

TESIS DOCTORAL

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO QUE
BRINDA AL ADULTO MAYOR. COMUNIDADES ADSCRITAS
AL AMBULATORIO URBANO III “BELÉN”**

MÉRIDA – VENEZUELA, 2015

Www.bdigital.ula.ve

Reconocimiento

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
DOCTORADO “CIENCIAS HUMANAS”

TESIS DOCTORAL

**Percepción del cuidador familiar sobre el cuidado que brinda al Adulto
Mayor. Comunidades adscritas al Ambulatorio Urbano III “Belén”. Mérida –
Venezuela, 2015**

Www.bdigital.ula.ve

Presentado por:

Mg. S. Asdrúbal Antonio Velasco Cañas

Tutor:

Dr. José Ivo Oscar Contreras Briceño

Mérida, Junio de 2015

Reconocimiento

AGRADECIMIENTO

- *A mi Dios Todopoderoso*
- *A mi esposa e hijos, por ellos y para ellos, gracias por su apoyo incondicional, los amo!*
- *A los cuidadores familiares, gracias por su dedicación y esmero*
- *A los adultos mayores quienes eran la condición del trabajo, sin ellos no habrían cuidadores.*
- *A mis colegas y empleados de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, gracias por su comprensión*

Www.bdigital.ula.ve

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Agradecimiento.	i
Índice de Contenido.	ii
Índice de Tablas.	v
Índice de Figuras	ix
Resumen.	x
Abstract.	xi
Introducción.	1
 Capítulo I: Fenómeno en Estudio	 8
1.1. Planteamiento del fenómeno a estudiar.	8
1.2. Propósito de la investigación.	19
1.2.1. <i>Propósito general.</i>	19
1.2.2. <i>Propósitos específicos.</i>	19
1.3. Justificación del tema.	20
1.5. Consideraciones éticas.	21
 Capítulo II: Marco Teórico Referencial	 23
2.1. Antecedentes de la investigación.	23
2.2. Bases teóricas.	43
2.2.1. El cuidador familiar y la práctica del cuidado en el adulto mayor.	43

2.1.1.1	<i>El envejecimiento de la población.</i>	43
2.1.1.2	<i>Políticas, programas y acciones a favor del adulto mayor en Venezuela.</i>	47
2.1.1.3.	<i>La capacidad funcional del adulto mayor como elemento esencial para la satisfacción de las necesidades de salud.</i>	53
2.1.1.4	<i>El cuidador familiar como ente clave para el cuidado del adulto mayor.</i>	57
2.1.1.5	<i>La acción del cuidado como un acto ejercido por el cuidador familiar en el adulto mayor.</i>	66
2.2.2.	<i>La Representación Social de Serge Moscovici en el cuidado del adulto mayor.</i>	71
2.2.2.1	<i>Bases, definición e interpretación y construcción de la representación social.</i>	71
2.2.2.2	<i>Elementos de las representaciones sociales y la percepción como parte fundamental para su construcción.</i>	74
2.2.2.3	<i>La práctica del cuidado del cuidador familiar del adulto mayor bajo el modelo de Serge Moscovici.</i>	80
2.3.	<i>Sistematización de las categorías y sub-categorías.</i>	82
2.4.	<i>El Grupo Focal como método de investigación</i>	85
2.5.	<i>Lo fenomenológico en la investigación: aproximación a la comprensión de la relación cuidador familiar – adulto mayor.</i>	86

Capítulo III: Ruta Metodológica	90
3.1. Método de investigación	90
3.2. Tipo y diseño de investigación.	91
3.3. Población muestral.	93
3.3.1. Población diana.	93
3.3.2. Muestreo.	94
3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión.	95
3.4. Instrumento y técnica para la investigación.	95
3.4.1. El Grupo Focal como técnica para recabar la información	97
3.5. Contextualización y ubicación de la investigación.	99
3.6. Fases de la investigación.	100
3.7. Análisis e interpretación de los resultados.	102
Capítulo IV: Análisis de los Resultados	105
Capítulo V: Discusión de los Resultados	121
5.1. Criterio de validez y ventajas del estudio	121
5.2. Perfil de salud del cuidador familiar y del adulto mayor y cuidados que le provee el cuidador al familiar.	122
5.3. Percepción que posee el cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado brindado al adulto mayor.	134
Capítulo VI: Conclusiones	176
Capítulo IV: Propuesta. Red de cuidadores familiares: un enfoque de manejo	

de casos hacia el cuidado integral del adulto mayor 171

Referencias bibliográficas 186

Anexos 205

- 1 Consentimiento Informado
- 2 Instrumento de recolección de la información con guía temática del moderador.
- 3 Resultados con base a percepción que posee el cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado brindado al adulto mayor: clasificación y categorización de la respuesta viva.

Www.bdigital.ula.ve

INDICE DE TABLAS

Tabla N°	Contenido	Pág.
1	Distribución de la población por Grandes Grupos de Edad y Sexo. Estado Mérida. Censo de Población y Vivienda, 2014.	10
2	Distribución de la población por Grandes Grupos de Edad y Sexo. Municipio Libertador. Estado Mérida. 2014	11
3	Distribución de la población (cuidadores familiares) por comunidad. Ambulatorio “Belén”. Mérida, 2014	94
4	Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Tiempo a cargo del cuidado del adulto mayor.	Anexo 3
5	Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Motivos para la responsabilidad del cuidado.	Anexo 3
6	Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Apoyo de otros miembros de la familia.	Anexo 3
7	Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Cuidados que más requiere el adulto mayor	Anexo 3
8	Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Cuidados que más les dificulta	Anexo 3

- para ayudar al adulto mayor en el hogar.
- | | | |
|----|--|---------|
| 9 | Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Ayuda o apoyo de los vecinos. | Anexo 3 |
| 10 | Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Cuidados brindados ¿Adecuados o efectivos? | Anexo 3 |
| 11 | Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Apoyo del equipo de salud del ambulatorio para ayudar en el cuidado del adulto mayor. | Anexo 3 |
| 12 | Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: El adulto mayor requiere de más cuidados del que realmente necesitan. | Anexo 3 |
| 13 | Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Creencias del adulto mayor que puedan influenciar en el cuidado que les provee. | Anexo 3 |
| 14 | Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Cansada o cansado por atender al adulto mayor en casa. | Anexo 3 |
| 15 | Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Obligación en el suministro de cuidados al adulto mayor. | Anexo 3 |
| 16 | Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Experiencia en la práctica del | Anexo 3 |

cuidado.

- 17 Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Relación con los familiares del adulto mayor que cuida. Anexo 3

INDICE DE FIGURAS

Figura N°	Contenido	Pág.
1	Pirámide poblacional venezolana desde 1990 y proyección 2025	9
2	Razón de Dependencia Total, Menores de 15 años y Adultos Mayores de 64 años.	57

Www.bdigital.ula.ve

RESUMEN

La experiencia de cuidado está influenciada por el tipo de relación que mantiene el cuidador familiar y el adulto mayor. En este sentido cuidar a un adulto mayor en el hogar, ofrece una gran cantidad de oportunidades y experiencias, siempre y cuando estén dadas las condiciones. Esta relación permite un aprendizaje y la estructuración de toda una serie de ideas, creencias y conceptos que los cuidadores van desarrollando en relación con el cuidado, razón por la cual se torna fundamental, rescatar sus opiniones, experiencias, sensaciones y emociones derivadas de su vida cotidiana. A tal efecto se presenta una investigación que tiene como objetivo principal evaluar la percepción que posee el cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado brindado al adulto mayor. Metodológicamente es una investigación cualitativa, apoyada en la fenomenología y las representaciones sociales como métodos de indagación, y asumida en las acciones sociales que produjeron los 23 cuidadores familiares como población diana, durante la práctica del cuidado con el adulto mayor, basados en las categorías: tiempo, motivos, apoyo, requerimientos, dificultades, ayuda de vecinos, efectividad, apoyo del equipo de salud, cuidados extras, creencias, cansancio, obligación, experiencia en el cuidado y relación con la familia. Los resultados obtenidos muestran que a nivel educativo y actividad laboral, más de la mitad de los cuidadores cuentan con la secundaria completa y son profesionales, así como más de la mitad tiene una situación laboral activa por lo que repercute de manera positiva en el cuidado del adulto mayor; así como, poseen una percepción satisfactoria acerca del cuidado, ya que la práctica que ejercen de manera cotidiana lo hace basándose en la necesidad que requiere el adulto. De igual manera, la representación social del cuidado se encuentra formada a partir de las actividades a las cuales el cuidador familiar lo hace inteligible.

Palabras claves: Percepción, cuidado, cuidador familiar, adulto mayor

ABSTRACT

Care experience is influenced by the type of relationship that the family caregiver and the elderly. In this regard care for an older adult in the home, it offers a lot of opportunities and experiences, provided they are given the conditions. This relationship allows learning and structuring a series of ideas, beliefs and concepts that caregivers are developed in relation to care, why it becomes fundamental to rescue their opinions, experiences, feelings and emotions arising from your life everyday. To this end an investigation that has as main objective to evaluate the perception held by the family caregiver about the practice of care provided to the elderly occurs. Methodologically it is a qualitative research, based on phenomenology and social representations as methods of inquiry, and assumed in social actions that produced the 23 family caregivers as a target population for care practice with older adults, based on the categories: time reasons, support requirements, difficulties, help neighbors, effectiveness, support of the health team, extra care, beliefs, tiredness, obligation and experience caring relationship with the family. The results obtained show that to educational level and labor activity, more than half of caregivers feature the complete secondary and are professionals, well as more than half has an active labor situation by which impacts of positive way in caring for the older adult; well as, possess a satisfactory perception about the care, since the practice that exert of everyday way it does so based in the need that requires the adult. Similarly, the social representation of care is located formed from activities to which the family caregiver what ago intelligible.

Key words: Perception, care, familiar keeper, major adult

INTRODUCCIÓN

Cuando se presentó el trabajo con los cuidadores familiares del adulto mayor, se consideró su importancia por ser una labor exigente que comprende la búsqueda constante del bienestar social y de salud de las personas cuidadas, en vista de que el envejecimiento de la población y su tendencia creciente es una de las principales preocupaciones mundiales, tanto en lo que se refiere a su aspecto social como sanitario.

La Organización de la Naciones Unidas (ONU, 2012), en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento, reconoce que el mundo está experimentando una transformación demográfica sin precedentes y que para el 2050, el número de personas de más 60 años aumentará de 600 millones a casi 2000 millones, y se prevé que el porcentaje de personas de 60 años o más se duplique, pasando de un 10% a un 21%. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que la población de edad se multiplique por cuatro en los próximos 50 años.

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Esa transformación demográfica planteará a todas las sociedades el reto de aumentar las oportunidades de las personas de edad de aprovechar al máximo sus capacidades y de participar

en todos los aspectos de la vida. Asimismo, la oportunidad de fortalecer el diseño e implementación de programas dirigidos a la formación de cuidadores familiares, como miembros fundamentales para el cuidado del adulto mayor.

Se piensa que la relación de dependencia total será de 53 en 2025 y para 2050 llegará a 57 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar, debido al aumento de la relación de dependencia en las edades más avanzadas (ONU, 2007). Se estima que en los países en desarrollo la relación de dependencia total alcanzó un mínimo histórico en 2005; y se prevé que esos países en conjunto experimentarán un incremento constante de la relación de dependencia total como consecuencia de un aumento continuo de la relación de dependencia de las personas mayores. Las tendencias en la relación de dependencia en los países con economías en transición son similares a las de los países desarrollados.

En este sentido desde el punto de vista social, el fortalecimiento del cuidado permite la producción de estrategias que fomenten la conformación de redes sociales, donde el personal se capacite y de soluciones en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, haciendo necesario y urgente la atención de las personas, con ciertas limitaciones funcionales, motoras y psicológicas, así como contribuye a la reflexión sobre la vida de los cuidadores que viven separados o con sus familias y las implicaciones que esta separación tiene para el desarrollo de su vida. Para ellos convivir con un adulto mayor, significa estar a la expectativa y de satisfacer en la medida de lo posible las necesidades básicas, instrumentales o avanzadas.

Si bien la familia siempre ha sido cuidadora de sus miembros, es a partir de los 80 cuando aparece la preocupación por *los cuidadores* (Twigg, 1993). Ello es debido al crecimiento económico, a los cambios demográficos, al reconocimiento de la magnitud e importancia del

cuidado familiar y a la reforma de los sistemas sanitarios que centran su interés en la Atención Primaria de Salud.

La familia se considera un centro de interés en sí misma. Es un sistema en la cual se produce una intensa, estrecha y duradera interacción entre los componentes que se pone de manifiesto en materia de autocuidado. La familia constituye una fuente de apoyo social inmediato para sus miembros, aunque debido a los cambios socioculturales que está sufriendo la familia, es necesario ser cuidadoso en este último punto ya que no todas las familias pueden proporcionar un apoyo eficaz a sus miembros.

La salud familiar debe medirse por sus roles, patrones de comunicación afectivos, por su capacidad para crear y mantener un hogar y un estilo de vida saludable, por su capacidad para afrontar los problemas y por sus relaciones con la comunidad. El cuidador principal debe desarrollar multitud de tareas para la persona que recibe cuidados: higiene, alimentación, movilización, curas, compañía, trámites burocráticos, soporte emocional, debe hacer de intermediario y ha de tomar decisiones. Todo ello puede convertirlo en enfermo secundario, ya se han comentado las repercusiones físicas, psicológicas y sociales asociadas al cuidar.

Aunque las necesidades del cuidador se han de evaluar individualmente hay algunos puntos esenciales para ofrecer apoyo a los cuidadores informales, tales como proporcionar formación sobre cuidados con el objetivo de mejorar la prestación, proporcionar información sobre planificación de actividades, enseñar a obtener apoyo de otras personas, identificar los problemas de salud del cuidador y tratarlos adecuadamente, y favorecer la comunicación cuidador – adulto mayor en este caso, cuando esta esté alterada.

Aunque el perfil de los cuidadores es muy variado, por lo general se trata de familiares, especialmente los más cercanos y en particular cuando la dependencia se hace más severa, que se

hacen cargo de una gran cantidad de tareas y que hacen un uso escaso de los servicios de apoyo formal, lo que les pone en una situación de alta vulnerabilidad. El asumir el papel de cuidador constituye, pues, una importante fuente de estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como importantes alteraciones emocionales.

En este sentido, cuidar es una tarea con una doble vertiente, en la que el cuidador primero debe conocer las necesidades de la persona mayor y después saber cómo satisfacerlas. En función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o que no se sabe cuándo va a finalizar. Cuando es una gran tarea o se prolonga durante mucho tiempo, puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y de las energías del cuidador.

Ser cuidador es un rol que no es siempre el mismo porque los problemas del adulto mayor son progresivos, además de multidimensionales y complejos. Además las dificultades a las que los cuidadores tienen que enfrentarse no se circunscriben única y exclusivamente a la persona a la que se cuida sino que en numerosas ocasiones también tienen que ver con problemas añadidos a los originados por la situación de cuidado como laborales y familiares. El cuidador atraviesa una serie de fases a lo largo del tiempo que desempeña su rol y suelen producirse en momentos de transición para la adaptación, comienzo de la enfermedad o dependencia, institucionalización del familiar mayor y fallecimiento de éste, lo que implica unos cuidados diversos que tiene que dispensar.

Dada la importante contribución realizada por los cuidadores es importante evitar que se agoten, y una estrategia para evitar las repercusiones negativas sería desempeñar su rol en las mejores condiciones tanto para ellos como para los mayores a los que prestan su ayuda. Es decir, tratar de amortiguar o eliminar los conflictos familiares, los problemas laborales y muy

especialmente la presencia de problemas emocionales, por lo que el apoyo afectivo facilita la relación interpersonal.

A raíz de lo anterior poco se sabe sobre la percepción del cuidado que tiene el cuidador familiar desde su punto de vista vivencial. Conocer la percepción permite identificar los aspectos negativos o positivos que estos experimentan en el cuidado, planteando la necesidad de que los profesionales de la salud asuman un papel protagónico en la implementación de programas asistenciales y educativos que preparen y habiliten a los cuidadores.

Es por ello que cuidar implica entonces tareas, pero también relaciones y sentimientos, esto es, tiene una dimensión relacional. Tiene también una dimensión ética y política, ya que cuidar trasciende a un contexto social y físico más amplio que el puramente interpersonal. El cuidar implica una actividad que consiste en la ejecución de una serie de tareas, es tanto físico como emocional, y las condiciones en las que se desarrolla afectan de manera diversa su cotidianidad.

Por lo antes planteado, el propósito de la investigación es evaluar la percepción que posee el cuidador familiar acerca del cuidado que le brinda al adulto mayor en casa, y de ésta manera comprender el comportamiento de los cuidadores y sus relaciones durante el cuidado de los adultos mayores en el hogar. Esa comprensión está enmarcada en una investigación de carácter cualitativo, apoyada en la Teoría de las Representaciones Sociales.

La investigación está dividida en 6 capítulos. El Capítulo I describe el planteamiento del fenómeno a estudiar, las cuestiones de investigación y la hipótesis conceptual, el propósito de la investigación, la justificación del tema y las consideraciones éticas.

El Capítulo II está relacionado con los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. En él se describe aspectos conceptuales acerca del cuidador familiar y la práctica del cuidado en el adulto mayor, así como la representación social como modelo de Serge Moscovici en el

cuidado del adulto mayor. Se presenta además, la sistematización de las categorías y subcategorías; se describe el Grupo Focal como método de investigación y lo fenomenológico en la investigación, vista como una aproximación en la comprensión de la relación cuidador familiar – adulto mayor.

El Capítulo III describe la ruta metodológica, que comprende el método de investigación, el tipo y diseño de investigación, la población muestral, el instrumento y el grupo focal como técnica para la investigación, la contextualización y ubicación de la investigación, las fases de investigación y el análisis de los resultados.

El Capítulo IV muestra los resultados de la investigación siguiendo los propósitos planteados; el Capítulo V describe la discusión de los resultados, y en el Capítulo VI se presentan las conclusiones de la investigación.

Luego se presenta la bibliografía y los anexos. Los anexos están relacionados con el consentimiento informado, el instrumento de recolección de la información con la guía temática del moderador del grupo focal, los resultados relacionados con el perfil de salud del cuidador familiar del adulto mayor, los resultados según el perfil de salud y capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor, los resultados relacionados a los cuidados físicos, biológicos, afectivos – espirituales y sociales que les provee los cuidadores familiares a los adultos mayores, los resultados con base a percepción que posee el cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado brindado al adulto mayor: clasificación y categorización de la respuesta viva, y la propuesta doctoral relacionada con la red de cuidadores familiares bajo el enfoque de manejo de casos hacia el cuidado integral del adulto mayor.

En este sentido, la propuesta posee como metas fundamentales las atender a los adultos mayores imposibilitados e incapacitados en casa que necesitan servicios múltiples de salud para

que puedan permanecer, con la ayuda del familiar en sus domicilios; ayudar a los cuidadores familiares a que funciones al máximo nivel de sus capacidades personales, y la de orientar al cuidador familiar en el uso de los recursos existentes en la comunidad para propósitos de prevención, mantenimiento y tratamiento, de acuerdo a las necesidades.

Para culminar, la red tiene como base de actuación el Enfoque de Manejo de Casos (EMC) para el cuidado del cuidador familiar, la cual es una intervención individual que facilita el cuidado del adulto mayor en el hogar por parte del familiar encargado. Los elementos claves son el enfoque holístico manejado por el personal de enfermería en la evaluación de las necesidades del cuidador familiar y el apoyo y la educación ofrecidos a los cuidadores que sería los participantes del club, mediante grupos de apoyo y manejo de casos a través de las propias experiencias. En este sentido, el EMC permite que los cuidadores familiares puedan desarrollar un plan de trabajo con la ayuda del personal de enfermería y el apoyo de una evaluación de necesidades sociales, de salud y de vivienda.

CAPÍTULO I

FENÓMENO DE ESTUDIO

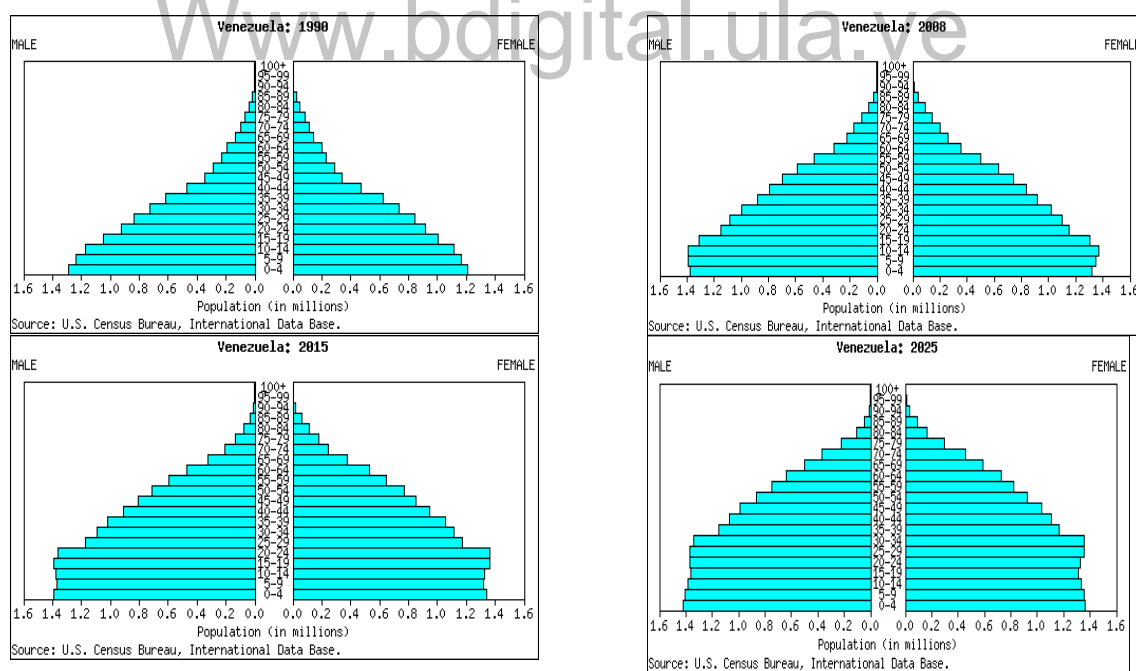
1.1 Planteamiento del fenómeno a estudiar.

