más de la mitad de los casos corresponde a personas mayores de 60 años, seguido de aquellos que se encuentran entre los 50 y 59 años de edad. Cabe destacar que en un 10% de los casos no se especifica la edad del cuidador.

**GRÁFICO N°3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, SEGÚN ESCOLARIDAD. PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.**



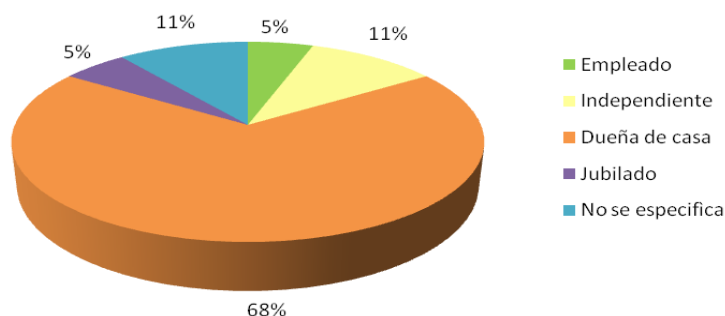
Según la gráfica, en un 37% de los casos no se especifica la escolaridad de los cuidadores familiares. Sin embargo un 21% de los cuidadores corresponde a escolaridad básica incompleta, seguido de aquellos con escolaridad media completa y media incompleta ambos con un 11%. Cabe destacar que un 10% de la población en estudio es analfabeta y solo un 5% posee estudios técnico o de nivel superior.

**GRÁFICO N°4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, SEGÚN ESTADO CIVIL. PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.**



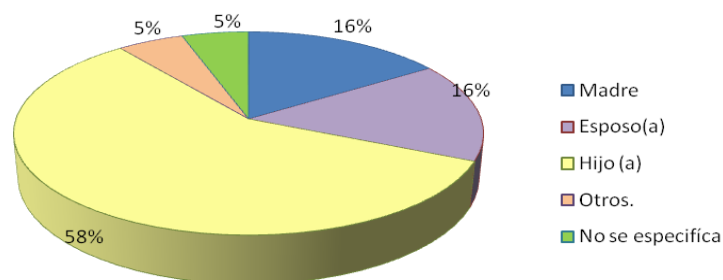
En este estudio predominan los cuidadores cuyo estado civil es casado con un 42%, en segundo lugar se encuentran los solteros con un 21%, seguido de aquellos cuidadores separados con un 11%, correspondiendo el menor porcentaje a viudos y unión libre. En un 16% de los casos no se especifica el estado civil de los cuidadores.

**GRÁFICO N°5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, SEGÚN OCUPACIÓN. PROGRAMAS “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.**



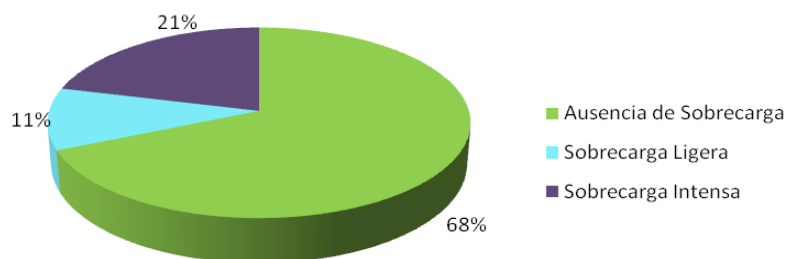
A través del gráfico se aprecia que casi tres cuartos de la población en estudio corresponde a dueñas de casa, un porcentaje menor a trabajadores independientes con un 11%, seguido de jubilados y empleados ambos con un 5%. Cabe destacar que en el 11% de los programas “cuidados del cuidador” no se especifica el tipo de ocupación de los cuidadores familiares.

**GRÁFICO N°6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, SEGÚN TIPO DE RELACIÓN CON EL RECEPTOR DE LOS CUIDADOS. PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.**



El gráfico muestra que el rol de cuidador familiar es asumido en más de la mitad de los casos por algún hijo(a) del adulto mayor postrado. En segundo lugar se evidencia que es la madre o la esposa (o) del adulto mayor postrado quien asume este rol. En un 5% de los programas “cuidados del cuidador” no se especifica la relación que posee el cuidador con el receptor de los cuidados.

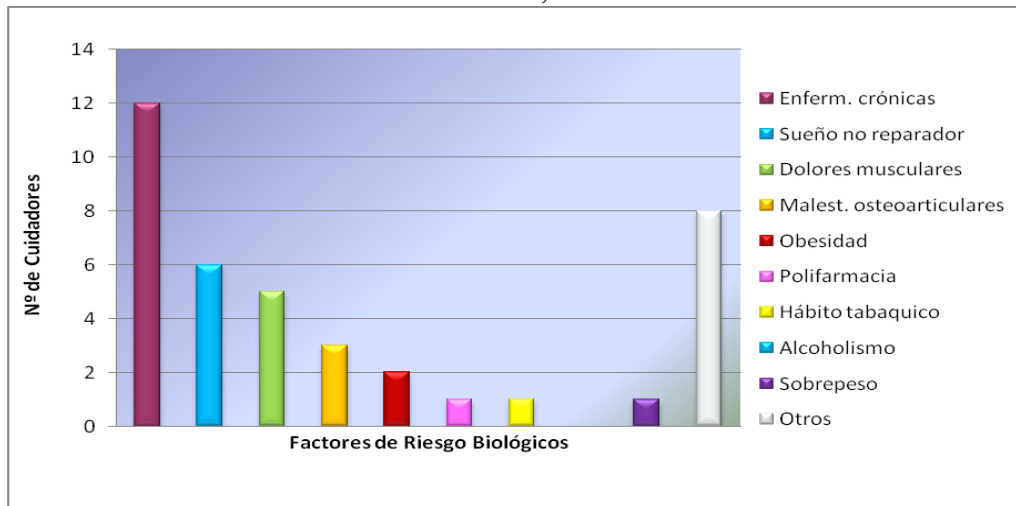
**GRÁFICO N°7:** DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, DE ACUERDO AL GRADO DE SOBRECARGA SEGÚN ESCALA DE ZARIT, PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.



Por medio de la gráfica se evidencia que la gran mayoría de la población en estudio no presenta sobrecarga como consecuencia de asumir el rol del cuidador familiar, sin embargo el 21% experimenta sobrecarga intensa y un porcentaje menor sobrecarga ligera, según escala de Zarit.

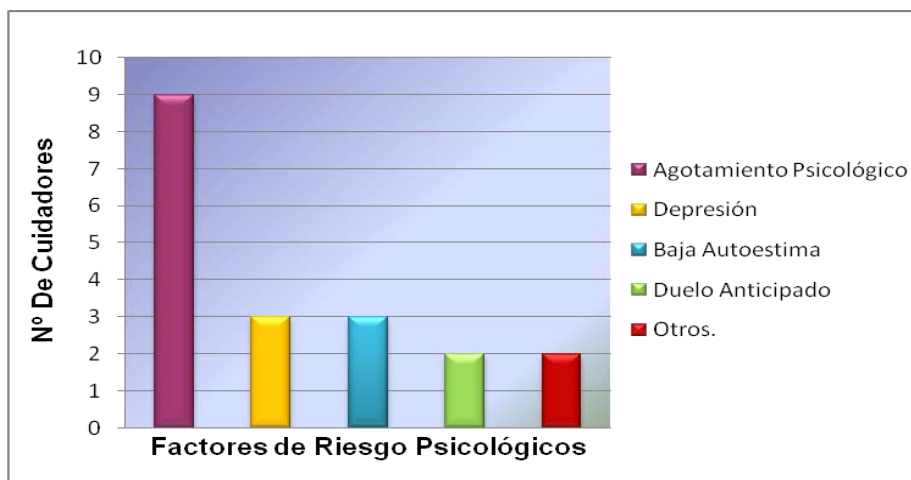


**GRÁFICO N°8: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, SEGÚN FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS, PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.**



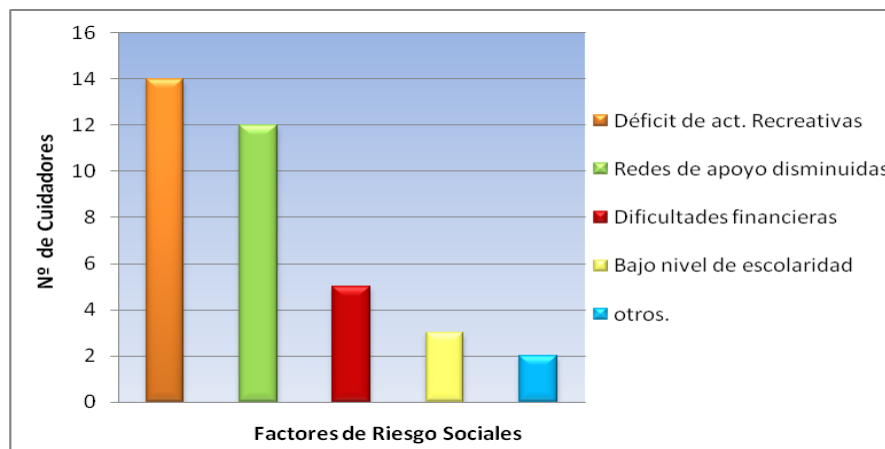
La gráfica muestra los principales factores de riesgo biológicos presentes en los cuidadores familiares de adultos mayores postrados, donde destaca la existencia de enfermedades crónicas en más de la mitad de los casos, seguido del sueño no reparador y los dolores musculares. Un número menor de cuidadores experimenta malestares osteoarticulares y presenta obesidad. Por último los factores de riesgo menos frecuentes son el sobrepeso, el hábito tabáquico y la polifarmacia, no existiendo casos de alcoholismo.