La situación demográfica actual a nivel mundial indica claramente la tendencia al crecimiento de los grupos de personas que superan los 60 años de edad. Desde las últimas décadas, en la población mundial se ha incrementado el número de envejecientes, quienes cotidianamente plantean diversidad de necesidades acordes a esa etapa de la vida. En este sentido, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1974), definió el envejecimiento “como un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios, durante todo el ciclo de la vida” (p. 12). De igual modo, el envejecimiento individual ha estado presente como objeto de estudio en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. Sin embargo, durante el presente siglo más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha delimitado como etapa de vejez y el envejecimiento poblacional se ha convertido hoy en un reto para las sociedades modernas.

La Oficina Panamericana de la Salud (OPS, 2014), en un informe preparado en conjunto con el Instituto Merck para el Envejecimiento y la Salud en América Latina y el Caribe (MIAH), refieren que para el 2025, al menos el 10% de la población tendrá 60 años o más, y la población de adultos mayores, aumentará un 138%, es decir, de 42 millones a 100 millones. Cabe destacar que el aumento de la población adulta mayor en Latinoamérica y el Caribe se remonta, al menos en parte, a los descubrimientos revolucionarios en medicina y en salud pública, especialmente a

la reducción de la mortalidad infantil, que comenzó después de 1930, y no a las mejoras en los estándares generales de vida. Esto requiere de modificación de estilos de vida desde edades jóvenes, que les permita alcanzar una esperanza de vida mayor.

Demográficamente al igual que el resto de los países de Latinoamérica, Venezuela presenta un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional. (Fig. 1). Obsérvese la reducción de la base de las pirámides desde 1990, y proyección 2025, indicando una disminución del porcentaje de la población de menor edad, y a su vez un crecimiento del porcentaje de la población adulta. El aumento de la edad media acumulará la mayoría de la población en los grupos que se encuentran en la etapa más productiva de su vida. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2011, en Venezuela se registraron 243.425 personas de 80 años y más, cifra que aumentará a 323.575 para el 2015 (Instituto Nacional de Estadística INE, 2011).



Fuente: U.S. Census Bureau. International Data base (2014)

Figura 1: Pirámide poblacional venezolana desde 1990 y proyección 2025.

Igualmente, en Venezuela para el 2010, se registró una tasa de crecimiento interanual de 1,64% con respecto al año 2009. Entre 1950 y 2011, la población total creció de 5.1 a 27.3 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento media anual de 3,37%. En estos años las relaciones de dependencia son las más bajas, es decir, las personas en edad para trabajar (15 a 64 años = 25 millones) tendrán a su cargo menos personas dependientes (menores de 15 años = 4,1 millones y mayores de 64 años = 8,6 millones) (INE, 2014). Al igual que muchos países de América Latina, el proceso de envejecimiento se está dando sin un desarrollo económico capaz de asegurar los recursos necesarios para proporcionar a los grupos de mayor edad una calidad de vida aceptable (Martínez y Fernández, 2008). En tal sentido, según el Informe “Género, Salud y Desarrollo en las Américas: Indicadores Básicos del 2011” (OPS, 2011 p. 3), la Esperanza de Vida a los 60 años es de 77.5 para las mujeres y de 71.6 para los hombres, lo que significa de alguna manera el mejoramiento de los estilos de vida de la población.

Www.bdigital.ula.ve

Tabla 1

Distribución de la población por Grandes Grupos de Edad y Sexo. Estado Mérida. Censo de Población y Vivienda, 2014.

Grandes Grupos de edad	Sexo			%
	Hombre	Mujer	Total	
Menores de 15 años	110.750	104.214	214.964	25.95
De 15 a 64 años	275.741	281.553	557.294	67.25
65 años y más	25.846	30.488	56.334	6.80
Total	412.337	416.255	828.592	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo 2011. Procesado con Redatam+SP CEPAL/CELADE 2003-2013

De igual manera, la población adulta mayor para el estado Mérida de acuerdo al INE (2011 *ob. cit.*), representa el 6,80% (Tabla 1). De ésta, el 8,06% habita en el Municipio Libertador (Tabla 2), población que es atendida en Mérida, por 3 redes ambulatorias “El

Llano”, “Venezuela” y “Belén”. En este sentido, la atención ambulatoria se apoya de alguna manera, en la familia del adulto mayor, por lo que equivaldría más o menos, a la misma cantidad de cuidadores familiares, los que ayudan a brindar cuidados de salud en el hogar.

Tabla 2

Distribución de la población por Grandes Grupos de Edad y Sexo. Municipio Libertador. Estado Mérida. 2014.

Grandes Grupos de edad	Sexo			%
	Hombre	Mujer	Total	
Menores de 15 años	23.217	21.877	45.094	20.73
De 15 a 64 años	72.490	82.416	154.906	71.21
65 años y más	7.143	10.394	17.537	8.06
Total	102.850	114.687	217.537	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo 2011. Procesado con Redatam+SP
CEPAL/CELADE 2003-2013

El adulto mayor es una de las prioridades que deben tener los diferentes organismos y niveles de gobierno de un país. El hecho de implementar políticas a favor del adulto mayor de cada región implica una serie de adecuaciones y adaptaciones que benefician la integridad de este grupo etario. En los últimos treinta años del siglo XX la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad y como consecuencia, la estructura de las edades de la población también varió. (Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela – UNFPA, 2006).

Ahora la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI (Ospina, 2001), y en este proceso, la globalización ha sido fundamental, al ir transformado de manera profunda la concepción del desarrollo, donde el papel de los gobiernos locales y regionales es esencial

para la promoción del desarrollo de programas que mejoren su estilo de vida. La meta debe permitir que los individuos disfruten de todos los derechos humanos, ya que la verdadera amenaza no es la globalización sino la homologación de la vejez. La globalización está ligada tanto a la economía como al envejecimiento de la población.

El mayor impacto social y probablemente económico del envejecimiento, se desprende de los cambios en el estado de salud que conlleva (Ham y Gutiérrez, 2001). Los factores determinantes y condicionantes de la salud del adulto mayor son a nivel individual, el género, la edad, la economía, la educación y la nutrición; a nivel intermedio están la familia, los servicios médico-sociales, la pobreza, el empleo, la vivienda y las políticas de vejez; y más remoto, se encuentra las políticas de población, el desarrollo y los patrones culturales.

Con base a lo expuesto anteriormente, el estado de salud de la población de edad avanzada en su conjunto, tiene un peso específico que recae en el sistema de salud en mayor o menor grado en función de la eficiencia de éste. En tal contexto de la interdependencia, más que los eventos agudos, es la morbilidad crónico - degenerativa y sus consecuencias no letales, en particular de la dependencia.

Por otro lado, la Enciclopedia Británica define el envejecimiento como el cambio gradual e intrínseco en un organismo que conduce a un riesgo creciente de vulnerabilidad, pérdida de vigor, enfermedad y muerte (Mishara y Redel, 2000). Tiene lugar en una célula, en un órgano o en la totalidad del organismo de cualquier ser vivo.

En la sociología de la vejez, los sistemas de cuidados se insertan en el campo más amplio de la discusión académica sobre el apoyo social. En la economía del envejecimiento sin embargo, los cuidados se ubican en el ámbito de la seguridad económica, puesto que si las personas mayores debieran pagar por los servicios de asistencia que reciben de sus parientes, seguramente sus probabilidades de ser pobres aumentarían notablemente.

Existen tres fuentes de cuidado en la vejez: la familia, el Estado y el mercado; ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en la provisión de cuidado y, como resultado de ello, no siempre existe una clara división entre la asistencia que presta cada una, aunque sí hay diferencias respecto de la responsabilidad principal que se les atribuye. Es por ello, que la red de apoyo más importante para el anciano está constituida de hecho por la familia (Marrugat, 2005), y en su rol de cuidadora de ancianos, ha sido señalada por tener como objetivo, mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencia, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto, entre otros. (Diéguez y De los Reyes, 1999)

El cuidado de los familiares a los ancianos enfermos provoca en ellos problemas de diversa índole: influye en el desarrollo normal de sus actividades laborales, conlleva a privaciones en el cónyuge e hijos y restringe su vida social, generando agotamiento físico, estrés y angustia, e incluso disfunciones o desequilibrio en todos los miembros de la familia (De los Reyes, 2001). En este sentido, cobran vida los cuidadores familiares, es decir, “la persona no profesional que ayuda a título principal, parcial o totalmente, a una persona de su entorno que presenta una situación de dependencia en lo que respecta a las actividades de la vida diaria”. (Confederación de Organizaciones de la Unión Europea. COFACE, 2006. p. 2). Esta ayuda regular puede ser proporcionada de modo permanente o no, y puede adoptar varias formas, particularmente cuidados básicos, ayuda en la educación y vida social, gestiones administrativas, coordinación, vigilancia permanente, apoyo psicológico, comunicación, actividades domésticas, entre otros.

Cuando se trata del cuidado de las personas en el hogar, la responsabilidad recae principalmente en la familia, especialmente en las mujeres del hogar (Velasco, 2010), bien sea, por asignación sociocultural, elección del enfermo o auto asignación. Sin embargo,

existen otros miembros del hogar, vecinos y amigos, que realizan actividades de cuidados adjudicadas a partir de su relación con el adulto mayor, o por la aceptación del mismo, y este se realiza de acuerdo al nivel de responsabilidad asignado y al tiempo disponible del cuidador. En este sentido, las mujeres asumen el liderazgo para la distribución de actividades y realizan las tareas de cuidado directo, y los hombres participan activamente en tareas secundarias y/o de apoyo. (Isla, 2000)

Así mismo, el primer cuidador familiar suele ser el cónyuge y frente al desborde, los hijos, suelen ser quienes toman a cargo la tarea. En la práctica cotidiana son las mujeres las que cuidan de sus maridos afectados por distintas dolencias y habitualmente una de las hijas del matrimonio, es la que debe continuar con la tarea (si es soltera o viuda suele ser la convocada), los hijos varones en muy pocas ocasiones se hacen cargo del cuidado de sus padres. Estas necesidades específicas son el terreno dentro del cual adquiere relieve la figura del cuidador. Hoy día, el trabajo de cuidador, además de continuar siendo ejercido por miembros de la familia, ha adquirido prácticamente niveles de profesionalización, siendo cada día mayor la demanda de cuidadores capacitados, por lo que el tiempo dedicado al cuidado a la salud y las características de los hogares de los cuidadores y enfermos, son claves para determinar la percepción acerca de la realización del cuidado, visto como la **acción de cuidar** (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar, evitar que sufra algún perjuicio. En este sentido, es necesario conocer los aspectos socioculturales, la dinámica y las necesidades del hogar, así como la percepción de las instituciones sobre el cuidado de los adultos mayores.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), considera que los motivos por los que se cuida a una persona mayor, es que la mayoría de las personas que cuidan a sus familiares están de acuerdo en que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, y unas normas sociales, que deben ser

respetadas. Sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a las personas a cuidar a sus familiares. La mayor parte de estos cuidadores principales son, como se ha visto, mujeres: esposas, hijas y nueras. Hasta tal punto es así que ocho de cada diez personas que están cuidando a un familiar mayor son mujeres entre 45 y 65 años de edad. (SEGG, 2004)

Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es 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.

Por otro lado, la experiencia de cuidado está muy influenciada por el tipo de relación que mantiene el cuidador y la persona cuidada, antes de que esta última necesitara ayuda para continuar respondiendo a las demandas de la vida cotidiana. El parentesco existente entre el cuidador y la persona cuidada es un factor importante que influye en gran medida en la experiencia de cuidado.

Entre tanto, ocurren diversas situaciones en la vida de los ancianos, tales como la pérdida de la familia, recursos económicos insuficientes, conflictos familiares, y el hábitat en viviendas inadecuadas, que interfieren en el desarrollo de su vida. Esto hace igual la particularidad de que los cuidados que deban brindarse a los adultos mayores, estén condicionados por ciertas características, sociales, económicas, culturales y educativas tanto de la persona cuidada como del cuidador, lo que hace pensar que el conocimiento y la experiencia del cuidador, son herramientas esenciales que permiten la satisfacción de las necesidades de la vida diaria del adulto mayor.

En este sentido, cuidar a un adulto mayor en el hogar, ofrece una gran cantidad de oportunidades y experiencias para aprender a cuidar al anciano, siempre y cuando estén dadas las condiciones sociosanitarias, económicas, de relaciones y educativas del cuidador. Asimismo, esta relación permite un aprendizaje y la estructuración de toda una serie de ideas,

creencias y conceptos que los cuidadores van desarrollando en relación con el cuidado del anciano, razón por la cual se torna fundamental, rescatar sus opiniones, experiencias, sensaciones y emociones derivadas de su vida cotidiana.

Con base a lo anterior, Pinto (2006), hace referencia de una relación transpersonal “*paciente – cuidador*”, y señala que “el cuidador puede ser el profesional de enfermería, o un miembro de la familia o cualquier otro miembro del equipo de salud y por las acciones para brindar cuidado a un amigo o un vecino” (p. 57), ya que ejemplifica el proceso de cuidado humano a humano y demuestra la mezcla de conocimiento científico de enfermería y el arte de la experiencia interpersonal. El valor del cuidado humano y cuidar implica un nivel más alto del espíritu del ser. Cuidar involucra un compromiso ético o moral hacia la protección de la dignidad humana. Para Watson (1988), en Rivera y Alvarado (2007), el cuidado significa “tratar al individuo como persona, preocupación y empatía, proceso de comunicación y esfuerzo extra, ya que es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal” (p. 5).

Las experiencias se pueden ver reflejadas en las representaciones sociales que estos cuidadores tienen con respecto al envejecimiento y por consiguiente a las acciones para brindar cuidado en esta fase de la vida, y se construyen a partir de la objetivación, es decir de la consistencia dada a las ideas y coherencia entre las acciones y las palabras, y a través de la aplicación de ese esquema conceptual, a la realidad social y la vida cotidiana, es decir, al desarrollo de actos y de actitudes en la sociedad. (Moscovici, 1961). En este sentido, la percepción del cuidado brindado por los cuidadores familiares se estructuran con base a tres dimensiones: la información, la actitud y el campo representacional. (Araya, 2002)

La información se relaciona con los conocimientos que los cuidadores tienen acerca del adulto mayor a partir de la comunicación compartida socialmente y del tipo o forma de proveer los cuidados de acuerdo a la capacidad funcional; de la muestra de las emociones y la

sensibilidad (actitud) que genera en el cuidador el adulto mayor, y del campo representacional que se refiere al modelo o imagen que el cuidador se hace de la acción del cuidado del adulto mayor (Rodríguez, Andrade y Marques (2011). Cada cuidador es diferente, no puede interpretarse de una manera estática y lineal la transición de la persona cuidadora. A lo largo del proceso de cuidar, se irán manifestando sentimientos y conductas propias de diferentes etapas y se observarán avances y retrocesos.

Los adultos mayores como parte de su proceso de envejecimiento, se tornan más dependientes lo que hace que necesiten ser cuidados por otras personas, por lo que el interés principal es identificar las representaciones sociales elaboradas por los cuidadores familiares, con respecto a sus experiencias particulares (cuidados), durante sus actividades cotidianas. El adulto mayor al igual que los cuidadores familiares, tienen un sinnúmero de necesidades que deben de cubrir. Muchas de ellas son más del ámbito social y emocional que físico, las cuales si son atendidas de manera oportuna, la calidad de vida sería mejor.

Por lo antes planteado, el propósito de la investigación es evaluar la percepción que posee el cuidador familiar acerca del cuidado que le brinda al adulto mayor en casa, y de ésta manera comprender el comportamiento de los cuidadores y sus relaciones durante el cuidado de los adultos mayores en el hogar. Esa comprensión está enmarcada en una investigación de carácter cualitativo y apoyado en la Teoría de las Representaciones Sociales.

En el caso de la percepción del cuidado que le brinda al adulto mayor el cuidador familiar, es importante indagar cómo percibe éstos, los sucesos y comportamientos en el entorno social, y cómo ésta percepción determina la interacción. Esto implica, reconocer la reacción sobre una situación que se experimenta cotidianamente como es el cuidado directo, y es a partir de esa experiencia que entra en función el reconocimiento de emociones y del diagnóstico acerca de su estado de ánimo, además, de la impresión que se forma sobre la

imagen. En general, las percepciones están formadas y alimentadas por las representaciones sociales, y las personas la perciben como individualidades singulares.

En este sentido cuando se ejerce la acción del cuidado sobre el adulto mayor del cuidador familiar, constituyen, una unidad cognitiva y la percepción adquiere la calidad de sus acciones. Para Vega y González (2010), las formas en que los cuidadores afrontan las demandas de cuidado dependen de lo estresante de la situación, de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el receptor de cuidado, y de la percepción de apoyo de las fuentes cercanas a él.

1.2 Cuestión de investigación e hipótesis conceptual.

Bajo las consideraciones expuestas anteriormente se formula los siguientes cuestionamientos: ¿Cuál es el perfil de salud del adulto mayor y del cuidador familiar? ¿Cuáles son los cuidados que provee el cuidador familiar al adulto mayor? ¿Cómo es campo representacional del cuidador familiar del adulto mayor? Para poder responder a los cuestionamientos se ha planteado la siguiente hipótesis conceptual: *“El cuidador familiar del adulto mayor posee una percepción satisfactoria acerca del cuidado brindado, ya que la práctica que ejerce de manera cotidiana lo hace basándose en la necesidad que requiere el adulto y con base a las creencias y conocimientos adquiridos a través del tiempo”*.

1.2 Propósito de la investigación.

1.3.1 Propósito general

Interpretar la percepción del cuidador familiar sobre el cuidado que brinda al adulto mayor residenciado en comunidades adscritas al Ambulatorio Urbano III “Belén” de Mérida, Venezuela. 2015.

1.3.2 Propósitos específicos

1. Conocer el perfil de salud del adulto mayor y del cuidador familiar.
2. Identificar los cuidados que provee el cuidador familiar al adulto mayor.
3. Comprender el campo representacional del cuidador familiar del adulto mayor.
4. Formular una propuesta relacionada con la red de cuidadores familiares del adulto mayor bajo el enfoque de manejos de caso.

1.3 Justificación del tema.

El trabajo con las familias de adulto mayor es interesante, además de ser una labor exigente, comprende la búsqueda constante del bienestar social y de salud de la persona cuidada. Al respecto, la investigación se justifica por cuanto permite la actualización constante de aspectos cognitivos y actitudinales del cuidador. Además, provee datos fundamentales para el diseño e implementación de programas dirigidos a la formación de cuidadores. El sentir y pensar de los cuidadores familiares es de vital importancia para poder establecer y conocer lo que ellos perciben acerca del cuidado brindado al adulto mayor. Acá la importancia de determinar cómo es ese cuidado y cómo influye esta relación para el mantenimiento de la salud de ambos.

En este sentido, desde el punto de vista de la relevancia social, la investigación permite la producción de estrategias que fomenten la conformación de redes sociales, donde el personal de salud, específicamente de enfermería comunitaria, se capacite y ofrezca soluciones en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor y del cuidador familiar, por lo que se hace necesario y urgente el cuidado de las personas, con ciertas limitaciones funcionales, motoras y psicológicas. Asimismo, la investigación tiene relevancia práctica, ya que es de

utilidad para otras investigaciones en el área de las ciencias sociales y de salud. Como lo señala De la Cuesta (2006) "La investigación es una actividad apropiada para todos los niveles de personal de enfermería por lo que debe ser capaz de utilizar los hallazgos de las investigaciones y de modificar la práctica a la luz de los nuevos resultados" (p. 3). Así como tiene valor teórico y metodológico, ya que va a cubrir un vacío en las ciencias de la enfermería, como una investigación cualitativa y bajo la teoría de las representaciones sociales.

Por otro lado, la investigación es viable, ya que la unidad objeto de investigación se encuentra en un área geográfica o de influencia delimitada y es de fácil acceso, lo que representa un aporte que contribuye a la reflexión sobre la vida de los cuidadores que viven separados o con sus familias y las implicaciones que ésta separación tiene para el desarrollo de su vida. Para el cuidador, convivir con un adulto mayor significa estar a la expectativa y de satisfacer en la medida de lo posible las necesidades básicas.

1.4 Consideraciones éticas.

La generación e implementación de un conocimiento adecuado para brindar una mejor atención a los adultos mayores por parte del cuidador familiar, implica un beneficio directo en el mejoramiento de la calidad de vida y para la salud integral del grupo familiar.

El papel del cuidador familiar se evalúa con base a la eficiencia del cuidado brindado en el hogar, considerando el hecho de que él es un aliado importante para el trabajo en equipo, sobre todo para el personal de enfermería, que es la persona con la que se mantiene siempre el contacto de manera directa y permanente.

En este sentido, teniendo en cuenta la naturaleza de la investigación cualitativa, tal como refiere Hernández, Fernández y Baptista (2007), "el tamaño de la muestra no es importante

desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia” (p. 167). Lo que se busca en la indagación cualitativa es profundidad; por lo tanto se pretende calidad en la muestra, más que cantidad, es decir no se tendrá una muestra previa sino que ésta se determina según el nivel de saturación en la obtención de la información.