**GRÁFICO N°9: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, SEGÚN FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS, PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.**



El factor de riesgo psicológico que con mayor frecuencia presentan los cuidadores familiares de adultos mayores postrados, es el agotamiento psicológico presente en casi la mitad de los casos, seguido de la depresión y la baja autoestima, menos frecuente es el duelo presente solo en dos de los casos.

**GRÁFICO N°10: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, SEGÚN FACTORES DE RIESGO SOCIALES, PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.**



Los factores de riesgo sociales que presentan

mayoritariamente los cuidadores familiares de adultos mayores postrados, son el déficit de actividades recreativas presente en tres cuartos de los cuidadores, seguido de las redes de apoyo disminuidas. Menos frecuentes son las dificultades financieras y el bajo nivel de escolaridad.

**TABLA N°1: DISTRIBUCIÓN NÚMERICA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN NANDA 2005, CORRESPONDIENTES AL ÁMBITO BIOLÓGICO, PRESENTES EN CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.**

<b>Etiqueta Diagnóstica</b>	<b>Factores relacionados</b>	<b>Características Definitorias</b>	<b>Frecuencia</b>
Deterioro del Patrón del sueño	-Desvelo generado por el receptor de los cuidados. -Pensamientos repetitivos antes del sueño	-Insomnio. -Sueño no reparador. -Cansancio.	<b>5</b>
Fatiga	-Aumento del ejercicio físico debido al rol de cuidador familiar.	-Aumento de molestias físicas y compromiso de la concentración. -Dolor muscular persistente. -Dolor lumbar.	<b>4</b>
Manejo inefectivo del régimen terapéutico.	-Déficit de conocimientos respecto a patologías de base.	-Inasistencia a controles de salud. -Abandono del tratamiento. -Inadecuado seguimiento del régimen terapéutico. -Descompensaciones reiterativas de enfermedades crónicas.	<b>10</b>
Riesgo de desequilibrio de la nutricional por exceso	-Patrones alimentarios disfuncionales.		<b>1</b>
Desequilibrio nutricional por exceso.	-Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.	-IMC sobre los rangos normales.	<b>3</b>
Deterioro de la movilidad física	- Pérdida de la integridad de las estructuras óseas.	-Recurrentes osteomalgias. -Dolor invalidante. -inestabilidad postural, durante la realización de actividades cotidianas.	<b>2</b>

A través de la tabla podemos evidenciar que el diagnóstico de enfermería referente al ámbito biológico que con mayor frecuencia presentaron los cuidadores familiares de adultos mayores postrados, corresponden al manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con un déficit de conocimientos respecto a la patología de base que experimenta el cuidador. En segundo lugar se encuentra el deterioro del patrón del sueño relacionado con desvelo generado por el receptor de los cuidados y/o pensamientos repetitivos antes del sueño. Otro diagnóstico que presentaron los cuidadores con una frecuencia considerable fue fatiga relacionado con un aumento del ejercicio físico debido al rol del cuidador familiar.

Los diagnósticos de enfermería menos frecuentes fueron desequilibrio nutricional por exceso relacionado con un aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas del cuidador, deterioro de la movilidad física relacionado con pérdida de la integridad de las estructuras óseas y por último solo uno de los cuidadores presentó riesgo de desequilibrio de la nutrición por exceso relacionado con patrones alimentarios disfuncionales.

**TABLA N°2: DISTRIBUCIÓN NÚMERICA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN NANDA 2005, CORRESPONDIENTES AL ÁMBITO PSICOLÓGICO, PRESENTES EN CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.**

<b>Etiquetas Diagnóstica</b>	<b>Factores Relacionado</b>	<b>Características Definitorias</b>	<b>Frecuencia</b>
Ansiedad	-Estrés producto de las funciones del rol de cuidador. - Temor a enfrentar la pérdida del receptor de los cuidados.	-Temor, angustia. -Aumento de la presión Arterial.	<b>4</b>
Sufrimiento Espiritual	-Muerte reciente de persona significativa. - Temor a enfrentar la pérdida del receptor de los cuidados.	-Labilidad emocional.	<b>2</b>
Duelo Anticipado	-Pérdida potencial del receptor de los cuidados	-Insomnio. -Tristeza. -Angustia. -Ansiedad.	<b>2</b>

La tabla nos muestra que en general los cuidadores presentaron una baja frecuencia en cuanto a diagnósticos de enfermería correspondientes al ámbito psicológico, destacando sin embargo dentro de los existentes, ansiedad relacionado con estrés producto de las funciones derivadas del rol del cuidador. Con menor frecuencia, solo dos casos sufrimiento espiritual relacionado con muerte reciente de persona significativa y temor a enfrentar la pérdida del receptor de los cuidados, junto a duelo anticipado relacionado con pérdida potencial del receptor de los cuidados.

**TABLA N°3: DISTRIBUCIÓN NÚMERICA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN NANDA 2005, CORRESPONDIENTES AL ÁMBITO SOCIAL, PRESENTES EN CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.**

Etiqueta Diagnóstica	Factores Relacionados.	Características Definitorias.	Frecuencia.
Déficit de actividades recreativas.	-Falta de tiempo disponible debido al rol de cuidador.	Verbalización del cuidador de sentirse aburrido y falta de distracción. Manifestación verbal de la cuidadora de querer realizar actividades fuera de la rutina y no poder.	<b>9</b>
Deterioro de la interacción social.	-Falta de tiempo disponible debido al rol de cuidador. -Ausencia de compañeros o personas significativas.	Escasas relaciones interpersonales (amigos). Tristeza, expresión de sentimientos de soledad. Verbalización de soledad.	<b>5</b>
Riesgo de aislamiento social.	Redes de apoyo disminuidas.		<b>4</b>

Dentro de los diagnósticos de enfermería correspondientes al ámbito social, destaca por su frecuencia el déficit de actividades recreativas relacionadas con falta de tiempo disponible debido al rol de cuidador, seguidas del deterioro de la interacción social relacionado con falta de tiempo disponible debido al rol de cuidador y la ausencia de compañeros o personas significativas. Con una frecuencia mucho mayor encontramos el riesgo de aislamiento social relacionado con la existencia de redes de apoyo disminuidas.

**TABLA N°4: DISTRIBUCIÓN NÚMERICA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN NANDA 2005, CORRESPONDIENTES AL AMBITO BIOPSICOSOCIAL PRESENTES EN CUIDADORES FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES POSTRADOS, PROGRAMA “CUIDADOS DEL CUIDADOR”, DICIEMBRE DEL 2009.**

Etiqueta Diagnóstica.	Factores Relacionados.	Características Definitorias.	Frecuencia.
Cansancio en el rol del cuidador.	Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas del día. Estado de salud del cuidador: enfermedad Crónica, fatiga, agotamiento psicológico.	Fatiga, dolor muscular, estrés. Ausencia de actividades de esparcimiento.	<b>3</b>
Riesgo de cansancio en el rol del cuidador.	Falta de descanso y distracción del cuidador. Deterioro de la salud física y mental del cuidador.		<b>10</b>

A través de la tabla podemos evidenciar que el diagnóstico de enfermería en el ámbito biopsicosocial que con mayor frecuencia destaca en los cuidadores familiares, es el riesgo de cansancio en el rol del cuidador relacionado con la falta de descanso y distracción, asociado además al deterioro de la salud física y mental del cuidador.

Menos frecuente es el cansancio en el rol del cuidador relacionado con asumir la responsabilidad de los cuidados del adulto mayor postrado durante las 24 horas del día. Otro factor relacionado es el estado de salud del cuidador: enfermedad Crónica, fatiga y agotamiento psicológico.

## 8. DISCUSIÓN.

**Sexo:** Los resultados obtenidos tras este estudio, respecto al sexo del cuidador familiar son similares a los datos presentados en otras investigaciones, tal es el caso del estudio nacional de la dependencia donde un 85,6% de los cuidadores corresponde al sexo femenino y solo un 14,4% al sexo masculino (González, F. y cols. 2009).

**Edad:** Respecto a la edad del cuidador familiar, los resultados de esta investigación difieren a los datos presentes en otros estudios, como el realizado en Portugal por Ferreira y cols. (2008) cuyo objetivo fue identificar el perfil del familiar cuidador del adulto mayor fragilizado, donde la frecuencia de edad del cuidador correspondió a los 55 años a diferencia de los obtenidos en este estudio donde la mayoría de los cuidadores poseen 60 y más años de edad.

**Escolaridad:** Respecto a esta variable, predominan aquellos cuidadores con escolaridad básica incompleta seguidos de aquellos con escolaridad media completa e incompleta, correspondiendo solo un 5% de los cuidadores a aquellos analfabetos. Este último porcentaje concuerda con los resultados obtenidos por Ferreira y cols. (2008).

**Estado civil:** Según el presente estudio la mayor parte de los cuidadores familiares corresponde a aquellos que se encuentran casados y en segundo lugar a los solteros. Estos datos se asemejan a los obtenidos en el estudio de Ferreira y cols. (2009) donde un 78% de los cuidadores familiares son casados seguidos de un 17% correspondiente a los solteros.

**Relación con el receptor de los cuidados:** De acuerdo a los datos presentados en el estudio nacional de la dependencia (González, F. y cols. 2009) el rol de cuidador familiar es asumido en la mayoría de los casos por los hijos y en segundo lugar por el esposo/a del receptor de los cuidados, datos que concuerdan con los obtenidos en este estudio donde un 58% corresponde a hijo/a y un 16% a esposo/a.

**Ocupación:** Respecto a la ocupación ejercida por el cuidador familiar, esta investigación revela que un 68% de la población en estudio corresponde a dueñas de casa, porcentaje que se repite en otros estudios como aquel realizado por Montalvo y Flores (2008) donde la ocupación del cuidador, en un 56% de los casos correspondió a aquellos dedicados al hogar. Esta situación podría ser consecuencia de asumir el cuidado del paciente postrado durante las 24 horas del día, es decir ser cuidador único y por lo tanto limitarse a realizar labores solo del hogar junto con aquellas derivadas del rol del cuidador, sin contar con tiempo disponible para dedicarse a ejercer otra ocupación.