Antes del inicio de la entrevista a profundidad, se solicitó la aprobación y colaboración del cuidador familiar en la investigación, mediante el Consentimiento Informado (Anexo 1), en el cual se explicó de forma detallada y clara el objetivo de la investigación, su beneficio y la utilización de una grabadora durante toda la duración de la entrevista, teniendo en cuenta la confidencialidad de dicha información, cumpliéndose con los principios de autonomía y confidencialidad, haciéndose uso de seudónimo, y respetando la capacidad de decisión ante la propuesta como informante.

Www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes de la investigación.

Fernández, Silvano Arranz y Del Pino (2013), realizaron un estudio denominado “Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar”, cuyo objetivo principal fue determinar el significado del cuidado en el cuidador familiar. Fue una investigación de tipo cualitativo, fenomenológico, descriptivo, con grupo focal, 14 cuidadoras pertenecientes a la Unidad de Gestión Clínica Almería Centro. El análisis fue de contenido, con transcripción, segmentación, codificación y clasificación en categorías del texto. Los resultados principales se describen en categorías: tareas, valores, reconocimiento (familiar, profesional, institucional), apoyo al cuidado y medidas de mejora. La conclusión principal es que en el cuidado prima la obligación moral, especialmente en caso de la mujer, escasamente reconocido, especialmente por la persona cuidada, pese a medidas adoptadas las cuidadoras reclama más información y captación activa por parte del personal de enfermería.

En este sentido, la investigación se relaciona de manera directa con la categoría en estudio, ya que el cuidador familiar realiza una contribución significativa al sistema de salud en especial para la práctica de enfermería, en el cuidado de las personas mayores con dependencia, cuya labor es primordial para evitar la institucionalización del adulto mayor.

Domínguez, García y Rivera (2013) investigaron acerca del “Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores. El objetivo estuvo encaminado en estudiar acerca de la exploración del papel mediador de la percepción de apoyo social en la influencia que ejerce un contexto familiar problemático sobre el bienestar subjetivo de cuidadores

familiares de adultos mayores dependientes funcionales. Desde el punto de vista metodológico participó una muestra no probabilística de 464 cuidadores familiares, respondiendo instrumentos psicométricos previamente validados para la población de referencia. De acuerdo a los resultados se obtuvo lo siguiente: El análisis Factorial Confirmatorio indicó la adecuación de las variables observadas para representar a los constructos bienestar subjetivo, percepción de apoyo social y contexto familiar problemático. Se examinaron cuatro modelos de ecuaciones estructurales, y se identificó un mejor ajuste en el caso de cuidadores que viven con el mayor dependiente funcional, en donde la influencia del contexto familiar estresor sobre el bienestar estuvo mediada por la percepción de apoyo social. Conclusiones: se coincide con la literatura que documenta el efecto buffer del apoyo social, así como también se aportan datos que enriquecen el conocimiento sobre circunstancias familiares y sociales asociadas al bienestar de cuidadores familiares mexicanos.

La investigación permite evaluar la importancia del apoyo social para el cuidador familiar en el cuidado del adulto mayor en el hogar, tomando en cuenta la percepción que éste posee acerca de situaciones problemáticas.

Ibarra (2012) realizó un trabajo denominado “Evaluación de los programas de salud del adulto mayor y el profesional de enfermería de la comunidad en Ciudad Victoria, México”. Fue una investigación acción evaluativa y etnográfica, siguiendo un esquema de tipo cualitativo, puesto que la temática sobre la percepción del adulto mayor con respecto a los programas de salud y de la atención recibida por el personal de enfermería, así lo ameritó. La población muestral estuvo conformada por 16 adultos mayores escogidos a través de una serie de entrevistas sociodemográficas, que participaron en una mesa de discusión con base a la técnica de grupos focales, y el personal de enfermería que laboraba en cada una de las colonias. La investigación se desarrolló en tres fases. En la primera se llevó a cabo el proceso de monitoreo; se procedió a la selección de los dos grupos, a las entrevistas, a la búsqueda de la información bibliográfica y al diseño de las interrogantes, para recabar la información. En la segunda fase se procedió al análisis

de las respuestas de cada grupo y a la triangulación de la información recabada con base a la metodología de las representaciones sociales, y en la tercera fase, se aplicaron las técnicas más adecuadas para la interpretación de la información, y se ubicaron las para cubrir las necesidades. Se concluyó que la percepción de los adultos mayores sobre la aplicación de los programas es buena, sin embargo hay desconocimiento de la obtención de los beneficios. Los programas hacen más énfasis en cubrir las necesidades económicas; hay limitaciones para la atención del adulto mayor, la percepción del adulto mayor hacia el personal de enfermería la cataloga como mala.

La investigación permite determinar la importancia de la aplicación de la metodología cualitativa para evaluar la percepción del adulto mayor hacia los programas y políticas de salud, y hacia el personal de enfermería, haciendo uso de la teoría de las representaciones sociales como método que permite la triangulación de la información.

Gallo, Molina, Miquel y Taltavull (2012) estudiaron las “Estrategias de cuidados de las familias con las personas mayores que viven solas”. El objetivo fue conocer la percepción de la familia sobre el cuidado a los mayores que viven solos. Fue un estudio cualitativo mediante análisis de discurso a partir del referencial crítico social y los conceptos de la teoría de Bourdieu. Se realizaron 4 grupos de discusión agrupando a los participantes por género y nivel de instrucción. Con relación a los resultados, los participantes consideran que la red socio-familiar puede actuar sobre la discapacidad; preocupa la manera en la que la persona mayor cubre sus necesidades; destacan como fundamental el apoyo en la realización de los cuidados; comparten la idea de que las mujeres mayores se adaptan mejor que los hombres a vivir en soledad; las mujeres cuidadoras tienden a intervenir precozmente ante los problemas, y los hombres esperan y si pueden delegan. Se concluye que la familia cuestiona los beneficios de la convivencia, la orientación profesional en el cuidado es escasa y los servicios sociales deben mejorar su accesibilidad.

Flores, Rivas y Seguel (2012) abordaron acerca del “Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa”. El objetivo fue determinar el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol, en el cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa y su relación con características sociodemográficas. Fue un estudio de corte transversal, correlacional y predictivo, en 67 cuidadores familiares adscritos a Programas de Postrados. Se utilizó la Escala de Zarit y Encuesta Sociodemográfica. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, media de edad 58,6 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación, escolaridad media incompleta, llevan 1 - 5 años cuidando, dedican 21 - 24 h diarias, sin actividad recreativa, sin ayuda de otras personas y reconocen el apoyo de Centros de Salud Comunitarios. Más de la mitad presentan sobrecarga intensa. La variable sobrecarga del cuidador sólo se asoció significativamente a instituciones que apoyan al cuidador y es factor predictivo de la sobrecarga. Concluyeron que el cuidado de las personas mayores se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa. Ratifica a la enfermería comunitaria y las organizaciones sociales como factor amortiguador de sobrecarga del cuidador familiar. Se requiere de iniciativas y proyectos de desarrollo social que aumenten las redes de apoyo, además, mejorar el plan de apoyo al cuidador con dependencia severa que existe en Chile.

En este caso la escala de Zarit que condujo a determinar la sobrecarga del cuidador fue fundamental, y asociarlas a las características sociodemográficas, ayudó a descifrar la importancia del rol del familiar en la atención del adulto mayor. Más aún, reconoce la importancia de la enfermería comunitaria como una organización de apoyo que le brinda las oportunidades de enseñanza en el cuidado de los familiares dependientes.

Vega (2011) investigó acerca de la “Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos”. El estudio tuvo como objetivo describir la percepción del

apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos en San José de Cúcuta, Colombia. Es un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con aplicación de dos instrumentos: caracterización de los cuidadores y el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-Unc. En él participaron 179 cuidadores de personas con enfermedades crónicas, no institucionalizados. Los resultados muestran que la mayoría de los cuidadores (54,7%) tienen una percepción inadecuada frente al apoyo social funcional global brindado por su entorno más cercano; el 45,3% expresa lo contrario. Sobre la dimensión del apoyo confidencial el mayor porcentaje de los participantes (53,6%) tiene una percepción inadecuada, mientras que el 46,4% considera que es la mejor; con un comportamiento similar en la dimensión afectiva se encontró que el 51,4% de los cuidadores tiene una percepción inadecuada, y el 48,6% la describen como adecuada. Se concluye que los resultados reportados en las dimensiones sugieren la necesidad de que enfermería fortalezca la integración de los cuidadores en los sistemas formales e informales para que, a través de ellos, los sujetos perciban mayor apoyo de su ambiente social, facilitando así los procesos de afrontamiento y adaptación a las demandas que le plantea su nueva realidad.

Tanto la investigación de Gallo et al., así como la de Vega están relacionadas con la percepción como la vía para evaluar y conocer la forma de comprender los cuidados brindados por la familia al adulto mayor que vive solo o que está crónicamente enfermo. Además de comprender la importancia de la familia como red de apoyo, y del personal de enfermería como sistema de salud, para ayudar a satisfacer las necesidades de los mayores, de acuerdo a los recursos existentes.

Velasco, Ortiz, González y Rojas (2009) realizaron una investigación con el objetivo de determinar los “Cuidados suministrados por el cuidador familiar al adulto mayor residenciado en el sector Don Tobías de Trujillo estado Trujillo, durante el período marzo a junio 2009”. El tipo de estudio fue descriptivo transversal y con un diseño univariable de campo. La

población y muestra estuvo constituida por veintiséis (26) cuidadores familiares residenciados en el sector Don Tobías. Para la recolección de la información se utilizaron tres instrumentos: 1) la Escala de Lawton y Brody; 2) la Escala de Zarit y 3) para determinar los cuidados del cuidador se hizo uso de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Resultados: Las personas dedicadas al cuidado del adulto mayor en el sector Don Tobías de Trujillo, son mujeres en un 73% y entre 40 y 50 años de edad; con grado de instrucción universitaria cuyo parentesco es hermano/hermana del adulto mayor; el 15% de cuidadores fungían como acompañantes de los adultos mayores y el 31% eran hijos/hijas de los respectivos ancianos; la mayor parte de adultos mayores tenían 65 y 72 años, de género masculino (65%) y con grado de instrucción primaria. La mayor parte (80%) de los adultos mayores necesitan mucha ayuda para realizar las actividades instrumentales de su vida diaria. En la mayoría de los casos (70%) el cuidador se siente sobrecargado por la atención brindada al adulto mayor, situación que le genera estrés y le altera sus relaciones sociales dado el tiempo empleado en atender al anciano. La mayoría de adultos mayores, manifestó pocas necesidades de ayuda por parte del cuidador para el ejercicio óptimo del proceso de respiración, alimentación, eliminación corporal, movilización, descanso, aseo diario, conducta y comunicación.

La investigación permite conocer los cuidados brindados por el cuidador familiar desde el punto de vista físico y biológico. Determina además el grado de cansancio del cuidador familiar, medido a través de la escala de Zarit, que ayuda comprender la respuesta del cuidador con base a las necesidades del adulto mayor, y a través de la escala Lawton y Brody, que complementa la capacidad funcional del adulto mayor.

Espín (2008) abordó el tema relacionado con la “Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia”. El objetivo fue describir las características demográficas, sociales, psicológicas y otras, de 61 cuidadores informales de personas que

padecen demencia y que habían recibido atención en el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad en La Habana, de 2004 a 2005. Utilizó para la recogida de los datos, el Cuestionario de Caracterización y la Escala Psicosocial del cuidador. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: a) Los cuidadores informales estudiados se caracterizaron por ser en su mayoría del sexo femenino, entre los 40 y 59 años, hijos de los enfermos, casados, sin vínculo laboral en un alto porcentaje y predominio de universitarios en la muestra. b) La mayoría de los cuidadores atendían al enfermo por razones afectivas, no tenían experiencia de cuidar a un enfermo crónico y llevaban menos de 1 año en esta labor, no tenían información acerca de la enfermedad, padecían de problemas nerviosos, óseos y musculares, entre otros y su estrategia de afrontamiento era fundamentalmente la búsqueda de apoyo externo. La afectación de índole socioeconómica se encontró mayormente en el poco tiempo libre, problemas económicos y conflictos familiares. Los sentimientos negativos más frecuentes fueron la angustia o aflicción, la ira, el miedo y la desesperanza. Concluye que los cuidadores informales tiene afectaciones múltiples relacionadas con la salud física y mental así como en el orden social y económico, por lo que se hace inminente la búsqueda de alternativas de apoyo puesto que, además de las dificultades planteadas, no cuentan con un mínimo de información acerca de la demencia y de los problemas que tiene el adulto mayor al que ofrecen sus cuidados, a pesar de tener un nivel de enseñanza superior en su mayoría.

La importancia de la investigación radica que relaciona la caracterización del cuidador familiar del adulto mayor (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, número de personas a cuidar, motivación, información acerca de la enfermedad, estado de salud, experiencia como cuidador, estrategia de afrontamiento, tiempo de cuidador y parentesco), con las variables socioeconómicas (recursos de apoyo, tiempo libre, recursos económicos, satisfacción de necesidades, conflictos familiares, relaciones sociales y dificultades

laborales), y las variables psicológicas (la angustia, irritabilidad, vergüenza, culpabilidad, miedo, soledad, resentimiento y desesperanza).

Vera (2007) investigó acerca del “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, residentes en el Asentamiento Humano Laura Caller, en Los Olivos, en Lima, Perú. El objetivo fue comprender el significado que la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor” tiene para el adulto mayor y para su familia. Fue un estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo – comprensivo y fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Los participantes fueron 16 adultos mayores de 65 a 80 años y sus respectivos grupos familiares. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron comprender el significado que la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor” tiene para el adulto mayor y para su familia. Los principales resultados fueron los siguientes: Los discursos a través de la ‘objetivación’ y el ‘anclaje’ y los análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: a) conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. Conclusiones: Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social, sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

Esta investigación es importante ya que evalúa a través de las representaciones sociales, la percepción que posee el adulto mayor a cerca de la calidad de vida, tanto para él como para la familia.

Rojas (2007) escribe un Artículo que muestra los resultados de la investigación “Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot”. Para su realización se utilizó el instrumento “Inventario de Habilidad de Cuidado” (CAI) propuesto por Ngozi Nkongho, el cual mide la habilidad de cuidar cuando se está involucrado en una relación con otros. El estudio tuvo un abordaje descriptivo de tipo cuantitativo, en donde el grupo muestra consistió en 102 cuidadores de adultos mayores dependientes en situación de cronicidad. El propósito era establecer la asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador con el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor. Los principales resultados muestran que el acto de cuidar está ligado al género femenino (84%); la mayoría de los cuidadores se perciben como único cuidador (98%), y en su mayoría son cuidadores con más de tres años cumpliendo múltiples funciones y convirtiendo su existencia casi en un solo objetivo: cuidar. Por otro lado, la habilidad de cuidado, en general, se encuentra poco desarrollada, y que no tiene asociación con el grado de dependencia. Por otra parte, se evidencia claramente, que a mayor tiempo de cuidado, los cuidadores reflejan menos paciencia.

Esta investigación es relevante en vista de que relacionó tres aspectos importantes como son la habilidad para cuidar, el tiempo dedicado a ello y el grado de dependencia del adulto mayor, aspectos que indudablemente guardan estrecha relación para determinar la percepción del cuidado y su influencia en la calidad de vida del cuidador familiar y del adulto mayor.

Giraldo y Franco (2006) estudiaron acerca de la “Calidad de vida de los cuidadores familiares”. El propósito fue describir desde la perspectiva etnográfica, cómo podría estar afectada la calidad de vida de los cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia funcional, como consecuencia del desempeño del rol de cuidador, y según su percepción. Se trata de un estudio cualitativo etnográfico, con apoyo en la etnografía enfocada, en 14

cuidadoras familiares de adultos mayores de 65 años, con más de seis meses a su cuidado, en el municipio de Envigado, Colombia, en 2002, y una muestra de quince entrevistas en profundidad. En el análisis de las entrevistas identificaron siete grandes temas o categorías con las percepciones de las cuidadoras sobre su rol y los efectos de éste en su calidad de vida: significado de calidad de vida, percepción de la cuidadora sobre el rol de cuidadora, consecuencias del rol sobre su salud física y mental, relaciones cuidadora y persona cuidada, conocimientos y aprendizajes sobre el cuidado de las personas, apoyos que recibe la cuidadora para el cuidado, y la invisibilidad del trabajo de las cuidadoras. Concluyen que las categorías que emergieron coinciden con las de otros estudios; donde se hace énfasis en la categoría “la invisibilidad del trabajo de la cuidadora familiar”, en tanto es la menos documentada en la literatura, y en la importancia del acercamiento a los valores y las tradiciones de grupos para la interpretación de las respuestas de su vida social.

Este trabajo aborda al cuidador familiar y analiza las observaciones producto del cuidado brindado, y lo que representa para él o ella, el trabajo realizado con el adulto mayor.

De igual manera, Giraldo, Franco, Correa, Salazar y Tamayo (2006) abordaron el tema acerca de “Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol”. El objetivo fue caracterizar el perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de ancianos con dependencia funcional y describir cómo asumen su rol. Fue una investigación descriptiva de corte transversal, con una población de 39 cuidadores familiares de ancianos con dependencia funcional, con seis o más meses como cuidadores, sin retribución económica, que viven en Envigado. El muestreo fue por conveniencia. Los resultados fueron los siguientes: 100% mujeres, edad promedio 53,9 años, 64,1% hijas de quien cuidan; 89,7% comparten vivienda con el anciano; 38,5% solteras y 38,5% casadas, 51,3% tienen hijos. Baja escolaridad: 28,1% primaria incompleta. Situación socioeconómica así: ingreso familiar promedio del 89,7% es menor de dos salarios mínimos legales mensuales. El 79,5% comparten el papel de cuidadora

con otro; 64,1% sin actividad remunerada previamente. Con referencia al cuidado: 30,8% lleva entre 3 y 6 años, 12,9% más de 12 años; 76,9% dedica más de ocho horas día; 56,3% reciben apoyo fundamentalmente de familiares y, del sistema formal, el 7,7%. En conclusión: En Colombia es incipiente el reconocimiento del cuidado familiar; hay similitud del perfil de cuidadores con otros países; la situación del perfil de las cuidadoras se acentúa por el escaso tiempo para enriquecimiento personal y poco apoyo sistemático; se percibe ausencia de políticas de salud para fortalecer el cuidado familiar y los cuidadores.

Esta investigación permite determinar la importancia de las políticas de salud en la capacitación y formación de personas para la tarea de cuidar a adultos en el hogar, de manera que puedan asumir el rol sin dificultades, conllevando a un mejor estilo de vida, tanto para el familiar como el adulto.

Barrera, Pinto y Sánchez (2006) realizaron una investigación relacionada con las “Habilidades de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas, en donde se hizo una comparación de géneros”. El objetivo fue describir y comparar la habilidad de cuidado de un grupo de cuidadores familiares hombres y mujeres que cuidan a un ser querido con enfermedad crónica. El método utilizado fue el cualitativo de tipo comparativo, con una población 90 cuidadores vinculados al programa “Cuidando a los cuidadores”. Los resultados fueron los siguientes: a) incluyen la descripción y comparación de cada grupo (hombres y mujeres) en términos de edad, tiempo de experiencia en el cuidado y nivel de funcionalidad del receptor del cuidado. Los niveles de habilidad de cuidado se describen para el grupo total y para cada subgrupo (hombres y mujeres). Se encontró similitud entre los grupos en todas las características estudiadas. Según los autores, los hallazgos apoyan investigaciones en términos de distribución de género, edad de los cuidadores y bajos niveles de habilidad de cuidado entre ellos, característica igualmente reportada en otros estudios realizados en América Latina.

El estudio es importante en la construcción del conocimiento para cuidar a los cuidadores familiares dentro de una perspectiva de género en la región, ya que permite determinar la evaluación del comportamiento de cada grupo estudiado, y así tener una idea más clara de las habilidades aplicadas para brindar los cuidados al adulto mayor.

Barrera, Galvis, Moreno, Pinto, Pinzón, Romero y Sánchez (2006) investigaron acerca de “La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería”. Es un estudio que buscó describir y comparar la habilidad en el cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, en aquellos que se encuentran vinculados a programas docente-asistenciales de tres unidades académicas de enfermería que pertenecen a la red de trabajo en cuidado al paciente crónico y su familia. Realizó una comparación de estudios descriptivos, cuantitativos, de corte transversal, con una muestra de 45 cuidadores de la Universidad de la Sabana, 90 de Unillanos y 90 de la Universidad Nacional de Colombia. El instrumento para la recolección de la información fue el Inventario de habilidad de cuidado, CAI, de Ngozi Nkongho. Los resultados fueron los siguientes: Se evidenció un comportamiento similar en la habilidad de cuidado de los cuidadores en las tres instituciones. En conclusión, es clara la necesidad de incluir en las políticas de salud pública y en la academia procesos que preparen a los profesionales de enfermería en el cuidado de los cuidadores de enfermos crónicos discapacitados.

Aunque es una investigación desde la perspectiva educativa del profesional de enfermería, el estudio permite evaluar la habilidad en el cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, por lo que es fundamental al momento de comparar sus resultados con los obtenidos en ésta investigación.

Marrugat (2005) investigó acerca de “La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes”. El objetivo fue delimitar y reconocer algunos aspectos de

la familia que no se ha descuidado o no se ha preferido ver y que son esenciales para la calidad de vida de las personas mayores. La discusión la centra en la necesidad de que las aportaciones que se hacen respecto a las familias deben ser lo suficientemente informadas para que concuerden con los hechos y lleven a un planteamiento crítico de la cuestión del cuidado de los ancianos. También se destacan las implicaciones políticas en forma de medidas a desarrollar como leyes, programas y servicios para las personas mayores y sus cuidadores. Según la autora, está demostrado empíricamente, que la familia es la principal fuente de cuidado en los casos de discapacidad u otras necesidades de las personas mayores. Mientras que diferentes aspectos del cuidar han merecido considerable atención, pocos estudios han incorporado el tema de la calidad de vida de los ancianos en el entorno familiar. Además, poca información existe sobre porqué se cuida o en qué se basan las relaciones del cuidar y cuáles factores inciden en la provisión del cuidado de calidad.

La autora examina tres factores que están en la base del cuidado familiar como son las normas, los sentimientos y las competencias personales de los familiares para cuidar. Esto es importante para la investigación en vista de que complementa la orientación para comprender y dilucidar con más detalles la percepción que el cuidador familiar pudiera tener acerca del cuidado brindado.

Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz (2004) abordaron acerca de los “Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor”. Fue una investigación que exploró la relación entre los distintos factores asociados a la salud mental y el bienestar subjetivo en el adulto mayor. Específicamente, consideraron el bienestar subjetivo, la edad, la depresión, la salud percibida, el apoyo social percibido, el género y el nivel socioeconómico. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: El análisis bivariado arrojó correlaciones significativas entre bienestar subjetivo y depresión ($r = -0.634$), apoyo social percibido y bienestar subjetivo ($r = 0.665$) y bienestar subjetivo y salud percibida ($r = 0.278$). También

aparecen como significativas las correlaciones entre salud percibida y depresión ($r = -0.454$), depresión y apoyo social percibido ($r = -0.601$) y entre salud percibida y apoyo social percibido ($r = 0.305$). En el análisis de regresión lineal múltiple, el bienestar subjetivo está determinado principalmente por apoyo social percibido, género y por la ausencia de depresión.

La investigación permite conocer la relación entre los factores que inciden en la percepción de bienestar del adulto mayor, en vista del aumento de las expectativas de vida de la población mayor en los países desarrollados, lo que obliga a una preocupación y estudio de la calidad de vida de estas personas.

Figueredo, Sotolongo, Arcias y Díaz (2003) investigaron acerca de la “Caracterización del adulto mayor en la comunidad”. Fue un estudio descriptivo retrospectivo con todos los pacientes mayores de 60 años atendidos en el consultorio médico No 78 del Policlínico Comunitario Docente "Hermanos Cruz" de Pinar del Río, Cuba, en el período julio a diciembre del 2000, para determinar algunas características del envejecimiento en estos pacientes. Las principales variables a estudiar fueron edad, sexo, ocupación, entrada económica básica, convivencia, grado de independencia, deterioro cognoscitivo y actitud frente al envejecimiento. En todos los casos, los datos fueron recogidos de la historia clínica familiar. Los resultados fueron llevados a tablas para su mejor comprensión y los más importantes fueron los siguientes: el mayor porcentaje se encontraba en las edades de 60-64 años, la mayoría eran jubilados y eran, por tanto, beneficiarios de la seguridad social y predominó el sexo masculino. En su gran mayoría vivían con familiares y el funcionamiento familiar era adecuado. Se corroboró que los ancianos de 85 años y más presentaron deterioro cognoscitivo en menor o mayor grado pero mostraron actitud positiva ante el envejecimiento.

Para la investigación es fundamental conocer las principales variables estudiadas, como fueron la edad, el sexo, la ocupación, la entrada económica básica, la convivencia, el grado de

independencia, el deterioro cognoscitivo y la actitud frente al envejecimiento. Esto es importante en vista de que ayuda a comprender la percepción que pudiera tener el adulto mayor hacia los cuidados que de manera directa o indirecta, le brinda los cuidadores familiares, considerando el punto, de la actitud hacia el envejecimiento.

Duque (2002) realizó una investigación relacionada con las “Representaciones sociales de roles de género en la vejez: una comparación transcultural”. En él analizó las representaciones sociales de roles de género de mujeres y hombres viejos, en tres grupos generacionales en Estados Unidos. La comparación con los resultados de un estudio previo realizado en Colombia sobre el mismo tema, permitió identificar diferencias y semejanzas transculturales sobre el particular. Los elementos de núcleo central indicaron tendencias correspondientes a la repartición tradicional del trabajo de acuerdo al género en los roles de madre - padre y compañera - compañero. En los dos grupos culturales los roles de abuela - abuelo se centraron en aspectos comúnmente asociados con roles reproductivos. Aunque en la mayoría de los roles se revelan similitudes transculturales, las representaciones del rol de amiga - amigo revelaron tendencias muy bien diferenciadas entre los dos países. El estudio señala la importancia del contexto y de la diversidad de experiencias en la vejez.

Es importante señalar, que ambos estudios están relacionados con la vejez y su cuidado, además de tener como base la teoría de las representaciones sociales.

Parales y Dulcey (2002) escribieron un artículo denominado “La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita, en Bogotá – Colombia”. El estudio explora producciones discursivas acerca del envejecimiento y la vejez en dos periódicos colombianos, entre enero y abril de 2001. Desde las perspectivas de las teorías de los sistemas sociales y de las representaciones sociales se plantea que los medios son un sistema social que des-construye y reconstruye contenidos que circulan en la sociedad, sirviendo así a la elaboración de representaciones sociales. Se hace énfasis en el papel activo

de los sistemas sociales y de los individuos en la transformación de dicho conocimiento, al igual que en la (re)construcción de la realidad social del envejecimiento y la vejez. El análisis de artículos publicados por los medios mencionados sigue la noción de marcos interpretativos, desde una perspectiva sociocultural. Se identifican cuatro marcos para aludir al envejecimiento y la vejez: experiencias y relaciones, seguridad social, problemas y desafíos socioeconómicos, y salud y enfermedad.

Los resultados se analizan en términos de la importancia de tales marcos interpretativos en la configuración de la realidad social del envejecimiento y la vejez.

Rodríguez, Andrade y Marques (2001) realizaron una investigación de tipo exploratorio, descriptivo en un ancianato filantrópico, en la ciudad de Sao Paulo – Brasil. La investigación tuvo como objetivo identificar las “Representaciones sociales que con respecto al cuidado del anciano tiene su cuidador formal en el ancianato”. La población estuvo conformada por 15 trabajadores de salud con edades que oscilaron entre 28 y 62 años. Se utilizó como referencial la Teoría de las Representaciones Sociales. Se optó por entrevistar a todos los cuidadores que dan cuidados a los ancianos dependientes. Para la recolección de los datos, se utilizó un instrumento, semi-estructurado, dividido en 2 partes: en la primera se abordaron datos referentes a los aspectos socio-demográficos que caracterizan los cuidadores tales como edad, sexo, profesión, estado civil, entre otros, y en la segunda parte, se formularon preguntas abiertas relacionadas con el proceso de cuidado al anciano intentando abarcar aspectos relacionados con la formación recibida, las expectativas personales, los sentimientos particulares, las opiniones y en general su vida cotidiana dentro de la relación de cuidado que establecen a diario con los ancianos.

Se concluyó que las declaraciones obtenidas de los entrevistados y teniendo como guía el esquema de análisis propuesto por Bardin, se pudieron estructurar algunas categorías que permitieron tener una idea general de los aspectos más importantes que conforman las

representaciones sociales que los entrevistados han construido en torno al proceso de cuidado del anciano y fueron analizados con base en las declaraciones de los cuidadores.

De los Reyes (2001) realizó un trabajo relacionado con los “Significados de la internación geriátrica desde la perspectiva de los diferentes actores implicados en la institucionalización de ancianos de larga estadía en establecimientos de la ciudad de Mar del Plata, Argentina”. En él se realiza un análisis de entrevistas en profundidad, contrastándose las diversas perspectivas desde el sentido común con las ciencias provenientes del campo de la gerontología y las ciencias sociales.

La autora considera que el rol queda limitado a los cuidados directos, comprendiendo a los cuidadores informales o familiares, amigos, vecinos y formales. El análisis de las dificultades en el cuidado de los ancianos con diversos grados de dependencia en el ámbito hogareño reflejan sentimientos de amor y abnegación, acompañados por la angustia que provoca el afrontamiento de una tarea en la que los cuidadoras principales son mujeres y han perdido progresivamente el apoyo familiar y social. El alargamiento de la vida ha implicado en edades avanzadas la generación de enfermedades que inhabilitan a las familias para un cuidado de los ancianos permanente y limitado a sus propios recursos. Igualmente señala, que el cuidador domiciliario formado para la atención del anciano es aún un recurso no utilizado por desconocimiento de sus ventajas, pero especialmente por ser inaccesible el costo de sus servicios, sin cobertura desde las obras sociales.

Culmina con que queda evidenciada la ausencia de políticas estatales para la protección de familiares y ancianos en riesgo, de alternativas a la institucionalización de larga estadía y de promoción de una mejor calidad asistencial en los geriátricos. Esta última implicará no sólo el contralor de los organismos gubernamentales sobre la actividad, sino también la sanción de una ley nacional que supere las ambigüedades y superposiciones de las normativas actualmente existentes, estableciendo pautas mínimas generales de funcionamiento y control,

permitiendo el resguardo de derechos esenciales de los internados como el derecho a la salud y a su autonomía.

El interés de este estudio estuvo centrado en la comprensión de los problemas del cuidado de ancianos en situación de dependencia, evaluada a través de la comprensión del significado que los adultos mayores tienen acerca de la internalización en la institución.

Sánchez (2001) trabajó acerca de la “Experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica”. El estudio es un aporte a la construcción conceptual de enfermería basado en el conocimiento de la experiencia de mujeres que han cuidado a un familiar en situación de enfermedad crónica. Con una metodología fenomenológica se buscó comprender las percepciones de personas ajenas a nosotros. Se seleccionó el método de Colaizzi por su visión conceptual en la que apoya la importancia de la descripción exhaustiva de un fenómeno como parte de la futura acción. El análisis se basó en la respuesta a la pregunta: ¿cómo es la experiencia de cuidar a una persona en situación de enfermedad crónica? En la construcción de una descripción exhaustiva del fenómeno, se trabajaron diez categorías constituidas por diferentes códigos y con éstas se procedió a describir la experiencia. Los hallazgos han permitido comprender que ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica trasciende la responsabilidad por un familiar y genera una forma de vida diferente, con complicaciones personales y sociales. Finalmente se presentan las sugerencias para la práctica de enfermería en la asistencia, docencia e investigación.

La investigación de Sánchez evalúa la percepción de los cuidadores en este caso formales; pero lo más resaltante es el uso de la metodología cualitativa a través de la fenomenología para comprender el significado del cuidado de personas que son dependientes y que requiere de atención personalizada.

Por su parte Isla (2000) realizó una “Revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia”, donde expone que en los últimos 50 años se han producido

importantes cambios en el patrón epidemiológico del cuidador familiar. Señala que el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad han originado un envejecimiento de la población y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Considera además, que el envejecimiento es un fenómeno universal, y que en España, se está produciendo a una velocidad mayor que en otros países. Según Isla, se espera que la población mayor de 80 años aumente su tamaño en un 66% entre 1986 y 2010. Describe también, que la mayor parte de los cuidados que necesitan las personas con enfermedades crónicas o invalidez, se dispensan en el núcleo familiar y aunque desde la década de los 80 se observa una mayor preocupación por los cuidadores informales no existe un sistema de apoyo institucional eficaz. A través de una revisión bibliográfica de los últimos 5 años, Isla analiza la situación actual y reflexiona sobre el futuro de estos cuidados, debido a los cambios profundos que se están produciendo en las formas de vida de la familia.

Esta investigación hace hincapié en las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que tiene el hecho de cuidar para el cuidador principal y sobre el proceso de atención a la familia que deberían desarrollar los profesionales, especialmente las enfermeras o enfermeros.

2.1. Bases Teóricas

2.2.1. El cuidador familiar y la práctica del cuidado en el adulto mayor.

2.1.1.1. El envejecimiento de la población

La expresión tercera edad es un término antrópico – social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que

tiene 65 años o más de edad. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término *personas mayores* (en España y Argentina) y *adulto mayor* (en América Latina). Es la séptima y última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad), aconteciendo después de ésta, la muerte. Este grupo de edad ha estado creciendo en la pirámide de población o distribución por edades en la estructura de población, debido principalmente a la baja en la tasa de mortalidad por la mejora de la calidad y esperanza de vida de muchos países.

Según la OMS (1986), se consideran adultos mayores “a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS)”. En 1994 la OPS ajustó la edad de 65 y más para considerarlo adulto mayor. Es tiempo en que el mundo comienza su destino

Venezuela se constituye en un Estado democrático y social de Derecho y de Justicia, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, demográfico al envejecimiento; ahora, la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI.

Las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos. En países desarrollados, en su mayoría gozan de mejor nivel de vida, son subsidiados por el Estado y tienen acceso a pensiones, garantías de salud y otros beneficios. En Venezuela, la Constitución de la República Bolivariana aprobada en 1999, dispone en su Artículo 2° que la democracia, la responsabilidad social y, en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político.

La Carta Magna defiende el postulado de que todas las personas son iguales ante la ley y en consecuencia no se permitirán discriminaciones fundadas en la raza, el sexo, el credo, la condición social o aquellas que en general, tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad, de los derechos y libertades de toda persona.

En este sentido, el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSS) antiguamente INAGER, posee un programa de ayuda a los adultos mayores, que contempla servicios de atención social, atención en salud, asignaciones económicas, centros de servicios sociales, aldeas de encuentro y **coordinación nacional de gerogranjas**. El INSS, es un ente adscrito al Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección Social, cuyo fin es garantizar el bienestar, la inclusión social y el respeto de los derechos de los adultos y adultas mayores y otras categorías de personas a través de su participación activa en la sociedad.

En el mundo, la imagen social del envejecimiento está asociada a esta edad, pues se les atribuye a los mayores de 65 años las «características de ser anciano» como presentar mayor número de enfermedades que los jóvenes, y padecer discapacidades físicas y deterioro de la memoria (Casanova, Casanova y Casanova, 2003). No obstante, son los mayores de 80 años los que presentan una prevalencia importante de incapacidad funcional, por lo que algunos autores aproximan a esa edad el punto de corte de la vejez y consideran ancianos a las personas de edad igual o mayor a 75 años. (Perlado, 1995)

La heterogeneidad de las características de las personas adultas ha hecho que se establezcan tres subgrupos etarios. Para la OMS las personas ancianas pueden dividirse en tres categorías: Los viejos jóvenes de 60 a 75 años, los viejos de 75 a 90 años y los muy viejos, más de 90 años (Romero, 2007). Este último grupo, constituyen un sector de la población especial para la planificación y la organización sociosanitaria. Este grupo de edad

presenta una alta prevalencia de enfermedades y de dependencia funcional, lo que condiciona una importante sobrecarga económica para los sistemas social y sanitario de un país.

Según Laslett (2000), “el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, que sólo parcialmente está determinada por factores biológicos o psicológicos”. La categoría viejo es, por consiguiente, un estado adscrito, generalmente aceptado por las personas pertenecientes a él, pero no elegido. Por lo tanto, para efectos de esta investigación, se considera como Adulto Mayor a las personas desde los 60 años de edad. Esto debido a que en la legislación de este país, se han estipulado los 60 años como la edad de inicio del proceso de envejecimiento.

De igual modo, según Jiménez y Guevara (2006), el envejecimiento “es un proceso que forma parte de la vida y es inseparable de otros que ocurren continuamente desde su comienzo, por lo que, el deseo de todo ser humano es llegar a una vejez exitosa”. Sin embargo, la realidad nos muestra la creciente vulnerabilidad del anciano frente a factores de riesgo como el estrés, aislamiento social, obesidad, alcohol, cigarrillos, ingesta exagerada de grasas, entre otras; que generalmente desencadenan patologías que conllevan a la cronicidad en el anciano.

El envejecimiento corresponde a una etapa de la vida del individuo en la cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios. Este deterioro se debe a la disminución del potencial de reserva que se produce naturalmente en todos los órganos y sistemas del cuerpo con el transcurso de los años.

En el adulto joven, existe una gran capacidad de reserva y adaptación frente a las exigencias. El aparato respiratorio es capaz de trabajar más cuando se asciende una altura; el sistema circulatorio es más eficiente cuando se realiza un esfuerzo físico; el sistema nervioso es capaz de retener más información, por ejemplo, cuando se prepara un examen la noche anterior a un certamen.

El envejecimiento es inevitable. La calidad del envejecimiento dependerá, en gran medida, de cómo se haya vivido. Con el envejecimiento la capacidad de reserva y adaptación a la exigencia se va perdiendo. El adulto mayor puede respirar normalmente y caminar sin problemas, es capaz de estudiar con calma, pero al aumentar las exigencias no le es posible rendir como él quisiera. Aparece disnea (sensación de ahogo) al subir escaleras o si intenta correr; es incapaz de memorizar un tema con tanta facilidad como lo hacía antes.

Existen aspectos negativos y aspectos positivos del envejecer. Los aspectos negativos son muy conocidos: las enfermedades, la autoimagen negativa, la pérdida de relaciones sociales, la disminución de los ingresos, la cercanía de la muerte. En cambio, suele hacerse menos hincapié en los aspectos positivos: la acumulación de experiencia y sabiduría, la conservación de la capacidad funcional a pesar de las enfermedades, el tiempo libre que permite hacer lo que se desea. La proximidad de la muerte puede ser vivida como algo terrible, angustioso, o como un proceso natural que puede ser asumido con tranquilidad.

El adulto mayor es complejo y dinámico con componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos inseparables e íntimamente relacionados. Se trata de un proceso normal que implica un crecimiento, desarrollo y adaptación, continuados con la muerte. Por cuanto con la vejez acontece una lentificación progresiva y gradual de la conducta y el funcionamiento, se plantea un aumento gradual de la vulnerabilidad a la enfermedad.

2.1.1.2. Políticas, programas y acciones a favor del adulto mayor en Venezuela.

El incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad tienen importantes consecuencias para la relación entre familia y envejecimiento. En primer lugar, el aumento de la esperanza de vida prolonga la existencia de las personas en su etapa avanzada, extendiendo el tiempo dedicado al desempeño de ciertos roles (hijos, abuelos, madre, padre,

entre otros), así como a las actividades personales, profesionales y de ocio, junto con un retraso de la edad de inicio de la viudez. En segundo lugar, la disminución de la fecundidad tiene efectos significativos, al reducir el número de miembros de la familia que potencialmente brindarían apoyo en la edad avanzada (Guzmán, Huenchuan y Montes de O., 2003). Además, genera una tendencia al decrecimiento de los hogares jóvenes y al incremento de los hogares con y de personas mayores (Jelin, 1994). En tercer lugar, debido a que el aumento de la longevidad no siempre ha estado asociado a mejoras de las condiciones de vida, es probable que las generaciones que estén llegando a la vejez tengan una elevada probabilidad de sufrir algún tipo de dependencia a medida que aumenta su edad.

Esta situación plantea nuevos desafíos para las políticas de familia y los sistemas de protección social, o sistemas de cuidado. Una rápida revisión de estos retos muestra la urgente necesidad de considerar el tema del envejecimiento y el cuidado como un asunto relevante para el quehacer público y privado, sobretodo tomando en consideración la capacidad de las familias, y de las mujeres en particular, de brindar apoyo y atención a las personas de edad avanzada, y además por las consecuencias para los gobiernos en términos de ampliación de los mecanismos de protección social.

Con base a lo anterior, los representantes de los Gobiernos reunidos en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en el 2002, deciden adoptar un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento para responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI, y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades. En el marco de ese Plan de Acción, se propuso adoptar medidas a todos los niveles, inclusive a nivel nacional e internacional, en tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos emancipadores y propicios.

El aumento de la población de personas mayores y el paulatino incremento de la esperanza de vida han suscitado interés por el funcionamiento de los sistemas de cuidado. El énfasis en este tema se debe principalmente a cuatro factores. En primer lugar, el envejecimiento aumenta la demanda de servicios de asistencia, debido a que las personas de edad experimentan con frecuencia cierto deterioro de sus condiciones de salud (física y/o mental) y un debilitamiento de las redes sociales por la pérdida de la pareja, los amigos y los parientes. En segundo término, la población adulta mayor que precisa cuidados de forma permanente se encuentra en franco proceso de crecimiento. De acuerdo a estimaciones de la OMS, en América Latina y el Caribe habría aumentado en un 23% la prevalencia de necesidad de cuidados en la población de edad avanzada entre 2000 y 2010, y diez años más tarde se habrá de incrementar en un 47%, lo que se traducirá en que más de diez millones de personas de 60 años y más requerirán asistencia cotidiana. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL, 2009)

En tercer lugar, el cuidado ha recaído tradicionalmente en las mujeres, y estas, debido a presiones económicas, sociales u opciones personales, se han ido alejando progresivamente de estas tareas. Como contrapartida, la inserción de las mujeres en el mercado del trabajo extra-doméstico no siempre es acompañada, con el mismo énfasis, por una mayor presencia de los hombres en las responsabilidades de cuidado, sea por socialización de género o porque quienes precisan de cuidado valoran menos el aporte que los hombres puedan realizar en esta tarea; y en cuarto término, los servicios sociales de apoyo a la reproducción social de la población de personas mayores aún no han logrado un pleno respaldo público, y la familia, y en menor medida, el mercado, actúa como principal mecanismo de absorción de los riesgos asociados a la pérdida de funcionalidad en la vejez. (Huenchuan y Morlachetti, 2007)

Asimismo, en la Asamblea Mundial se reiteró el compromiso contraído en las principales conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, en sus procesos de seguimiento, y en la

Declaración del Milenio, con respecto a la promoción de entornos internacionales y nacionales que promuevan el establecimiento de una sociedad para todas las edades. Además, se reafirmó los principios y las recomendaciones contenidos en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, que la Asamblea de las Naciones Unidas hizo suyo en 1982, y los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad aprobados por la Asamblea General en 1991, que ofrecieron una orientación sobre las cuestiones de la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad.