**Grado de sobrecarga del cuidador familiar:** Un 68% de la población en estudio no presenta sobrecarga derivada del rol de cuidador familiar, sin embargo un 21% presenta sobrecarga intensa y un 11% sobrecarga ligera. Estos resultados difieren de aquellos obtenidos por Breinbauer y cols. (2009) en su estudio realizado para validar la escala de sobrecarga del

cuidador de Zarit en nuestro país, donde un 52,9% de los cuidadores mostró sobrecarga intensa, un 17,6% sobrecarga ligera mientras que un 29,4% no presentó sobrecarga.

**Factores de riesgo biológicos:** Según los datos obtenidos tras este estudio 12 de cada 19 cuidadores familiares padece alguna enfermedad crónica, siendo uno de los factores de riesgo biológico que más destaca, seguido de alteraciones en el patrón del sueño como es no presentar un sueño reparador, además de sufrir dolores musculares y molestias osteoarticulares derivadas del rol de cuidador. Estos datos son similares a los obtenidos por Giraldo y Franco (2006), en que dentro de los problemas de salud que afectan la calidad de vida de los cuidadores familiares destacan la gastritis, anemia, fatiga, insomnio, cefalea y dolores de espalda.

**Factores de riesgo psicológicos:** 9 de cada 19 cuidadores familiares experimenta agotamiento psicológico como consecuencia de asumir el rol de cuidador familiar, además 3 de cada 19 presenta depresión y baja autoestima. Estos datos son similares a los obtenidos por Giraldo y Franco (2006) en su estudio realizado sobre la calidad de vida de los cuidadores familiares, donde se expone que las principales consecuencias psicológicas de asumir el rol de cuidador son la depresión, ansiedad, angustia y estrés. La existencia de estos factores de riesgo se relaciona con la presencia de un 21% de sobrecarga intensa según escala de Zarit en estos cuidadores familiares.

**Factores de riesgo sociales:** De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio, 14 de cada 19 cuidadores familiares presenta un déficit de actividades recreativas mientras que 12 presenta redes de apoyo disminuidas, solo 5 experimenta dificultades financieras.

**Necesidades de Cuidados Biológicas:** De acuerdo a los diagnósticos de enfermería correspondientes al ámbito biológico, 10 de cada 19 cuidadores presenta un manejo inefectivo del régimen terapéutico, relacionado con un déficit de conocimiento respecto a su patología de base, esta situación se manifiesta por la inasistencia a controles de salud, abandono del tratamiento, la descompensaciones reiterativas de enfermedades crónicas y el inadecuado seguimiento del régimen terapéutico.

En segundo lugar destaca el deterioro del patrón del sueño que experimentan los cuidadores, situación que se relaciona con el desvelo generado por el receptor de los cuidados y/o la presencia de pensamientos repetitivos antes del sueño, manifestado por insomnio, sueño no reparador y/o cansancio al despertar. Estos datos son similares a los presentados por Zapata y cols. (2007) quienes analizaron un caso clínico referente a un cuidador informal y en base a la valoración de enfermería identificaron los diagnósticos NANDA, destacando el mantenimiento inefectivo de la salud.

Los diagnósticos de Enfermería en este ámbito que menor frecuencia experimentan los cuidadores familiares son fatiga, desequilibrio nutricional por exceso, deterioro de la movilidad física y riesgo de desequilibrio de la nutricional por exceso.



**Necesidades de Cuidados Psicológicas:** Respecto a los diagnósticos de enfermería correspondientes al ámbito psicológico destaca que en general la frecuencia no es muy elevada. Sin embargo es importante considerar que 4 de cada 19 cuidadores presenta ansiedad relacionada con estrés producto de las funciones derivadas del rol de cuidador y/o temor a enfrentar la pérdida del receptor de los cuidados, manifestado por temor, angustia y en ocasiones por aumento de la presión arterial. Por otra parte 2 de cada 19 cuidadores familiares experimenta sufrimiento espiritual relacionado con muerte resiente de alguna persona significativa y/o con temor a enfrentar la pérdida del receptor de los cuidados, manifestado por labilidad emocional. La misma proporción de cuidadores presenta duelo anticipado relacionado con la pérdida potencial del receptor de los cuidados manifestado por insomnio, tristeza, angustia, ansiedad.

Esta información se asemeja con la expuesta por Ortiz (2007), en su estudio denominado “Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes”, en el se exponen la principales necesidades de atención psicológicas de este grupo de personas, destacando: las necesidad de apoyo emocional derivada de tener un familiar en situación de dependencia, necesidad de descarga afectiva y expresión emocional del dolor y sufrimiento que supone tener un ser querido en situación de dependencia, necesidades surgidas durante el proceso de adaptación de los cuidadores familiares a la situación de dependencia, necesidades derivadas de la evaluación del estrés originado por asumir el cuidado y las necesidades surgidas por la presencia de otros acontecimientos vitales estresantes.