De no haber intervenciones explícitamente dirigidas a prestar este tipo de servicios, las posibilidades de ofrecer cuidado a las personas mayores podrían variar, acentuando con ello las desigualdades en la vejez. Partiendo del hecho de que las mujeres son las principales cuidadoras de las personas de edad cuando conviven en el mismo hogar, habría una importante diferencia entre las familias en que la mujer tiene un trabajo fuera del hogar y aquellas en que se dedica a las labores estas labores. En el primer caso, las posibilidades de prestar asistencia a una persona mayor serían más limitadas, aunque cada vez es más frecuente que las mujeres que asumen tareas productivas fuera del hogar las combinen con tareas de cuidado, y según la situación económica, es probable que se recurra a servicios externos.

Con base a lo anterior, la atención se dirige a asegurar la integridad y la dignidad de las personas mayores y la ampliación de la protección efectiva de sus derechos humanos en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna. De esta forma, se propicia la titularidad de los derechos humanos, contribuyendo a que todas las personas, sin discriminación de ninguna índole sean tratadas sobre la base de la igualdad.

Según explica la CEPAL (2009), existen tres razones principales que lo explican: a) Porque se alienta a conciliar la necesidad y los intereses de todos los grupos sociales para avanzar hacia una plena integración social, donde cada persona independientemente de su

edad, con sus propios derechos tenga una función activa que desempeñar; b) En tanto se consolida un nuevo sujeto social que reclama un tratamiento particular en razón de su edad y, c) ya que introduce nuevas reivindicaciones para expandir, especificar y profundizar los derechos humanos. En este contexto, el adulto mayor tiene la posibilidad de hacer efectivo el pleno respeto y el ejercicio de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales.

De acuerdo a ese enfoque de desarrollo, la CEPAL propone un nuevo pacto de protección social que vincula tres dimensiones: una normativa, una procesal y una de contenidos para progresar en la ejercitación de derechos y ciudadanía de todos los grupos sociales y, en los que se incluye a las personas de edad mayor. La dimensión normativa, fundamentada en la Doctrina internacional de Derechos Humanos, la procesal basada en las leyes, políticas y planes y, la dimensión de contenidos sustentada en programas específicos o sectoriales, sin embargo, para que hagan efectivas las acciones ha de existir un consenso político.

En el caso del Estado venezolano, este deja claro, su adherencia a los derechos humanos establecidos internacionalmente, en especial en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000), en el Artículo 19 que establece la garantía del goce y el ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos; indicando además en el Artículo 23 que los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos suscritos y ratificados por Venezuela, tienen jerarquía constitucional y prevalecen en el orden interno.

Es importante acotar que se confía en que la tradición del cuidado por parte de la familia en muchos países perdure y la práctica del cuidado siga siendo parte de las relaciones de afecto que existen al interior de la familia, pero es importante recordar que esta opción puede constituirse en una carga emocional y económica para aquellas familias de bajos ingresos que necesitan apoyo para continuar atendiendo a sus mayores. Por lo que la posibilidad de las personas mayores de recibir ayuda de sus descendientes para el desarrollo de las actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria, es el resultado de las circunstancias

demográficas y sociales predominantes en décadas pasadas, las cuales se han ido modificando sustancialmente.

Con base a lo expuesto, las distintas disposiciones jurídicas que en Venezuela protegen a las personas que han llegado a la tercera edad, poseen una visión general de todos los mecanismos establecidos para garantizar una subsistencia digna y decorosa. El ordenamiento jurídico en materia de protección social a las personas de la tercera edad, consagra un conjunto normativo complejo, disperso y de relativa actualidad, pues existe una variedad de instrumentos legales que regulan la materia, unos con una vertiente contributiva y otros asistencialista, todos dirigidos a amparar al Adulto Mayor, tales como, los afiliados al Seguro Social Obligatorio, los funcionarios de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal, el personal de las Universidades Públicas e incluso los Miembros de las Fuerzas Armadas Nacionales, pero también otorga protección, sin discriminación alguna, a aquellos que se encuentran en total desamparo, en estado de necesidad y sin ningún tipo de ingreso, pues la ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de la tutela del Sistema de Seguridad Social, todo ello, bajo la orientación de los lineamientos establecidos en la Constitución Nacional venezolana.

Un aspecto relativo a la protección social de los adultos mayores, aparece recogido en el Artículo 80 relacionado con la previsión de que las pensiones y jubilaciones, más no las asignaciones (prestaciones no contributivas), otorgadas mediante el Sistema de Seguridad Social, no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano, garantizándoles adicionalmente el derecho a un trabajo acorde con aquellos y aquellas que manifiesten su deseo y estén en capacidad para ello.

En este orden de ideas, en Venezuela la Ley de Servicios Sociales que regula el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, promulgada en 2005, dispone que una de las causas que justifica el cese de las asignaciones

económicas no contributivas otorgadas por el Estado a los Adultos Mayores en estado de necesidad, es que el beneficiario, previa certificación del órgano administrativo competente, se incorpore a una actividad laboral remunerada.

Por su parte, el Convenio 128 relativo a las Prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (1967) en su Parte III, regula las Prestaciones de Vejez y dispone en su artículo 14 que todo Miembro para el cual esté en vigor la presente parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de vejez, de conformidad con los artículos que contempla.

Dicha contingencia cubierta será la vejez a una edad prescrita, la cual no deberá exceder de 65 años, pero una edad más elevada podrá ser establecida por la autoridad competente, habida cuenta de criterios demográficos, económicos y sociales apropiados, justificados por datos estadísticos, tal y como lo dispone el ya citado Convenio No. 102.

2.1.1.3. *La capacidad funcional del adulto mayor como elemento esencial para la satisfacción de las necesidades de salud.*

Comprender las necesidades como carencia, es integrar al adulto mayor, a su familia y a la comunidad donde vive, a los distintos beneficios que los programas de asistencia social brindan. Pero también es importante, promover el buen uso de estos programas y considerar la capacidad funcional de los adultos mayores como requisito fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida.

Con relación a éste punto, las habilidades necesarias para cuidar de sí mismo y del entorno próximo, generalmente se denominan actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Según Ortega (2009), las actividades básicas “son conductas observables manifestadas en el contexto de los cuidados personales y del ambiente próximo, que posibilita el desarrollo de

procedimientos fiables y válidos para su evaluación” Las actividades cotidianas representan los medios primarios para perseguir y obtener los objetivos de la vida, estas representan un factor crítico para la salud y el bienestar de las personas mayores.

Según Acosta, Dávila, Rivera y Rivas (s/f), “las actividades de la vida diaria se ven afectadas por restricciones externas como el tiempo y alcance espacial, y por factores internos tales como los cambios asociados al envejecimiento normal y/o patológico, que fomentan y/o dificultan la participación en ciertos tipos de actividades” o influyen en cómo el individuo estructura su vida diaria, dependiendo de ello, los adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias participando en aquellas que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etcétera) que se consideran un ingrediente básico en la vida.

Para Acosta, González y Rangel (2010), existen tres tipos de actividades de la vida diaria de los adultos mayores: las básicas que implica el mantenimiento personal en términos de supervivencia física como las habilidades esenciales para llevar a cabo actividades de autocuidado como vestirse, bañarse, usar el servicio, trasladarse o movilidad mínima; las instrumentales, integradas por un conjunto más complejo de habilidades necesarias para desarrollar una vida independiente, mantenimiento personal y en términos de supervivencia cultural, y las actividades comunitarias y auto-enriquecedoras, denominadas también avanzadas.

Con relación a las ABVD, distintos profesionales afines al ámbito de las ciencias de la salud y del trabajo social comenzaron a considerar la importancia que tenía para las personas las diferentes actividades que realizaban cotidianamente y que por algún acontecimiento inesperado, ya desde la gestación o a lo largo del desarrollo, suponían un reto difícilmente salvable sin la ayuda profesional y del entorno social más próximo.

En este sentido según Castillo (2005), las ABVD son:

El proceso espontáneo de resolución de problemas e indicación de lo que hay que hacer en primer lugar para responder a las necesidades de la persona y resolver problemas sencillos, sin una finalidad concreta de evolución hacia la autonomía o el mayor bienestar” (p.6). De igual manera, las actividades de la vida diaria también se define como “las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento”. (p.29)

Los diferentes avances en el ámbito de la biomedicina, el aumento de la esperanza de vida y el estado del bienestar también han contribuido a que en el mundo occidental uno de los valores más preciados sea la independencia y autonomía personal. Los conceptos de independencia y autonomía personal inexorablemente están unidos al de actividades de la vida diaria. De hecho, la independencia y autonomía personal se refiere a la misma en las actividades de la vida diaria. Dentro de las diferentes posibilidades de actuación hay un tipo de actividades que son comunes a las distintas culturas y tiempos y tienen que ver con la supervivencia y mantenimiento personal. Otras conductas son rutinarias, esperables y, a veces, responden a las responsabilidades personales en función de los distintos roles.

Es necesario la evaluación funcional del adulto mayor para la ejecución de sus actividades básicas (García, 2006), en la cual se analiza la capacidad para realizarla y la necesidad de ayuda para las mismas, y permiten la satisfacción de las necesidades. (Poletti, 2007)

En cuanto a la capacidad funcional del adulto mayor, las actividades establecen las dimensiones más frecuentes en los procedimientos de evaluación. (Fernández y Hernández 2007), y desarrollan también tareas de autocuidado e higiene como el baño y arreglo personal sin precisar ayuda para bañarse parcial o completamente.

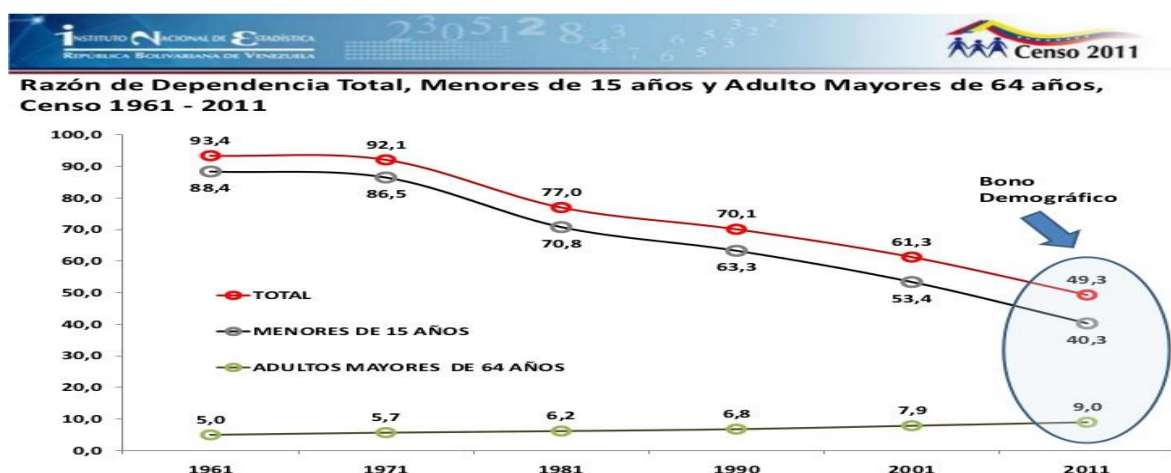
En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), conllevan un mayor sesgo cultural y están ligadas al entorno. Según Estrada y Agudelo (2006), “indican la capacidad que tiene un sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad como por ejemplo tareas del hogar, realizar compras, manejo de dinero y responsabilidad sobre la medicación” (p. 85). Suelen ser instrumentales ya que suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias.

No obstante, la Clasificación Internacional de la Salud, la Discapacidad y el Funcionamiento (CIF, 2010), citado por Fernández y Hernández (*ob. cit.*), hacen la distinción de actividades básicas e instrumentales y proponen otra taxonomía: Aprendizaje y utilización del conocimiento: experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico, aplicación de conocimiento, resolución de problemas y toma de decisiones. Tareas y demandas generales: realización de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés. Comunicación: recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

2.1.1.4. El cuidador familiar como ente clave para el cuidado del adulto mayor.

El cuidado informal o no profesional, se puede definir como aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no

reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen. Numerosos estudios demuestran que son los miembros de la familia los que con mayor frecuencia prestan este tipo de cuidado (García y Rodríguez, 1993).



Fuente: Censo de población y vivienda. (INE, 2011)

Figura 2: Razón de Dependencia Total, Menores de 15 años y Adultos Mayores de 64 años.

En Venezuela la Razón de Dependencia del Adulto Mayor de 64 años va en alza (Fig. 2). Según el Censo del 2011 (INE, 2014), es de 9 adultos mayores por cada 100 personas económicamente en edad productiva, lo que significa la importancia a futuro de la necesidad de formación de cuidadores familiares.

El aumento continuo de la relación de dependencia en la población implica para el Estado, una mayor presión sobre los presupuestos públicos de educación y salud. El patrón epidemiológico ha sufrido importantes cambios en los últimos 50 años, el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida conllevan un envejecimiento de la población y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Los avances científicos permiten que muchas personas con enfermedades congénitas, accidentes y otros procesos morbosos graves,

puedan sobrevivir, pero muchas veces quedan con algún tipo de incapacidad residual y necesitan cuidados permanentemente.

La realidad es que sólo una mínima parte de la atención en salud está asegurada por los servicios sanitarios, ya que la mayoría de los cuidados son autodispensados o suministrados por la familia. Aunque el envejecimiento de las poblaciones humanas es un fenómeno universal, los cambios demográficos están ocurriendo muy rápido, situación que lleva a plantear el problema del cuidador familiar por las repercusiones que tiene.

El estado actual de conocimiento muestra con claridad la importancia de los cuidadores en la atención de las personas con enfermedad crónica, la mayor parte de las cuales son cuidadas por un familiar. Se ha señalado de manera reiterada que para los receptores del cuidado la presencia, la actitud y los conocimientos de los cuidadores son definitivos como parte de su entorno y bienestar.

Los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres, y conforman la parte más importante de las redes de apoyo y soporte social de quienes están enfermos o incapacitados, y desarrollan su potencial de cuidado de múltiples formas. Se puede afirmar que la situación de los cuidadores debe abordarse de manera prioritaria, tanto por ellos como por las personas que se benefician de su cuidado.

La relación de cuidadores familiares por género según Velasco (2010), es de 3/1, es decir, 3 mujeres por cada hombre cuidador. La población mayor de 65 años según el censo del 2011 es de 6.70% (2.077.852 habitantes), lo que significa que según la razón de dependencia del adulto mayor que es de 9 por cada 100 habitantes económicamente activos para el 2011, debería existir por lo menos, alrededor de 2 mil cuidadores familiares, es decir, 1500 de género femenino y 500 de género masculino. En este sentido, la dependencia funcional es un factor que incide en la importancia de la figura del cuidador. En la medida que la capacidad funcional de la persona disminuya, la figura del cuidador se hace más relevante.

Esta situación obliga, en la mayor parte de los casos, a alguna persona de la familia a asumir la responsabilidad del cuidado de quien está enfermo, con los conocimientos y habilidades que posea y sin un mecanismo formal que le ayude a hacer frente a esta situación.

El cuidador familiar, quien además de tener un vínculo de parentesco o cercanía, asume la responsabilidad del cuidado de una persona, lo que implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico, y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada.

Los cuidadores, que tienen la obligación de desempeñarse como cuidadores pero no cuentan con la orientación requerida para cumplir con el rol, requieren de algún sistema de apoyo que les permita contar con las habilidades necesarias para la entrega y mantenimiento de un cuidado seguro y libre de riesgo.

El cuidador la mayoría de las veces debe cumplir con su rol en soledad y con una carga importante de actividades delegadas para el cual no ha sido capacitado, debe desempeñar su rol en el hogar, contexto donde son muchos los momentos críticos que debe afrontar, sobre todo cuando el estrés y el agotamiento lo embargan, cuando la enfermedad del ser querido se complica, cuando no encuentra apoyo en los otros miembros de la familia y cuando se tiene que responder ante otros familiares que algunas veces toman roles de jueces o veedores.

Estas necesidades específicas, entre otras, son el terreno dentro del cual adquiere relieve la figura del cuidador. En nuestros días, el trabajo de cuidador, además de continuar siendo ejercido por miembros de la familia, ha adquirido prácticamente niveles de profesionalización, siendo cada día mayor la demanda de cuidadores capacitados, por lo que el tiempo dedicado al cuidado a la salud y las características de los hogares de los cuidadores y enfermos, son claves para determinar la percepción acerca de la realización de cuidados. En

este sentido, es necesario conocer los aspectos socioculturales, la dinámica del hogar, las necesidades de los hogares, así como la percepción de las instituciones sobre el cuidado de los adultos mayores.

Cuando se trata del cuidado de las personas en el hogar, la responsabilidad recae principalmente en la familia, bien sea por asignación sociocultural, elección del enfermo o auto asignación. Sin embargo, existen otros miembros del hogar, vecinos y amigos, que realizan actividades de cuidados adjudicadas a partir de su relación con el adulto mayor, o por la aceptación del mismo, y este se realiza de acuerdo al nivel de responsabilidad asignado y al tiempo disponible del cuidador. Las mujeres asumen el liderazgo para la distribución de actividades y realizan las tareas de cuidado directo, y los hombres participan activamente en tareas secundarias y/o de apoyo.

Cuidar a un adulto mayor en el hogar ofrece una gran cantidad de oportunidades y experiencias para aprender a cuidar al anciano, siempre y cuando estén dadas las condiciones sociosanitarias, económicas, de relaciones y educativas del cuidador. Asimismo, esta relación permite un aprendizaje y la estructuración de toda una serie de ideas, creencias y conceptos que los cuidadores formales van desarrollando en relación con el cuidado del anciano, razón por la cual, la investigación permite conocer las características sociales, demográficas, educativas, de salud y económicas del cuidador familiar, así como la redundancia en el estado de salud como consecuencia del cuidado del adulto mayor.

En este sentido, según Pinto, Barrera y Sánchez (2005), el cuidador familiar tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica. Este cuidador 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.

Los cuidadores son aquellas personas que, por autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida y, de modo particular, los referentes al cuidado personal en el hogar.

El cuidado de un familiar o de otra persona que depende de ayuda para satisfacer sus necesidades puede ser una de las experiencias más conmovedoras y satisfactorias. Puede hacer que en las innumerables tareas que implica se descubran cualidades, actitudes o talentos que de otra forma habrían pasado desapercibidas. Puede asimismo estrechar la relación con la persona que se cuida o con otros familiares y conseguir que se descubra en ellos facetas interesantes que hasta entonces habían permanecido ocultas. Una gran parte de los cuidadores, pese a posibles sinsabores, descubre la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos. Pero también es cierto que puede ser una etapa de labor solitaria e ingrata. De hecho, en muchos casos, el cuidado de una persona se convierte en una suma de goces y padecimientos. Por otra parte, habría que decir que cuidar es una situación que muchas personas acaban experimentando a lo largo de sus vidas y que la experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador.

Tomando en cuenta lo anterior Castel, Gelonch, Grau, Sánchez, Puig y Ribas (2003), analizaron las diferencias entre cuidadores informales y percepción de sobrecarga en función del tipo de enfermo al que cuidan: con demencia, accidente vascular cerebral o enfermedad crónica, a través del Cuestionario de Estado Mental de Khan (MSQ), Índice de Barthel, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) y Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit. Estos grupos de cuidadores eran homogéneos en cuanto a edad y sexo, y existía una elevada prevalencia de ansiedad, depresión y sobrecarga entre los cuidadores estudiados, dado que más de la mitad de ellos obtuvieron resultados significativos en las pruebas

aplicadas (Lara, Navea y Torres, 2012). No se encontraron diferencias significativas respecto de las variables estudiadas entre los tres grupos de cuidadores.

Al respecto, el síndrome del cuidador familiar se caracteriza por una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son agotamiento físico y/o psicológico, puesto que es una situación nueva para el cuidador a la que ordinariamente no ha sido preparado y que le va a consumir una ingente cantidad de tiempo y energías. Lo ideal sería que esta patología derivada del cuidado a este tipo de pacientes no existiera, porque el cuidador fuera una persona pragmática, limitado en su tendencia a la superprotección, con un amplio apoyo profesional y familiar, un hogar de grandes dimensiones y todos los avances tecnológicos sanitarios a su alcance, y con todavía algo más difícil de conseguir: todas las respuestas correctas a lo que su conciencia le pregunta.

El exceso de dedicación a una persona puede acabar creando dos pacientes, por lo que es aconsejable mantener la plenitud personal y la salud física y psíquica. Al lado de una persona dependiente casi siempre hay una hija, un hermano, un familiar directo ocupándose de su cuidado. Lo hacen por cariño o por sentido de la obligación, de buen grado o a regañadientes, pero el caso es que se trata de personas absorbidas por la enfermedad del atendido. Quizá han tenido que abandonar su trabajo, o bien modificar sus hábitos y la organización de su propia vida, pues hay enfermedades tan crudas con el enfermo como tiránicas con quienes les rodean.

Sociólogos, psicólogos, gerontólogos y asociaciones relacionadas con el tratamiento de enfermedades degenerativas llevan tiempo estudiando lo que empieza a conocerse como el "síndrome del cuidador". El cuidador es un enfermo oculto, teóricamente sano, sobre quien recae tal impacto de responsabilidades y tareas que ve alterado su equilibrio, a veces con consecuencias extendidas al carácter, las relaciones o la propia familia. Al sufrimiento propio de quien observa el declive del ser querido se le añaden la ansiedad de la vigilancia

constante, el temor al fracaso, la sensación de culpa o incumplimiento, frecuentemente acompañadas de irritabilidad, estrés e impaciencia. Son efectos psicológicos de desgaste que, no obstante, el cuidador descuida por cierto escrúpulo de conciencia: ¿cómo va a preocuparse de sí mismo teniendo delante a un ser tan desvalido?