**Necesidades de cuidados sociales:** Según a los datos obtenidos en este estudio 9 de cada 19 cuidadores familiares presenta un déficit de actividades recreativas, relacionado con la falta de tiempo disponible debido al rol del cuidador, manifestado por verbalización de sentirse aburrido y falta de distracción además de querer realizar actividades fuera de la rutina y no poder.

Por otra parte 5 de cada 19 cuidadores sufre un deterioro de la interacción social relacionado con falta de tiempo disponible debido al rol de cuidador y/o a la ausencia de personas significativas manifestado por tristeza y expresión de sentimientos de soledad.

Con menor frecuencia los cuidadores familiares presentan riesgo de aislamiento social relacionado con la existencia de redes de apoyo disminuidas.

Estos datos se asemejan a los obtenidos por Giraldo y Franco (2006) en su estudio “Calidad de vida de los cuidadores familiares”, en el destaca que 14 de los 15 cuidadores entrevistados manifestaron que la actividad de cuidar modifico sustancialmente su vida, algunas dejaron de trabajar, muchas se alejaron de toda actividad social o suprimieron el esparcimiento, multiplicaron los roles y en algunas ocasiones las relaciones de pareja se vieron afectadas

**Necesidades de cuidados biopsicosociales:** En este ámbito destaca que 10 de cada 19 cuidadores familiares presenta riesgo de cansancio en el rol del cuidador relacionado con falta

de descanso y distracción del cuidador, mientras que 3 de estas personas ya experimenta cansancio en el rol del cuidador, relacionado con asumir la responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas del día y/o el estado de salud del cuidador: enfermedad crónica, agotamiento psicológico, manifestado por fatiga, dolor muscular, estrés, ausencia de actividades de esparcimiento.

Según Villalobos y cols. (2006) los principales factores de riesgo derivados de este rol y que pueden llevar al cansancio del cuidador son: deficiente ayuda de parte de otros familiares, el tiempo limitado de descanso y ocio, los problemas económicos, la insatisfacción de las necesidades propias, los conflictos familiares, la pérdida de relaciones sociales. Esta situación se manifiesta a través de sentimientos como: pena, culpa, enojo, rabia, vergüenza, impotencia, soledad, inseguridad, frustración y resentimiento.

## 9. CONCLUSIONES.

Los datos obtenidos tras esta investigación dan cuenta de que el rol de cuidador familiar es asumido mayoritariamente por mujeres que poseen 60 o más años de edad, casadas, hijas o esposas del receptor de los cuidados, quienes la mayoría de las veces corresponden a dueñas de casa, que poseen una escolaridad que no supera la media completa.

Según escala de Zarit más de la mitad de los cuidadores familiares no experimenta sobrecarga derivada de asumir el rol del cuidador, sin embargo existe un porcentaje menor que presenta sobrecarga intensa.

Los principales factores de riesgo biológicos presentes en los cuidadores familiares de adultos mayores postrados son: la existencia de enfermedades crónicas, sueño no reparador, los dolores musculares y en menor frecuencia malestares osteoarticulares y obesidad.

El agotamiento psicológico es el principal factor de riesgo que en este ámbito experimentan los cuidadores familiares de adultos mayores postrados, seguido de la depresión, la baja autoestima y el duelo anticipado.

El déficit de actividades recreativas y la presencia de redes de apoyo disminuidas, son los principales factores de riesgo sociales que sufren los cuidadores familiares como consecuencia de asumir este rol, cabe destacar que menos frecuente son las dificultades financieras y el bajo nivel de escolaridad.

Las principales necesidades de cuidado biológicas que experimentan los cuidadores familiares de adulto mayores postrados son:

- El manejo inefectivo del régimen terapéutico, relacionado con un déficit de conocimiento respecto a su patología de base, esta situación se manifiesta por la inasistencia a controles de salud, abandono del tratamiento, las descompensaciones reiterativas de enfermedades crónicas y el inadecuado seguimiento del régimen terapéutico.
- Deterioro del patrón del sueño relacionado con el desvelo generado por el receptor de los cuidados y/o la presencia de pensamientos repetitivos antes del sueño, manifestado por insomnio, sueño no reparador y/o cansancio al despertar.

Las necesidades de cuidado biológicas que con menor frecuencia presentan los cuidadores familiares son fatiga, desequilibrio nutricional por exceso, deterioro de la movilidad física y riesgo de desequilibrio de la nutricional por exceso.

Las necesidades de cuidado psicológicas son menos frecuentes que las presentes en otros ámbitos, sin embargo destacan:

- Ansiedad relacionada con estrés producto de las funciones derivadas del rol de cuidador y/o temor a enfrentar la pérdida del receptor de los cuidados, manifestado por temor, angustia y en ocasiones por aumento de la presión arterial.
- Sufrimiento espiritual relacionado con muerte reciente de alguna persona significativa y/o con temor a enfrentar la pérdida del receptor de los cuidados, manifestado por labilidad emocional
- Duelo anticipado relacionado con la pérdida potencial del receptor de los cuidados manifestado por insomnio, tristeza, angustia, ansiedad.

Las principales necesidades de cuidados sociales presentes en los cuidadores familiares de adulto mayores postrados son:

- El déficit de actividades recreativas, relacionado con la falta de tiempo disponible debido al rol del cuidador, manifestado por verbalización de sentirse aburrido y falta de distracción además de querer realizar actividades fuera de la rutina y no poder.
- Deterioro de la interacción social relacionado con falta de tiempo disponible debido al rol de cuidador y/o a la ausencia de personas significativas manifestado por tristeza y expresión de sentimientos de soledad.
- Riesgo de aislamiento social relacionado con la existencia de redes de apoyo disminuidas.

Las necesidades de cuidados biopsicosocial que presentan los cuidadores familiares de adultos mayores postrados corresponden a:

- Riesgo de cansancio en el rol del cuidador relacionado con falta de descanso y distracción del cuidador.
- Cansancio en el rol del cuidador, relacionado con asumir la responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas del día y/o el estado de salud del cuidador: enfermedad crónica, agotamiento psicológico, manifestado por fatiga, dolor muscular, estrés, ausencia de actividades de esparcimiento.

## 10. PROYECCIONES PARA ENFERMERÍA.

**Beneficios para el cuidador familiar:** a partir de este estudio se contará con evidencia científica que respalde la planificación y ejecución de programas de intervención ya sea a nivel local, regional y /o nacional, destinados a satisfacer las necesidades de los cuidadores familiares y mejorar su calidad de vida, por ejemplo:

- Programas destinados a fomentar las actividades recreativas del cuidador familiar.
- Programas de apoyo emocional o fomento de la salud mental del cuidador familiar.
- Programas dirigidos a las enfermedades crónicas del cuidador familiar.
- Programas destinados a satisfacer las necesidades de educación de este grupo de la población.

**Beneficios para el profesional de enfermería:** los resultados obtenidos tras este estudio, permitirán al profesional de enfermería contar con información concreta que guíe el proceso de enfermero y permita la ejecución de intervenciones efectivas, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de este grupo de la población. Cabe destacar que estos datos, contribuirán a respaldar procesos de gestión, dirigidos a cubrir las necesidades de los cuidadores familiares, por ejemplo: gestionar la incorporación de nuevos recursos humanos a nivel de atención primaria, gestionar la adquisición de material y respaldo económico para la realización de actividades de intervención.

Promoverá además el desarrollo de nuevas investigaciones en este ámbito, potenciando los cuidados del cuidador como un área de estudio que es necesario explotar, a fin de estar preparados, para enfrentar los cambios epidemiológicos y demográficos que hoy evidenciamos, y que nos exigen estar prepararnos para combatir de manera efectiva las consecuencias derivadas del envejecimiento de la población.

**Beneficios para la formación de los profesionales de enfermería:** los resultados de esta investigación constituirán un aporte para la formación de futuros profesionales de enfermería, en un área que se encuentra en pleno auge y desarrollo, como son los cuidados del cuidador, al proporcionar información que contribuya a la integración de este tema a los planes de estudio de esta carrera universitaria.

Por otra parte la realización de este estudio con material recopilado por estudiantes de pregrado, constituiría un incentivo para la realización de nuevos programas ya sea en el ámbito de los cuidados del cuidador como en otras áreas de esta disciplina, estimulando la responsabilidad, compromiso y seriedad al momento de realizar este tipo de trabajos, demostrando que poseen proyección y que pueden constituir un aporte para el desarrollo científico de la enfermería.

## 11. REFERENCIAS.

- 1) Barrera, L., Blanco, L., Figueroa, P., Pinto, N., y Sánchez, B. (2006). Habilidades de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: Una mirada internacional. *Revista Aquichan*, 6, 22-33. Extraído el 9 de Abril del 2010, disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/77/158>
- 2) Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación*. 2° Ed. México: Ed. Person Educación. Pp. 57.
- 3) Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra C. y Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*. 133, 657-665. Extraído el 31 de Marzo del 2010, disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es&nrm=iso)
- 4) Díaz, J. y Rojas, M. (2009). Cuidando al cuidador: Efectos de un programa educativo. *Revista Aquichan*. 9 (1), 73 – 92. Extraído el 17 de Marzo del 2010, disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/171/312>
- 5) Dorantes, G., Ávila, J., Mejía, S., y Gutiérrez, L. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista de salud pública Panamá*. 22 (1), 1-11. Extraído el 9 de Abril del 2010. Disponible en: <http://journal.paho.org/uploads/1189629716.pdf>
- 6) Ferreira, C., Da Silva, M., Takase, L. y Alvares, A. (2008). Perfil del familiar cuidador de anciano fragilizado en convivencia doméstica en la gran región de Porto, Portugal. *Revista Escuela de Enfermería USP*. 43(3) ,609-614. Extraído el 31 de Marzo del 2010, disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000300016&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300016&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
- 7) Giraldo, C. y Franco, C. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Revista Aquichan*, 6, 38-53. Extraído el 9 de Abril del 2010, disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/79/162>
- 8) González, F., Massad, C. y Lavanderos, F. (2009), Estudio nacional de la dependencia en personas mayores. Extraído el 16 de abril del 2010, disponible en: <http://www.senama.cl/Archivos/estudiodependencia.pdf>