La atención familiar a los adultos mayores es tan absorbente que puede llegar a distorsionar también el papel social del cuidador. No es infrecuente que la dedicación intensiva al adulto mayor repercuta en una suerte de autosequestro según el cual su cuidador acaba siendo rehén de la persona cuidada. Los sentimientos de amor filial reproducen erróneamente esquemas de relación padres-hijos pertenecientes a etapas pasadas, como si con ello se intentase recompensar al progenitor por los esfuerzos que hizo en su día. No son pocos los casos en los que el cuidador acaba cediendo a chantajes emocionales y exigencias desmedidas que le llevan a dejar en segundo plano su función de padre, madre, esposo o esposa, con nefastas consecuencias en la pareja o el orden familiar.

El problema de la dependencia está cobrando una gran importancia en la actualidad ya que desde hace algunos años la población está viviendo un proceso de envejecimiento progresivo, que es el factor fundamental y el que da una gran dimensión al problema de la dependencia. Esta circunstancia junto con los cambios que se están produciendo en la sociedad y en la estructura familiar hace que se agrave y dificulte su manejo. Por tanto la dependencia se convierte en una carga social y familiar a la vez, ya que estas personas precisan una intervención continuada basada en el apoyo y los cuidados y que generalmente son brindados por su entorno familiar.

Los cuidadores familiares se enfrentan a la tarea de prestar asistencia de manera continuada y durante largos periodos de tiempo, soportando una gran sobrecarga que les puede llevar a padecer numerosas alteraciones y en consecuencia a verse incapaz de seguir desarrollando su rol, viendo mermada su salud y la de la persona dependiente a su cargo

(Pajares, 2012). A la hora de abordar esta situación se debe tener una visión global del cuidador que incluya su estado de salud físico, emocional y social, la situación familiar y de los recursos de los que dispone, y conocer tanto los factores causales como las manifestaciones del problema para detectarlo de manera precoz, facilitando así su manejo y evitando la aparición de mayores repercusiones. Este diagnóstico se asocia con la realización de tareas pesadas y monótonas, así como con una sensación de descontrol en los cuidados que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador.

Para Velasco (2012), en un estudio realizado para determinar la prevalencia de diagnósticos enfermeros en el cuidador familiar del adulto mayor, demostró que cerca de una cuarta parte de los cuidadores se sienten muy sobrecargados al tener que cuidar al adulto mayor, por lo que las actividades tendientes a enseñar al cuidador sobre los principios básicos de cuidados mejorarían la función familiar, lo que haría más soportable la carga y menos incidente la dependencia del adulto mayor en el hogar.

En este sentido, la prevalencia de los diagnósticos enfermeros cuantifica la proporción de cuidadores que padecen un problema o una necesidad durante un tiempo determinado. Es decir, dependiendo de la calidad del cuidado brindado y de factores internos y externos, la durabilidad del problema puede variar en el tiempo. Aspecto que va a depender de las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor o de la capacidad funcional de éste para satisfacer sus necesidades básicas. La prevalencia de los diagnósticos enfermeros identificados en el cuidador familiar, se determina por su importancia para enfermería, que a través del proceso enfermero (Alfaro, 2005), es fundamental y de la visita domiciliaria que representa una de las estrategias fundamentales para el diagnóstico de los principales problemas y necesidades de salud tanto del cuidador familiar como del adulto mayor.

Es necesario considerar políticas de salud orientadas a fortalecer la relación cuidador – cuidado y analizar la carencia de apoyo por parte del sector formal de la salud a los cuidadores familiares.

El cansancio en el desempeño del rol de cuidador es la dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia, y puede deberse al estado de salud del adulto mayor, patología asociada a alguna enfermedad crónica, crecientes necesidades de cuidado o dependencia, conductas problemáticas, actividades del cuidador, cantidad y complejidad de las actividades, cambio continuo de actividades, alta domiciliaria del adulto mayor con importantes necesidades de cuidados o al estado de salud del cuidador familiar.

El perfil medio del cuidador de una persona dependiente se corresponde a una mujer de entre 45 y 60 años. Son edades en que muchas mujeres afrontan nuevas etapas de la vida que conllevan posibilidades de desarrollo personal. La renuncia forzosa a nuevos horizontes engendra frustración y abatimiento. En muchos casos, la mujer se desatiende a sí misma, no se relaciona con las amistades o renuncia a actividades de ocio. Su derecho a llevar una vida propia queda aplazado sin fecha. Por grande que sea la recompensa sentimental de su decisión, es evidente lo elevado del precio en términos psicológicos y vitales.

El buen cuidador sólo cumplirá bien su tarea si mantiene su plenitud personal y su salud física y psíquica. No es, por tanto, ninguna traición al enfermo mayor el recurso a asistentes profesionales en quienes delegar parte de la atención, como tampoco lo es la búsqueda de un espacio personal que permita regalarse tiempo, mantener un régimen de vida normalizado, enfrentarse a las situaciones con más frialdad y no dejarse devorar por la dependencia.

2.1.1.5. *La acción del cuidado como un acto ejercido por el cuidador familiar al adulto mayor.*

El envejecimiento individual ha estado presente como objeto de estudio en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. Sin embargo, durante el presente siglo más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha delimitado como etapa de vejez y el envejecimiento poblacional se ha convertido hoy en un reto para las sociedades modernas. Para enfrentar el fenómeno del envejecimiento, se debe trabajar sobre tres ejes: un plan concreto, recursos y acciones políticas, para darle funcionalidad a los años de vida ganados.

Como se ha señalado, la red de apoyo más importante para el anciano está constituida de hecho por la familia (Marrugat, 2005), y en su rol de cuidadora de ancianos, ha sido señalada por tener como objetivo, mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencia, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto, entre otros. (Diéguez y De los Reyes, 1999)

La experiencia de cuidado está muy influenciada por el tipo de relación que mantiene el cuidador y la persona cuidada, antes de que esta última necesitara ayuda para continuar respondiendo a las demandas de la vida cotidiana. En este sentido, cuidar a un adulto mayor en el hogar, ofrece una gran cantidad de oportunidades y experiencias para aprender a cuidar al anciano, siempre y cuando estén dadas las condiciones sociosanitarias, económicas, de relaciones y educativas del cuidador. Asimismo, esta relación permite un aprendizaje y la estructuración de toda una serie de ideas, creencias y conceptos que los cuidadores van desarrollando en relación con el cuidado del anciano, razón por la cual se torna fundamental, rescatar sus opiniones, experiencias, sensaciones y emociones derivadas de su vida cotidiana.

Con base a lo anterior, Pinto (2006 p. 57), hace referencia de una relación transpersonal “*paciente – cuidador*”, y señala que “el cuidador puede ser la enfermera, o un miembro de la familia o un miembro del equipo de salud, un amigo o un vecino”, ya que ejemplifica el

proceso de cuidado humano a humano y demuestra la mezcla de conocimiento científico de la enfermera y el arte de la experiencia interpersonal. El valor del cuidado humano y cuidar implica un nivel más alto del espíritu del ser. Cuidar involucra un compromiso ético o moral hacia la protección de la dignidad humana. Para Watson (1988), el cuidado significa “tratar al individuo como persona, preocupación y empatía, proceso de comunicación y esfuerzo extra, ya que es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal”.

La cuestión del cuidar se concibe como una actividad fundamental del ser humano, absolutamente necesaria para su subsistencia y desarrollo. El ser humano es constitutivamente frágil y requiere ser cuidado desde el momento mismo de su génesis hasta el momento final, pues sólo así puede desarrollar sus potencialidades.

Para Vera (2010), existen aspectos que podrían ser considerados como la esencia y la ética del ejercicio de cuidar, tomando en cuenta a la persona, su personalidad y sus funciones como cuidador. Considera además que la base de la formación del cuidador se fundamenta en tres elementos: el saber, el saber hacer y el saber ser. En este sentido “*cuidar es el acto de atender*”, y define el ejercicio de cuidar como “el comportamiento y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar las condiciones humanas en el proceso de vivir y morir”.

Con base a lo anterior, el cuidador familiar asume la responsabilidad para abastecer acciones de soporte, y asistir o ayudar al adulto mayor en sus actividades básicas de la vida diaria, encaminadas a su autocuidado, movilidad y a la capacidad de entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Es así como las actividades básicas de la vida diaria, están relacionadas con el cuidado personal de sí mismo, tal es el caso de vestirse,

comer, bañarse, arreglo personal, trasladarse, deambular, entre otras, cuya realización es imprescindible para que la persona viva de forma autónoma y adaptada a su entorno y de esta manera hacer la vida en el hogar más fácil.

El ejercicio de cuidar implica el respeto de la autonomía del adulto mayor. El cuidador familiar debe aceptar el derecho del adulto a tomar decisiones y tratarlo con respeto y dignidad. Aquí el cuidador debe tomar en cuenta el saber cómo elemento fundamental del cuidado, y debe velar para los principios de no maleficencia y beneficencia prevalezcan.

La capacidad de anticipación y el respeto de la identidad del adulto mayor, es parte de la esencia del cuidado que el cuidador familiar debe poseer, esto implica el saber ser. Como cuidador familiar puede equivocarse en la previsión de lo que pueda suceder, pero es parte de la actividad considerar la perspectiva con base a los cuidados a brindar.

Del mismo modo el saber hacer implica búsqueda de ayuda. Cuando el adulto mayor no es capaz de tomar decisiones, el cuidador familiar debe tomar medidas de acuerdo a sus deseos, o actuar en lo que puede ser considerado el mejor interés para él. Esto implica la capacidad del cuidador familiar de responder a las necesidades del adulto mayor, por lo que la competencia para ejecutarla es fundamental.

El ejercicio del cuidado requiere de la capacidad del adulto mayor en participar en el proceso de ayuda o asistencia. La programación de actividades debe contemplar el tiempo para los cuidados personales, ya que un poco más de un tercio de los cuidadores familiares presentaron signos y síntomas de sobrecarga leve, así como de sobrecarga intensa, lo que da a entender que si no se toman las medidas correctas para su cuidado los padecimientos producto del desempeño van a ser cada vez mayores.

El deterioro de la capacidad funcional desde esta perspectiva es frecuente motivo de estudio, a que el desarrollo de la vida, la capacidad funcional y la longevidad deben ir acompañados de una adecuada salud, pues sin esta condición hay alta probabilidad de

acercarse a la dependencia por una limitación no controlada que lleve a la discapacidad en cualquier orden.

Por lo tanto el proceso de envejecimiento, puede verse desde tres perspectivas, lo biológico, psicológico y social (Sánchez, 2000). Lo biológico trata de los cambios físicos, que comienzan en forma variada, sea lenta o rápida, la existencia de las deficiencias en la visión, audición, reflejos, fuerza y tono muscular, trastornos alimenticios, entre muchos otros y por consecuencia reduce la eficiencia del desarrollo del ser humano. Desde el punto de vista psicológico, trata de los cambios que ocurren en los procesos sensoriales y perceptuales, funcionamiento mental, la personalidad, los impulsos, emociones, entre otros, y como resultado se encuentra una habilidad decreciente para asimilar información nueva y reducción en las capacidades adaptativas en relación al medio ambiente cambiante.

En el proceso del cuidado también debe haber una vinculación empática del cuidador familiar con la vulnerabilidad del adulto mayor. Esto implica la posibilidad de brindar el cuidado con base a la experiencia compartida, sin que implique agotamiento o cansancio, ya que la capacidad de cuidar es limitada. En este sentido, las actividades tendientes a enseñar al cuidador sobre los principios básicos de cuidados mejorarían la función familiar, lo que haría más soportable la carga y menos incidente la dependencia del adulto mayor en el hogar.

Para Torralba (2005), el cuidar se convierte en una práctica trascendente porque se abre a la perspectiva del otro y se convierte en una actividad constitutiva del ser humano. En este sentido, el cuidado brindado por el cuidador familiar es con el propósito de conducirlo a satisfacer sus necesidades, de acuerdo a las limitantes. Cuidar implica también que el cuidador familiar comprenda las circunstancias del adulto mayor, las cuales están sujetas a factores sociales y económicos que rodean a la persona cuidada.

El cuidar es fuente del propio ser, es ayudar al otro a satisfacer sus necesidades sin que esto implique compromiso funcional. El cuidador familiar se inserta en escenarios propios del

adulto mayor, y en la medida que el cuidador ejerce la acción de cuidado se identifica más con la persona cuidada. Este compromiso genera en él, satisfacción, desesperanza, o simplemente una relación de confianza que está dada por la filiación en primer término, y por el deber moral que se ha construido a través del tiempo. En circunstancias extremas el cuidador se ve obligado a buscar ayuda de profesionales o instituciones, para que le orienten o le faciliten el ejercicio del cuidado. Situación que es beneficioso para ambos ya que distancia los signos y síntomas del síndrome del cuidador familiar, y fortalece la relación personal – familiar y la socio – laboral. El cuidado visto como una acción, la cubre el cuidador familiar como una actividad ejercida por valores transmitidos en la mayoría de las veces, por las personas cuidadas, aspecto que repercute de manera directa en esta labor. El cuidador según sus creencias, cubrirá y satisfará las necesidades al adulto mayor de manera que le facilite llevar una cotidianidad lo menos compleja posible.

Www.bdigital.ula.ve

2.2.2. La Representación Social de Serge Moscovici en el cuidado del adulto mayor

2.2.2.1. Bases, definición e interpretación y construcción de la representación social.

Moscovici propuso el concepto de representación social en 1961 (Araya, 2002). Desde entonces, se ha pasado de la elaboración del concepto a un desarrollo de la teoría que ha permeado las ciencias sociales porque constituye una nueva unidad de enfoque que unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social; el pensamiento y la acción.

La Teoría de las Representaciones Sociales es una valiosa herramienta dentro y fuera del ámbito de la psicología social porque ofrece un marco explicativo acerca de los comportamientos de las personas estudiadas que no se circunscribe a las circunstancias

particulares de la interacción, sino que trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales más amplias como, por ejemplo, las estructuras de poder y de subordinación.

Moscovici (1979) define las Representaciones Sociales como:

(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (1979 p.17-18)

El concepto de representaciones sociales, según Ibáñez (1988) citado por Banchs (1991), señala que su complejidad es la articulación de diversas características que difícilmente se pueden integrar en una sola unidad, sin dejar flexibilidad en sus interconexiones.

En este sentido dicho concepto relaciona varios aspectos que acercan a la comprensión de la realidad de las otras personas, como la experiencia personal, el sistema cultural en el que se desenvuelven, la sociedad y el grupo social con el que se relacionan. Jodelet (1993), por su parte, considera que la noción de representación social involucra lo psicológico o cognitivo y lo social, fundamentando que el conocimiento se constituye a partir de las experiencias propias de cada persona y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos a través de la sociedad. Además, todas las definiciones guardan en común su referencia a las funciones que cumplen las representaciones sociales. Es decir, su importancia para la comunicación, la interacción y la cohesión de los grupos sociales.

Vistas desde este ángulo, las representaciones sociales surgen como un proceso de elaboración mental e individual en el que se toma en cuenta la historia de la persona, su experiencia y construcciones personales propiamente cognitivas. (Banch 1991)

Las representaciones sociales articulan campos de significaciones múltiples que son heterogéneas. Llevan las trazas de los diferentes lugares de determinación, pueden articular elementos que provienen de diferentes fuentes que van desde la experiencia vivida hasta la ideología reinante. Son una forma de conocimiento que tiene un carácter colectivo e individual, esto coloca a las representaciones en dos universos teóricos relacionados con las determinaciones sociales y con la conceptualización. (Jodelet, 2000)

Una representación social puede considerarse como la transformación de lo no familiar en familiar. De acuerdo a Lacolla (2005), el pensamiento de sentido común es bombardeado de manera constante y abundante de información y basadas prácticamente en lo perceptivo. Asimismo, son construcciones mentales que actúan como motores del pensamiento, que desempeñan funciones sociales específicas donde el conocimiento está dinamizado por la información que circula y que exigen ser consideradas como guías para la vida cotidiana.

Es importante mencionar que la aprehensión de la realidad se construye a partir de la propia experiencia de las personas pero a la vez de la interacción que establece con otras, por lo que puede decirse que el conocimiento que se adquiere en este proceso es construido y compartido socialmente. En esta afirmación se aprecia que en la persona influye lo que la sociedad le transmite a través del conocimiento elaborado colectivamente y que esto incide en cómo se explica la realidad y cómo actúa.

Una representación social, habla, muestra, comunica y produce determinados comportamientos y un conjunto de proposiciones que están organizados de maneras diversas, lo que ocupa una posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido de lo real y la imagen que persona elabora para sí misma.

Vistas de esta forma, las representaciones sociales se relacionan, directa y exclusivamente, con el sentido común de las personas, debido a que parte de la propia realidad de los seres humanos. Asimismo, son un producto social y, por lo tanto, el conocimiento generado es compartido colectivamente.

Para Moscovici (1993), las representaciones sociales se construyen a partir de una serie de materiales de muy diversas procedencias. Entre los cuales, el fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de su historia, que está constituido por las creencias ampliamente compartidas, los valores considerados como básicos y las referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad; los mecanismos de anclaje y objetivación, que provienen de la propia dinámica de las representaciones sociales, y del conjunto de prácticas sociales que se encuentran relacionadas con las diversas modalidades de la comunicación social. Es en efecto, en los procesos de comunicación social donde se origina principalmente la construcción de la representación social.

2.2.2.2. Elementos de las representaciones sociales y la percepción como parte fundamental para su construcción.

En la representación social se sustituye algo que viene de lo real por otra cosa. El sujeto se relaciona con el objeto a través de un signo y una imagen. Dado el uso del lenguaje, la construcción conlleva categorías del fondo común de la cultura, así como el lenguaje, las formas de comunicación social son otra fuente de contenidos que alimenta las representaciones sociales.

La generación de una representación social estaría dada por dos procesos. a) El Anclaje, que consiste en un proceso de categorización en el cual se le da un nombre a personas, grupos

o cosas, y b) La Objetivación que consiste en transformar categorías abstractas en algo concreto, realidades físicas o imágenes.

Ambos procesos ponen de manifiesto la interdependencia y la tensión entre el individuo y lo social. Es cómo lo social, en el Anclaje, transforma un conocimiento en representación y luego cómo esta representación transforma lo social. Esta podría ser una idea novedosa del autor.

En el anclaje el objeto se integra cognitivamente al sistema de pensamiento preexistente. Para seleccionar entre múltiples significados, el sujeto recibe una red de estos, la cual es otorgada por la sociedad y sus diferentes grupos. Es decir que la sociedad ofrece al sujeto un margen dentro del cual situar y evaluar un hecho social.

La objetivación por su parte, presentaría tres fases: a) Primeramente los elementos de un objeto social son descontextualizados de él, recontextualizándolos en estructuras previas de los sujetos o grupo en particular, b) La recontextualización implica que los elementos seleccionados se organizan en un esquema estructurante, y c) El esquema o núcleo figurativo es naturalizado, se vuelve “real”, no se lo cuestiona y se integra al sentido común. La estabilidad del núcleo figurativo, la materialización y la especialización de sus elementos les confiere el estatus de marco e instrumento para orientar las percepciones y los juicios en una realidad construida en forma social.

En el anclaje vemos como las representaciones sociales expresan las relaciones sociales y en la objetivación vemos que estas representaciones contribuyen a constituir las. La representación social incorpora una dualidad tanto innovadora como rígida. Innovadora cuando se incorpora la novedad en el objeto (cuando se crea el objeto en la representación – el anclaje), y rígida porque la representación opera sobre el sistema preexistente de pensamiento (sobre representaciones anteriores). Incorporar la novedad implica entenderlo y situarlo en lo ya conocido.

Ahora bien, existen tres elementos o componentes de una representación social, que definen las representaciones sociales, estos son: a) El contenido, b) Lo representado, y c) El sujeto que realiza el acto de representar. En este sentido función cognitiva de integración de la novedad, vuelve familiar lo novedoso cuando se pone en referencia, la función de interpretación y reconstrucción de la realidad, ofrece un marco común para facilitar la comunicación entre los sujetos del grupo, y la función de orientación de las conductas y de las relaciones sociales guían la manera que interactúan los sujetos.

Las representaciones sociales se estructuran en tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre el objeto y un campo de representación donde se organiza jerárquicamente una serie de contenidos. La actitud es el elemento afectivo de la representación. Se manifiesta como la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación. La información es la dimensión que refiere los conocimientos en torno al objeto de representación, su cantidad y calidad es variada en función de diversos factores que lo rodean, y la información concierne también a la organización de los conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un objeto o situación social determinada.

Las representaciones sociales no son las únicas producciones mentales que tiene un origen social, ni son las únicas que se forman con base en instancias sociales, es aquí donde las ideologías, las creencias y las percepciones entran a jugar un papel importante dentro del desarrollo de la representación social.

Las creencias son proposiciones simples, conscientes o inconscientes inferidas de lo que las personas dicen o hacen. Mientras que la percepción alude a la categorización de personas u objetos por lo que ambos conceptos se tienden a confundir.

Con respecto al campo de la representación, es aquí en donde se sugiere la idea de modelo y se refiere al orden que toman los contenidos representaciones que se organizan en una

estructura funcional determinada. Constituye además, la dimensión más interesante y más original y quizás la más difícil de captar. Es importante tener claridad, que el campo de una representación es una dimensión que debe analizarse en función de la totalidad del discurso y no sólo en un párrafo o en una frase. (Banchs, *ob. cit.*)

Por otro lado, las representaciones sociales no son las únicas producciones mentales que tienen un origen social. Otras modalidades del pensamiento surgen también del trasfondo cultural acumulado a lo largo de la historia. Tampoco son las únicas que se forman con base en instancias sociales estructuralmente definidas y que tienen un modo de existencia social. Otras producciones mentales de tipo social como la percepción, cumple también funciones pragmático - sociales, orientando la interpretación - construcción de la realidad y guiando tanto las conductas como las relaciones sociales.