- 9) Laphop, F. (2009). Protección jurídica de los adultos mayores en Chile. *Revista de derecho* 36 (1), 77 – 113. Extraído el 7 de abril del 2010, disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-34372009000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-34372009000100005&script=sci_arttext)
- 10) Mardones, F. (2004). Algunos antecedentes sobre la inequidad en la situación de salud del adulto mayor en Chile. *Revista médica de Chile*, 132, 865-872. Extraído el 12 de mayo del 2010, disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000700013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000700013&script=sci_arttext)
- 11) Martins, J., Albuquerque, G., Pereira, E., Carbalho, D., Amante, W y Sousa, W. 2007 necesidades de educación en salud de los cuidadores de ancianos en el hogar. *Texto Contexto Enfermería*, Florianópolis. 16(2): 254-62. Extraído el 5 de mayo del 2010, disponible en <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>
- 12) Encuesta de caracterización socio demográfica, CASEN 2006. Extraído el 15 de Abril del 2010, disponible en: [http://www.mideplan.cl/casen/publicaciones/2006/Resultados\\_Adulto\\_Mayor\\_Casen\\_2006.pdf](http://www.mideplan.cl/casen/publicaciones/2006/Resultados_Adulto_Mayor_Casen_2006.pdf)
- 13) Montalvo, M y Flores, I. (2008). Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena, Colombia. 24(2), 181-190. Extraído el 18 de Mayo, Disponible en: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0120-55522008000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0120-55522008000200004&script=sci_arttext)
- 14) North American Nursing Diagnosis Association, NANDA (2005). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2005-2006. Madrid: Elsevier.
- 15) Organización iberoamericana de seguridad social. Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Extraído el 28 de abril del 2010, disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oiss-chile-01.pdf>
- 16) Ortiz, D. (2007). Experiencia en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención psicosocial* 16 (1), 93-105. Extraído el 29 de junio del 2010, [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592007000100008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592007000100008&script=sci_arttext)
- 17) Pérez, M. (2002). Operacionalización del proceso de atención de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 2, 62-66. Extraído el 7 de Abril de 2010, Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2002/e-en02-2/em-en022d.htm>

- 18) Pinto, N., Barrera, L y Sánchez, B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “cuidando a los cuidadores”. *Revista Aquichan*, 5, 128-137. Extraído el 1 de Abril de 2010, disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/66/136>
- 19) Rivera. L. (2006). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Avances en enfermería*, 2, 91-98. Extraído el 7 de mayo del 2010, disponible en [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv2\\_11.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv2_11.pdf)
- 20) Servicio nacional del adulto mayor (SENAMA), CENSO 2002. Extraído el 16 de Abril del 2010, disponible en: <http://www.senama.cl/Archivos/968.pdf>
- 21) Villalobos, A. Barredo, R. Estrada, V. Bustos, C. Herrera, P. Soto, H. Quinteros. J. y Martines, R. (2006), Norma de cuidados domiciliarios de personas que sufren de discapacidad severa. Extraído el 19 de abril de 2010, disponible en: <http://www.smaule.cl/Pagina/articulacionRed/normaAtencionPostradoDomicilio.pdf>
- 22) Zapata, M., Caballero, N. y Gómez. V. (2007). Plan de cuidados enfermeros al cuidador informal. Caso clínico. *Enfermería Clínica*. 17(3), 157-61. Extraído el 3 de Abril, disponible en: [http://www.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=13106701&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=35&ty=64&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=35v17n03a13106701pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13106701&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=35&ty=64&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=35v17n03a13106701pdf001.pdf)



**FICHA TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**  
**(ANEXO N°1)**

<b>I) Antecedentes generales del cuidador.</b>					
Sexo	Edad	Estado civil	ocupación	Relación receptor de los cuidados	Escolaridad

<b>II) Factores de riesgo del cuidador familiar</b>		
<b>Biológicos</b>	<b>Psicológicos</b>	<b>Sociales</b>
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		

<b>III) Grado de sobrecarga del cuidador familiar</b>		
Ausencia sobrecarga	Sobrecarga ligera	Sobrecarga intensa

<b>IV) Necesidades de cuidados del cuidador</b>	
<b>Biológicas</b>	1) 2) 3) 4)
<b>Psicológicas</b>	1) 2) 3) 4)
<b>Sociales</b>	1) 2) 3) 4)