En este sentido, la percepción y representación social, aluden a la categorización de personas u objetos por lo que ambos conceptos se tienden a confundir. Sin embargo los estudios de percepción social se centran en los mecanismos de respuestas sociales y de procesamiento de la información y los de representación social en los modos de conocimiento y los procesos simbólicos en su relación con la visión de mundo y la actuación social de los seres humanos (Banchs, *ob. cit.*). Del mismo modo, Moscovici (1981) comenta, que la percepción no es un proceso meramente individual o idiosincrásico, sino que existen diferentes versiones compartidas por distintos grupos sociales que tienen interpretaciones similares sobre los acontecimientos.

La percepción no se refiere a las características físicas observables sino a rasgos que la persona le atribuye al blanco de su percepción (Mora, 2002). La percepción es descrita como una instancia mediadora entre el estímulo y el objeto exterior y el concepto que de él nos hacemos. La representación social no es una intermediaria sino un proceso que hace que concepto y percepción sean intercambiables, puesto que se engendran recíprocamente.

Esto implica, reconocer la reacción sobre una situación que se experimenta cotidianamente como es el cuidado directo, y es a partir de esa experiencia que entra en función el reconocimiento de emociones y del diagnóstico acerca de su estado de ánimo, además, de la impresión que se forma sobre la imagen. Esto quiere decir que se busca siempre una explicación para el acontecer de los hechos o comportamientos de las personas según sea el caso. De acuerdo a Blondel (1964), “una percepción solo puede ser correcta porque es social, porque está asociada con la colectividad y es encontrar lo que ya se sabe”. (p.140). En este sentido, se busca siempre una explicación para el acontecer de los hechos o comportamientos de las personas según sea el caso. Por lo que la práctica del cuidado brindado por el cuidador familiar, variará según en el contexto en que se encuentre.

La percepción por lo tanto, comprende el proceso de recodificación o selección del enorme caudal de datos que viene del exterior, reduciendo su complejidad y facilitando su almacenamiento y recuperación en la memoria, y un intento de ir más allá de la información obtenida, con el fin de predecir acontecimientos futuros y, de ese modo, evitar o reducir la sorpresa.

En este sentido, se refiere a la percepción de la práctica del cuidado brindado al adulto mayor, y su estructura va creando un orden lógico en el cuidador familiar, creando categorías que se van organizando en su mente. Este proceso está determinado por las necesidades, valores sociales, aprendizajes y en general, por las características permanentes y terminales de los adultos mayores.

En general, las percepciones están formadas y alimentadas por las representaciones sociales que a su vez son atravesadas por un pensamiento social. Se percibe a las personas como individualidades singulares, únicas y a partir de sus diferentes características se forma la imagen de un tipo en particular, y todo comportamiento es un efecto producido por una persona. En este sentido cuando se ejerce la acción del cuidado sobre el adulto mayor del

cuidador familiar, constituyen, una unidad cognitiva y la percepción adquiere la calidad de sus acciones.

Un aspecto importante de la percepción es como las personas tratan de explicar el comportamiento de las demás y esto es a través de la posesión de características estables. La percepción de una tonalidad de la persona sería el resultado de este largo proceso de objetivación, y no tanto de modalidades de funcionamientos psico - cognitivos generales. (Moscovici, 1963 p. 393 - 400)

En este caso, la percepción del cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado irá cambiando según el tiempo y lugar, y según el medio donde se sitúen. Por eso, no todos tienen la misma historia, pero aunque no se tenga la misma historia individualmente, la colectividad influirá en la percepción, ya que son las experiencias las que van determinando la manera de percibir esta acción (Vega y González, 2010).

2.2.2.3. *La práctica del cuidado del cuidador familiar del adulto mayor bajo el modelo de Serge Moscovici.*

Cuidar a un adulto mayor en el hogar, ofrece una gran cantidad de oportunidades y experiencias para aprender a cuidar al anciano, siempre y cuando estén dadas las condiciones socio - sanitarias, económicas, de relaciones y educativas del cuidador. Asimismo, esta relación permite un aprendizaje y la estructuración de toda una serie de ideas, creencias y conceptos que los cuidadores formales van desarrollando en relación con el cuidado del anciano, razón por la cual se torna fundamental, rescatar sus opiniones, experiencias, sensaciones y emociones derivadas de su vida cotidiana, cuidando del anciano.

Con base a lo anterior, las experiencias se pueden ver reflejadas en las representaciones sociales que estos cuidadores tienen con respecto al envejecimiento y por consiguiente, a las

acciones para brindar cuidado en esta fase de la vida. De igual modo, las representaciones sociales se construyen dentro de los individuos a partir de la objetivación, es decir, de la consistencia dada a las ideas y coherencia entre las acciones y las palabras, y a través de la aplicación de ese esquema conceptual, a la realidad social y la vida cotidiana, es decir, al desarrollo de actos y de actitudes en la sociedad. (Moscovici, 1963 *ob. cit.*)

Se trata de comprender los acontecimientos que se suceden y que los motiva a realizar el cuidado. Se busca generar un conocimiento que permita interpretar esa realidad, un conocimiento que dé respuesta al significado personal y social, y que dé respuesta acerca de las prácticas individuales y culturales, tomando en cuenta las perspectivas y experiencias de las personas que la viven. Esto conduce a entender de cómo los cuidadores ven y entienden la relación cuidado familiar – cuidado (Adulto Mayor). Es decir, el análisis interpretativo de los datos obtenidos para determinar el perfil básico de salud de los cuidadores familiares y adultos mayores que permita analizar el riesgo para la salud, así como para medir el conocimiento acerca de los cuidados brindados; y por el otro lado, la obtención de información e interpretación de la misma, para comprender las emociones y la imagen representacional del cuidador del adulto mayor.

El cuidador familiar actúa según el significado que el cuidado del adulto mayor represente para él o ella. Este significado surge de la misma interacción social y es modificado según el proceso de interpretación que el cuidador le dé. Es decir, que los conceptos de las realidades que se estudian adquieren significados especiales (Martínez, 2006). Es acá, donde se explora también, las distintas interpretaciones sociales de la realidad: la del cuidador familiar y la del investigador.

Para Chardon (2008), la conceptualización de las representaciones sociales establece una relación de compromiso con el pensamiento del sentido común, retoma su carácter de construcción simbólica y estética de la cultura y la habilita para el amplio espacio de la

prevención y promoción de la salud de la que estaba excluida, y hace referencia a que el profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y, hacer de su práctica diaria, un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana, y que le reporte crecimiento como persona y profesional, generando un impacto transformador en nuestro sistema de salud.

Es por ello, que investigar representa una forma convencional de enfocar las representaciones sociales del cuidado hacia los otros y hacia sí mismo, tomando en cuenta el medio ambiente que influye de manera categórica, en el origen de estos eventos.

Como enfermeros se tiene el compromiso de los cuidados de los demás. El verdadero cuidado de enfermería tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente o usuario, constituyéndose en la estructura viva, por lo que la experiencia investigativa permite descubrir la riqueza de conocimiento que alberga en práctica diaria.

Este aporte de la investigación, trasciende a la práctica enfermera en donde a partir de las necesidades individuales de las personas sanas y no, se crean e incorporan categorías y objetivos, priorizando y ejecutando el cuidado humano de acuerdo con el pensamiento crítico y con justificación social, ya que el cuidado brindado impacta al individuo, su familia y comunidad, diseñando estrategias de educación, control y prevención ante ciertas situaciones propias de la cultura social.

Por lo tanto, se deja por entendido que lo que se busca razonar en las representaciones sociales es el énfasis que se tiene sobre el fin común, el mantener soluciones sociales donde las respuestas se generen de manera participativa para el bien propio y para otros en general, de esta manera se comprende mejor la producción del conocimiento como el resultado de la unidad de diferentes áreas del saber, se valora la importancia del comportamiento humano

como propósito de formación en la práctica enfermero, y se comprende la imagen representacional que del cuidado a las personas se hace enfermería como profesión.

2.3. Sistematización de las categorías y sub-categorías

INVESTIGACIÓN	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	PROPÓSITOS	PREGUNTAS NORTEADORAS	CATEGORÍAS	SUB-CATEGORÍAS	CÓDIGO VIVO
Percepción del cuidador familiar sobre el cuidado que brinda al Adulto Mayor. Comunidades adscritas al Ambulatorio Urbano III "Belén". Mérida – Venezuela, 2015.	¿Cuál es el perfil de salud del adulto mayor y del cuidador familiar?	Conocer el perfil de salud del adulto mayor y del cuidador familiar.	-	-	-	-
	¿Cuáles son los cuidados que provee el cuidador familiar al adulto mayor?	Identificar los cuidados que provee el cuidador familiar al adulto mayor.	-	-	-	-
	¿Cómo es campo representacional del cuidador familiar del adulto mayor?	Comprender el campo representacional del cuidador familiar del adulto mayor.	¿Desde cuándo está usted a cargo del cuidado del adulto mayor?	Tiempo a cargo del cuidado del adulto mayor	a) Disposición, responsabilidad y compromiso; b) Distribución de roles y división del trabajo	LOS PROPIOS
			¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales usted se ha hecho responsable del adulto mayor y de los cuidados?	Motivos para la responsabilidad del cuidado.	a) Solidaridad y abandono; b) Capacidad funcional limitada; c) Situaciones familiares: divorcio, separación y muerte	LOS PROPIOS
			¿Ha contado con el apoyo de otros miembros de la familia para el cuidado del adulto mayor?	Apoyo de otros miembros de la familia.	a) Relación de ayuda familiar	LOS PROPIOS
			¿Cuáles cuidados son los que más requiere el adulto mayor?	Cuidados que más requiere el adulto mayor.	a) Administración de medicamento; b) Aseo personal; c) Higiene del hogar / arreglo de la casa; d) Movilización; e) Alimentación; f) Seguridad	LOS PROPIOS

			De los cuidados brindados ¿Cuál o cuáles son los que más se le dificultan para ayudar al adulto mayor en el hogar?	Cuidados que más les dificulta	a) Capacitación / aprendizaje; b) Hábito / práctica / costumbre; c) Respeto	LOS PROPIOS
			¿En cuáles aspectos han contado con la ayuda de vecinos para el cuidado de los adultos mayores?	Ayuda o apoyo de los vecinos	a) Ayuda efectiva; b) Ayuda poco efectiva	LOS PROPIOS
			¿Cree que los cuidados brindados por usted al adulto mayor son los más adecuados o efectivos?	Cuidados brindados ¿Adecuados o efectivos?	a) Efectividad en el cuidado / aprendizaje y comprensión; b) Poco efectividad en el cuidado / inseguridad y desconocimiento	LOS PROPIOS
			¿Han contado con el apoyo del equipo de salud del ambulatorio para ayudar en el cuidado del adulto mayor?	Apoyo del equipo de salud	a) Ayuda del equipo de salud / ayuda institucional efectiva; b) Ayuda del equipo de salud / ayuda institucional poco efectiva	LOS PROPIOS
			¿Cree usted que el adulto mayor requiere de más cuidados del que realmente necesitan?	Requerimiento de más cuidado	a) Satisfacción del cuidado; b) Compañía; c) Vigilancia	LOS PROPIOS
			¿Usted cree que las creencias del adulto mayor que puedan influenciar en el cuidado que les provee y de qué manera?	Influencia de las creencias del adulto mayor	a) Religión; b) Relación de pareja / relación familiar; c) Hábito / costumbre / tradición	LOS PROPIOS
			¿Se siente cansada o cansado por atender al adulto mayor en casa?	Cansancio por la atención brindada	a) Experiencia de agotamiento físico y mental; b) Sin experiencia / no manifiesta	LOS PROPIOS
			¿Se sienten obligada u obligado a proveer los cuidados al adulto mayor?	Obligación en el suministro de cuidados al adulto mayor	a) Se siente obligada (o); b) No se siente obligada (o)	LOS PROPIOS

			¿Cómo ha sido la experiencia de la práctica del cuidado brindado por usted al adulto mayor?	Experiencia en la práctica del cuidado	a)Experiencia positiva; b)Falta de experiencia / incertidumbre / Temor	LOS PROPIOS
			¿Cómo es su relación con los familiares del adulto mayor que cuida?	Relación con la familia como cuidador del adulto mayor	a)Relación favorable / fructífera; b)Relación poco favorable	LOS PROPIOS

2.4. El Grupo Focal como método de investigación

El grupo focal es un grupo de trabajo, tiene una tarea específica que cumplir y unos objetivos que lograr: será la naturaleza, o angustia que produce un tema de salud, la actitud de rechazo o simpatía por un producto comercial, el comportamiento concreto y las razones que avalan su rutina en la vida social, u otro escogido entre la gran variedad de temas de la vida privada o pública. En el fondo, toda la investigación gira en torno a una pregunta explícita o implícita, pero que, cuanto más clara sea, más fácilmente orientará todo el proceso de búsqueda; la pregunta, a veces, la formula claramente “el cliente” que solicita la investigación.

Los temas que más sintonizan con la técnica de los grupos focales son aquellos que, por su naturaleza, tienen muchas caras, perspectivas o puntos de vista, y, por ello, requieren el concurso de diferentes enfoques o abordajes, aspectos que sólo nos los pueden ofrecer diferentes personas con variadas experiencias, intereses y valores.

Los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semi-estructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador. Se han dado diferentes definiciones de grupo focal; sin embargo, son muchos los autores que

convergen en que éste es un grupo de discusión, guiado por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con un objetivo particular (Aigner, 2006).

El propósito principal del grupo focal es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes. Además, comparados con la entrevista individual, los grupos focales permiten obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales dentro del contexto del grupo (Reyes, 2000).

2.5 Lo fenomenológico en la investigación: aproximación a la comprensión de la relación cuidador familiar – adulto mayor.

Una de las formas de impactar en la sociedad es conocer la realidad e interesarse en ella para producir cambios que satisfagan al ser humano y que no repercutan en el futuro de manera negativa. El hombre se comporta en la vida diaria, de acuerdo al ambiente donde se desenvuelve y al valor agregado que le dé a la misma. Cuando se refiere a la actitud que se asume frente al cuidado, es circunstancial y es el reflejo de una decisión de la persona a querer realizar un acto validado o de querer percibir la realidad, bien sea por el conocimiento o aprendido de manera comprometida. En este sentido, la esencia del cuidado humano, exige una actitud de la persona que debe tornarse en un querer hacer la cosas y en un compromiso que genere en la otra u otras personas seguridad, confianza y apoyo efectivo.

Bajo estas premisas, se busca comprender el comportamiento de los cuidadores familiares y sus relaciones durante el cuidado de los adultos mayores. Este análisis estaría enmarcada en una investigación de carácter cualitativo, que abre un espacio en el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural apoyándose para ello, en la Teoría de las Representaciones Sociales, como marco teórico de la investigación, donde lo psicológico, lo cognitivo y lo social, se constituyen a partir de las experiencias propias de cada persona y de

las informaciones y modelos de pensamiento que se reciben a través de la sociedad. Es por ello, que en el abordaje de la investigación es obligado tener como base esencial, un marco conceptual, que represente las dimensiones en estudio, así como un marco filosófico y epistemológico que sirva de argumento científico a la investigación.

Con base a lo anterior, se aborda también el problema desde una perspectiva no sociopoiética (Arnold y Rodríguez, 2007), es decir, se considera la fenomenología como una parte de la filosofía que analiza y estudia la relación cuidador familiar – cuidado (adulto mayor). Estudia además la relación que hay entre los hechos o fenómenos que ocurren durante el tiempo que se ejerza esa relación y que está influenciada por factores internos y externos tanto del familiar como del propio objeto del cuidado. Esto a su vez, está influenciado por el ámbito en que se hace presente esta realidad, es decir, por la imagen representacional y el grado de compromiso adquirido por el cuidador familiar, que depende en gran medida de las habilidades y destrezas en el manejo de la relación.

Lo que se analiza no es el objeto en sí mismo, sino cómo y cuándo es dado en los actos intencionales, es decir, en las constantes relaciones que se producen entre los sujetos (cuidador y adulto mayor). En este sentido, es fundamental ir a las cosas mismas y entender lo fenomenológico de la relación, tomando en cuenta todo aquello que es pensado de manera clara y distinta y puesto en perspectiva temporal, por lo que para comprender el comportamiento del cuidador familiar hacia el adulto mayor, se debe considerar el sistema de ideas acerca de ese comportamiento, y así obtener una imagen explicativa de la realidad, ya que el cuidador actúa según el significado que el cuidado del adulto mayor, represente para él o ella. Este significado surge de la misma interacción social, y es modificado según el proceso de interpretación que el cuidador le dé.

Ahora bien, desde el punto de vista filosófico, siempre han existido personas con dificultades físicas y mentales que les impide valerse por sí mismas y siempre se ha visto la

necesidad de cuidar de ellas. En la medida en que la población envejece, habrá la necesidad de cuidar o de vigilar por el cuidado del otro, por lo que el entorno, la salud y el cuidado, han sido los cuatro conceptos esenciales de interés de la enfermería y que constituyen su razón de ser.

La filosofía comprende el sistema de existencia de cualquier área del saber e incluye una búsqueda constante de conocimientos (Arnold, 2009), lo que sería las bases epistemológicas del conocimiento. Su existencia y la comprensión determinan su forma de pensar sobre un fenómeno o situación, es decir, de esto depende su manera de actuar. Es por esto, que entre las funciones propias de enfermería en la atención de primer nivel, se incluye el fomento y la recuperación de la salud, pero también la restitución de la misma, así como el sistema de creencias y valores de la profesión y la determinación de la forma de pensar de los fenómenos sociales.

El cuidador familiar representa el objeto del cuidado de enfermería y también la dupla cuidador – cuidado. Esto refleja la filosofía existencialista, en donde enfermería cuida a un ser humano incapaz de hacerlo por sí mismo, al mismo tiempo que se le conoce y se hace que se conozca así mismo por técnicas de autocuidado.

Con base a lo anterior, la teoría de la sociedad según consiste en ver el objeto de estudio (cuidador familiar), como un entorno del sistema. Los sistemas están estructuralmente orientados al entorno y sin él no podrían existir. Por lo que la relación de cuidado que existe entre el adulto mayor y el cuidador familiar, no existiría si no hubiese entre ellos un grado de compromiso moral y familiar. Este entorno se rompería, si no hubiese entre ellos una relación de cuidado dependiente de otro sistema fuera del entorno del hogar, pero que a su vez, dentro de él. Por tanto no se trata de un contacto ocasional ni de una mera adaptación, se trata de que el sistema (cuidador familiar – adulto mayor), se constituyen y se mantienen mediante la creación y conservación de la diferencia con el entorno, y utilizan sus límites para regular

dicha diferencia. Este equilibrio, vendría dado por agentes externos que controlan y vigilan y su dinámica familiar.

Para que esta relación de cuidado surja efecto y se mantenga sin variaciones, solo con las propias de las mismas relaciones, habrá de haber una comunicación efectiva entre el cuidador familiar y los agentes externos. De esto depende el éxito del cuidado y la calidad de vida del adulto mayor. Es decir, sin comunicación no hay sociedad., ya que esta es fundamental para la vida de las relaciones humanas, por lo que la calidad de vida depende de una comunicación y ésta de un sistema comunicacional. Así, el concepto de complejidad sirve para determinar formalmente la relación sistema/entorno. Es decir, sirve para determinar la relación cuidador familiar – cuidado (Adulto Mayor), que sería el entorno y el sistema que sería enfermería, dentro del sistema de salud, con sus bases filosóficas y epistemológicas.

En este caso, el sistema de relaciones entre la familia y el adulto mayor y el sistema de salud es complejo, porque la relación de cuidados es compleja. Es decir, que para poder operar debe haber un sistema de relaciones sociales, económicas y culturales, así como de infraestructuras y de recursos humanos capaces de interrelacionarse con el propósito de interferir en el mantenimiento y mejoramiento de la salud de la población, no solo en lo cuantitativo sino también en lo cualitativo.

Con base a lo anterior, se intenta enmarcar con ideas propias la relación cuidador familiar – cuidado (adulto mayor), desde una perspectiva fenomenológica, desde las dimensiones epistemológica, metodológica y teoría de la sociedad o cultura. Asimismo, describe los aportes que se obtuvo mediante el uso de la perspectiva sociopoiética al análisis del fenómeno social seleccionado.

CAPÍTULO III

RUTA METODOLÓGICA

3.1 Método de investigación.

El abordaje de toda búsqueda científica obliga a tener como base esencial un marco filosófico - epistemológico y metodológico, que sirva de argumento para alcanzar con éxito el propósito de la investigación. Para comprender la acción del cuidado brindado por el cuidador familiar al adulto mayor, se debe considerar el sistema de ideas acerca de ese comportamiento, y así obtener una imagen explicativa de la realidad (Martos, 2011). Esta realidad debe ser una experiencia vivida y compartida, en donde la relación de cuidado entre el cuidador familiar y el adulto mayor, los fortalece como personas. En este caso el cuidador familiar es entendido en éste estudio, como aquella persona que no pertenece a ninguna institución sanitaria ni social y que cuida a personas no autónomas que viven en su domicilio (Tomas y Llarás, 1997). Ahora bien, entender la realidad del cuidado es también concebir la percepción del cuidador familiar acerca del comportamiento de la persona cuidada. La percepción es conocida como el proceso mental mediante el cual el adulto mayor y el cuidador familiar, obtienen momentos significativos durante la acción del cuidado (Fernández, 1997). Es identificar los comportamientos de cuidado de acuerdo con sus criterios, valores, vivencias, experiencias, conocimiento y expectativas.

Con base a las consideraciones anteriores, se plantea una investigación de carácter cualitativo, donde se trata de identificar la naturaleza profunda de la realidad, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento. (Martínez, 2007). En el caso de los cuidadores familiares de adultos mayores y la acción del cuidado como unidad de

investigación, se trata de comprender los acontecimientos que suceden y que los motiva a realizar dicha labor. Se busca entonces, generar un conocimiento que permita interpretar esa realidad; se busca un conocimiento que dé respuesta al significado personal y social, y acerca de las prácticas individuales y culturales, tomando en cuenta las perspectivas y experiencias de las personas con las que viven. Esto conduciría a interpretar cómo los cuidadores ven y entienden la relación cuidado familiar y adulto mayor, a través del cuidado brindado.

El estudio interpretativo de los datos obtenidos para determinar el perfil básico de salud de los cuidadores familiares y adultos mayores, permite analizar el riesgo para la salud, así como para conocer el conocimiento acerca de los cuidados brindados; y por el otro lado, la obtención de información e interpretación de la misma, permite comprender las emociones y la imagen representacional del cuidador del adulto mayor.

Con base a lo anterior, el cuidador familiar actúa según el significado que el cuidado del adulto mayor, represente para él o ella. Este significado surge de la misma interacción social, y es modificado según el proceso de interpretación que el cuidador le dé. Es decir, que los conceptos de las realidades que se estudian adquieren significados especiales (Martínez, 1994). Es acá, donde se explora también, las distintas interpretaciones o representaciones sociales de la realidad: la del cuidador familiar y la del investigador.

3.2 Tipo y diseño de investigación.

Desde el punto de vista cualitativo la investigación tiene como base la fenomenología y las representaciones sociales, es decir se considera el contexto en su totalidad y las relaciones que se establecen entre el cuidado brindado por el cuidador familiar (objeto) y el adulto mayor (sujeto). La fenomenología vista “como el estudio de los fenómenos tal como son experimentados vividos y percibidos (Martínez, 2006 p. 137)”. Según Casado y Calonge

(2001), en la lógica de las representaciones sociales “la relación sujeto – objeto, está mediado por procesos simbólicos y todo proceso de la realidad expresan un conocimiento creado en la dinámica de la interacción y comunicación social” (p. 60). Asimismo, a través del mecanismo de anclaje y de objetivación como saberes en la incidencia de las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales (Araya, *ob. cit* p.33). Es decir, el primero de ellos concierne a la forma en que las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de las representaciones sociales de dichos objetos mediante una serie de transformaciones específicas. El segundo da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales, y de cómo intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones (Lacolla, 2005).

Con base a lo anterior, el estudio se orienta fundamentalmente dentro de las representaciones sociales como método de investigación en un plano colectivo, dando prioridad a los vínculos intersubjetivos y sociales. Lo que implica que tomar la interacción social comunicativa como objeto de estudio, implica tomar como punto focal la unidad global constituida por la interdependencia entre el cuidado brindado por el cuidador familiar y el adulto mayor, tornándose de esta manera, una forma de acercarse a comprender a los propios sujetos con sus expresiones y experiencias que se investigan.

Con la representación social como base en el diseño de la investigación, se asume que las acciones sociales se producen en los cuidadores familiares, según su forma de percibir, entender, interpretar, juzgar y organizar su mundo. Para investigar sobre las acciones sociales, no hay una vía más propicia que la de preguntarle directamente a ellos por qué actúan de determinada manera. Esto significa que hay que indagar por qué los cuidadores de los adultos mayores actúan tal como lo hacen y a qué significados obedecen. Es decir, que el cuidador familiar puede decir cualquier cosa como le parezca o perciba, con base a sus propósitos o motivos, definiendo su propia acción social.

3.3 Población muestral

3.3.1 Población diana

Se determinó de manera a priori un conjunto de participantes que sirven como agentes activos o susceptibles en el suministro de la información. En este sentido, para ubicar el contexto social y el ámbito de actuación se determina el perfil de salud y sobrecarga del cuidado del cuidador familiar del adulto mayor, por lo que en una actuación previa a la elaboración del informe, se establece la población la cual estuvo conformada por 23 cuidadores familiares como informantes claves (Tabla 3). De acuerdo a Martínez (*ob. cit.*), “un buen informante clave puede desempeñar una función decisiva en una investigación” (p. 86). Esta selección deja de ser flexible y no secuencial y por consiguiente a conveniencia del investigador, cuyo proceso fue cumpliéndose hasta llegar a la saturación de la información. Para Martínez (2012), “el tamaño de la muestra no se conoce al inicio, sino sólo cuando la indagación ha culminado.”

Tabla 3: Distribución de la población (cuidadores familiares) por comunidad. Ambulatorio “Belén”. Mérida, 2014

Área	Género		Total
	Masculino	Femenino	
La Vuelta de Lola	1	-	1
-	-	-	-
-	-	2	2
-	-	2	2
Chorros de Milla – Av. Universidad	3	4	7
Las Heroínas – Centro	2	4	6
Milla – La Milagrosa	3	2	5
TOTAL	9	14	23

Fuente: Elaboración propia (2014)

3.3.2 Muestreo

La estrategia utilizada para ubicar al cuidador familiar del adulto mayor fue la visita “casa a casa”, con la referencia del equipo de salud del Ambulatorio Belén, la cual en la práctica comunitaria, permite ejercer de manera directa la búsqueda de personas con factores de riesgo y que puedan ser incluidos en el programa de visita domiciliaria, lo que garantiza la satisfacción del cuidado dirigido a prevenir el deterioro funcional y la promoción de la salud, como elementos claves para garantizar la continuidad de cuidados entre los diversos niveles asistenciales.

La población se eligió de manera intencional empleando el conocimiento y la opinión personal para identificar aquellos cuidadores que debieron ser incluidos en la muestra y se basó primordialmente en la experiencia, así como en su voluntad de participación. De acuerdo a Martínez (*ob. cit.*), “en la muestra intencional se elige una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación (p. 86)”

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.

Con respecto a los criterios de inclusión que se establecieron en la presente investigación, son los siguientes:

- a) Género indistinto, podían ser parte de la población diana cualquier cuidador familiar indistintamente del naturaleza.
- b) Residencia mayor de un año en el área de influencia de la red ambulatoria seleccionada.
- c) Ser cuidador familiar del adulto mayor por lo menos 6 meses o más.

Los criterios de exclusión fueron todos aquellos que anularan algunos de los aspectos mencionados con anterioridad.

3.4 Instrumento y técnica para la investigación.

Las técnicas e instrumentos son los recursos utilizados para facilitar la recolección y análisis de los hechos observados (Tamayo, 2006). Se hace uso de cuestionarios y la entrevista a profundidad individual, y cada técnica e instrumento escogido dependió de la pregunta de investigación y del diseño general. Los cuestionarios contienen aspectos del fenómeno que se consideran esenciales y permiten aislar ciertos problemas que interesan principalmente, reduce la realidad a cierto número de datos esenciales y precisa el objeto de estudio (Tamayo, 2003). En este orden de ideas afirman que "...un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir" (Hernández, Fernández y Baptista, *ob. cit.* p. 67). Asimismo, se utilizó como instrumento de recolección de datos una encuesta, como lo expone Sabino (2002), quien plantea que "los instrumentos de recolección de datos son todos los recursos de los cuales pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información" (p. 56). El instrumento está estructurado en 3 partes descritos de la siguiente manera: (Anexo 2)

- 1) La primera mide el perfil de salud y nivel de sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor. El nivel de sobrecarga se midió a través de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview), conocido como cuestionario de Zarit, es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes (Martín, Salvadó, Nadal, Rico y Lanz, 1996).

- 2) La segunda parte evalúa el perfil de salud y capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor, a través de la Escala de Lawton y Brody. La escala fue publicada en 1969 y desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física en las actividades instrumentales de la vida diaria. Es uno de los instrumentos de medición más utilizado internacionalmente, y el más utilizada en las unidades de geriatría, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993 (Lawton y Brody, 1969), y
- 3) La tercera parte busca interpretar a través de una guía del moderador del grupo focal previamente diseñada, el surgimiento de la información de la percepción que posee el cuidador familiar del adulto mayor acerca de la práctica del cuidado brindado.

Por otro lado, la entrevista como técnica de recolección de datos cuantitativos, permite captar la forma en que los cuidadores familiares describen e interpretan la realidad y le dan sentido a sus acciones, que contrastado con lo observado, es lo que permite captar la densidad de la situación, y explica el sentido del cuidado brindado. De igual modo, la entrevista intenta tomar la forma de la conversación, sujeto - investigador, ya que la conversación es un entrelazamiento de lenguaje y emoción y no sólo transmisión de palabras, sino también de sentido. Debe existir una relación simétrica y flexible, entrevistador – cuidador, y recorrer de una manera coherente, junto al informante los universos semánticos que interesan a la investigación.

Las técnicas basadas en entrevistas son relevantes para la investigación, ya que permite obtener información provista por los cuidadores familiares, obteniéndose un acceso más directo a los significados que les otorga a la realidad. Esto permite además, acceder a hechos,

descripciones de situaciones o interpretaciones de sucesos, actitudes y sentimientos a los que no se puede obtener con la observación.

3.4.1 El Grupo Focal como técnica para recabar la información.

En este sentido, como parte de la planificación de los grupos focales, se estableció el propósito de la actividad, se les explicó a los cuidadores familiares la razón por la cual se llevaría a cabo el estudio, la información a recabar de ellos como informantes y la razón por la que la misma era requerida. Para determinar la población diana a participar, se intentó que fuera lo más homogéneo y que en la medida de lo posible, no se conocieran entre sí; el propósito era que los cuidadores familiares pudieran expresarse libremente. Sin embargo, se les propició un ambiente adecuado y no se indagó si eran o no conocidos. El número de informantes de cada grupo osciló entre 3 a 5 cuidadores familiares, de manera que pudiera haber más ideas u opiniones representadas, acerca de la práctica del cuidado hacia el adulto mayor.

Una vez desarrollado el plan y estimado los recursos requeridos, se procedió a formular las preguntas, y a identificar y convocar para el día, la hora y el lugar de encuentro para la entrevista grabada a los cuidadores familiares. Por lo tanto, para recabar la información, se llevó a cabo 5 grupos focales, haciendo uso de la misma guía temática, en vista de que se llegó al proceso de saturación.

Una vez que los cuidadores familiares fueron convocados, se procedió a la realización de las sesiones de discusión grupal. Cada sesión estuvo dirigida por un experto en la técnica de grupos focales y en la temática a indagar, así como se contó con un ayudante para la relatoría y la logística de la actividad. En el desarrollo de dicha discusión, se procedió

primeramente, a dar una breve introducción y agradecimiento por la disposición a participar como informante en la investigación, y a dar a conocer el propósito de la reunión.

Los cuestionamientos empleados para la sesión de los grupos focales y que conformaron la temática a analizar, son las siguientes:

1. ¿Desde cuándo está usted a cargo del cuidado del adulto mayor?
2. ¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales usted se ha hecho responsable del adulto mayor y de los cuidados?
3. ¿Ha contado con el apoyo de otros miembros de la familia para el cuidado del adulto mayor?
4. ¿Cuáles cuidados son los que más requiere el adulto mayor?
5. De los cuidados brindados ¿Cuál o cuáles son los que más se le dificultan para ayudar al adulto mayor en el hogar?
6. ¿En cuáles aspectos han contado con la ayuda de vecinos para el cuidado de los adultos mayores?
7. ¿Cree que los cuidados brindados por usted al adulto mayor son los más adecuados o efectivos?
8. ¿Han contado con el apoyo del equipo de salud del ambulatorio para ayudar en el cuidado del adulto mayor?
9. ¿Cree usted que el adulto mayor requiere de más cuidados del que realmente necesitan?
10. ¿Usted cree que las creencias del adulto mayor que puedan influenciar en el cuidado que les provee y de qué manera?
11. ¿Se siente cansada o cansado por atender al adulto mayor en casa?
12. ¿Se sienten obligada u obligado a proveer los cuidados al adulto mayor?

13. ¿Cómo ha sido la experiencia de la práctica del cuidado brindado por usted al adulto mayor?
14. ¿Cómo es su relación con los familiares del adulto mayor que cuida?

3.5 Contextualización y ubicación de la investigación.

El presente trabajo de investigación se centra en las familias de adultos mayores con cuidadores familiares que habitan en las comunidades que conforman el área de influencia de la red ambulatoria “Belén”, ubicado en la ciudad de Mérida, Venezuela. El Ambulatorio Belén, está ubicado en el Municipio Libertador, Parroquia Arias, al final de la Calle 17, y pertenece al Distrito Sanitario N° 1 “Mérida”; es un Ambulatorio Urbano Tipo III.

3.6 Fases de la investigación

De acuerdo a Yuni y Urbano (2005), “el proceso metodológico en la investigación cualitativa, supone tres fases: 1) fase preparatoria o de diseño, 2) fase de trabajo de campo, y 3) la fase informativa o analítica” (p. 129)

1. Primera Fase: La fase preparatoria es la fase donde el investigador adopta una serie de decisiones que remiten a cuestiones epistemológicas. Se define el tema a investigar y se plantea algunas interrogantes. En este sentido, se procedió en el sondeo de los informantes (cuidadores familiares), y a determinar a través de los criterios de inclusión, su participación como población diana. Este proceso también se hizo a través de las consultas ambulatorias hechas con el personal de enfermería que labora en el Ambulatorio Urbano Tipo III “Belén”. De igual manera se procedió a la búsqueda de la información

bibliográfica necesaria para el armado del trabajo de investigación así como el diseño de las preguntas a utilizar para las entrevistas.

2. Segunda Fase: La fase de trabajo de campo, está relacionada con el trabajo en el terreno. Es una situación metodológica, y también en sí mismo un proceso, una secuencia de acciones, de comportamientos y de acontecimientos, no todos controlados por el investigador (Díaz de Rada y Velasco 1998, p.18). La fase de trabajo de campo requiere de la recolección de la información de manera constante y no se limita a un solo momento del proceso. (Yuni y Urbano (ob. cit., p. 124). El trabajo de campo de la investigación que se propone, se centra en una descripción densa (descriptivo y argumental), de las acciones de los cuidadores de los adultos mayores y de las situaciones sociales, educativas, de salud y económicas de los cuidadores, describiendo la relación de valores entre el cuidador familiar y el adulto mayor, tomando en cuenta que el cuidador enfrenta una tarea ardua y compleja, y que tiene un recargo de trabajo diario, una responsabilidad, incertidumbre, cansancio físico, culpa, y a veces, hasta desánimo.
3. Tercera Fase: La información recabada se analizó y se interpretó de manera que se hizo inteligible lo observado. Los datos describen la población objeto de estudio para una mayor comprensión de las relaciones observadas, lo que permitió medir el impacto o su importancia, relacionado con los objetivos del mismo y el problema de investigación.
4. Cuarta Fase: Durante la saturación progresiva con la información recabada en las entrevistas de grupos focales, se procedió con la interpretación de las respuestas de cada grupo a través de la triangulación de la información. Este proceso se llevó a cabo a través del análisis de contenido, la cual según Bardin (1996) “es una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados o filmados (p. 3)” Esta técnica según Krippendorff (1990), citado en Porta y Silva (s/f), sitúa al investigador respecto de la realidad en una triple perspectiva: a) los datos tal y como se comunican al analista; b) el

contexto de los datos, y c) la forma en que el conocimiento del intérprete obliga a dividir la realidad.

3.7. Análisis e interpretación de los resultados

De acuerdo a Porta y Silva (*ob. cit.*), la interpretación o comprensión de contenido se configura como una técnica objetiva, sistemática, cualitativa y cuantitativa que trabaja con materiales representativos, marcada por la exhaustividad y con posibilidades de generalización. En este caso es representativa, ya que selecciona materiales y la presencia de categorías en los mismos que aparecen en número suficiente para justificar el recuento. Se detecta además, la presencia y ausencia de una característica del contenido y hace recuento de datos secundarios, relativos a fenómenos a los que siempre es posible hacer referencia.

Para Morse y Field (1995), en el análisis cualitativo participan varios procesos intelectuales, la comprensión, la síntesis, la teorización y la recontextualización. La comprensión está relacionada con buscarle sentido a los datos y descubrir que está pasando y se da en el trabajo de campo. Cuando se logra comprender qué está pasando, se describe exhaustiva y holísticamente el fenómeno en interés. La síntesis tiene que ver con la presentación de los enunciados generalizados acerca del fenómeno y de los participantes; la teorización implica la clasificación sistemática de los datos y la formulación de explicaciones alternas, y por último, la recontextualización que implica el desarrollo de una teoría sustantiva que explore la posibilidad de aplicarla en otros entornos.

Para el proceso de categorización se siguió lo propuesto por Martínez (*ob. cit.*), cuando establece la forma más concreta y práctica de hacer la categorización. Igualmente señala 7 pasos para categorizar la información recabada, los cuales son:

- 1) Transcribir la información protocolar.
- 2) Dividir los contenidos en porciones o unidades temáticas.
- 3) Categorizar.
- 4) Asignar sub – categorías o propiedades descriptivas.
- 5) Integrar o agrupar categorías en una más amplia.
- 6) Agrupar o asociar categorías de acuerdo con su naturaleza y contenido
- 7) Desplegar los datos y categorías por medio de una matriz.

Tomando en cuenta estos pasos, el proceso de categorización se llevó a cabo de la siguiente manera:

- 1) Finalizada la grabación de la sesión del grupo focal, se transcribió la información recabada en hojas numeradas, y en la segunda columna de la matriz destinada para tal fin, se describieron en líneas de texto identificadas las referencias, de manera que facilitara su extracción.
- 2) Se dividieron las porciones en unidades temáticas de acuerdo a la idea o concepto central de acuerdo a las respuestas de a cada uno de los cuidadores familiares, de manera que diera pie a la formación de las categorías y subcategorías.
- 3) Identificada la idea central con base a la unidad temática, se procedió a identificar las categorías, lo que permitió el proceso de clasificación en término de expresión, de acuerdo a las respuestas dadas. Dado este paso se le asignó un código a cada categoría y subcategoría para efecto de representarlo.

En vista de que el propósito final de estudio fue evaluar la percepción que posee el cuidador familiar acerca del cuidado que le provee al adulto mayor, las categorías sugeridas para ayudar a su interpretación a través de la representación como técnica, se

- enfocaron en las áreas de acción del cuidado, el cuidado como actividad, significado del cuidado, asistencia para el cuidado, experiencia o ejercicio del cuidado y compromiso para el cuidado.
- 4) Identificadas y codificadas las categorías descriptivas, se procedió a identificar las sub-categorías o atributos, cada una con sus distintas propiedades basada en las áreas establecidas.
 - 5) Luego se integraron y se agruparon varias subcategorías debido a sus semejanzas cognitiva, y con base a estas relaciones permitió su mejor análisis e interpretación.
 - 6) Por último, se realizó la reducción de la información voluminosa resumiendo, seleccionando y agrupando 500 fragmentos textuales en registros de análisis, a los cuales se les asignó un código respectivo (obteniéndose 16 códigos en total), luego de ello se agruparon a las categorías, cada una con sus respectivas sub-categorías emergentes.
 - 7) De los testimonios analizados, se culminó con la interpretación de las mismas teniendo en cuenta el marco teórico como sustento científico y aplicando el razonamiento inductivo-deductivo para la caracterización de la información.

Con base a lo anterior, es importante considerar algunos elementos del proceso de interpretación, como el objeto de estudio, que es el cuidador familiar del adulto mayor, ya que éste corresponde a la perspectiva teórica del estudio y representa además, a la unidad de estudio, la cual corresponde a la escala de fenómenos en que se plantea la investigación. Asimismo, la comprensión del significado de las acciones de los cuidadores, como la interpretación de lo que se dice, y la reconstrucción de los hechos, son formas fundamentales en el análisis e interpretación de la información, que permite prever ciertos tipos de prácticas y tendencias o desenlaces de situaciones observadas en los cuidadores.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Durante el desarrollo de la entrevista, se obtuvieron diversas respuestas en base a los cuestionarios planteados. Cada una de estas respuestas ayudó a determinar las categorías y subcategorías en los cuales se estructura el sentir y el pensar de cada uno de los cuidadores familiares con relación a la percepción del cuidado brindado al adulto mayor en el hogar.

Cuando se comenzó a formular las preguntas se obtenía de los grupos en primera instancia, un silencio. Una vez iniciada las respuestas, cada entrevistado respondía respetando el tiempo de intervención de los demás. Hay que aclarar que en todas las preguntas, cuando se hacía el grupo focal, no había participación de todos los informantes

Con base al tiempo a cargo de cuidado del adulto mayor se generaron subcategorías relacionadas con la disposición, la responsabilidad y del grado de compromiso, y la distribución de roles y división del trabajo del cuidador familiar. (Tabla 15). Esto depende de la habilidad para cuidar, el tiempo dedicado a ello y el grado de dependencia del adulto mayor, que son aspectos que guardan relación para determinar la percepción del cuidado y su influencia en la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor:

“Bueno, yo estoy a cargo desde el 29 de enero del año en curso, es mi madre, le dio un ACV, pero también tengo a mi papá, él hasta ahora se maneja por sí solo, pero no crea, hay veces que debo meterle la mano, ya no es una sola, a veces son los dos, lo que hace que deba estar con ellos más tiempo”;

“Mi mamá está a cargo mío desde hace 20 años. Ella misma se fue solita, y desde entonces está conmigo”;

“Desde hace 8 años y 11 meses estoy al cuidado de mi madre a raíz de la muerte de mi padre.....”;

“Huy! Yo no me acuerdo desde cuándo...”;

“Pues yo desde hace poco, realmente esto me ha tomado de sorpresa”; “Pues toda la vida creo.....”;

“Parece mentira (piensa), pero creo que hará como 10 años que estoy con ella.....”, y

“Ellos se mudaron hará como 12 o 13 años. Haber, haber....no me acuerdo, y desde esa vez están conmigo”

Los resultados muestran que la habilidad de cuidado, en general, se encuentra poco desarrollada, y que no tiene asociación con el grado de dependencia. El tiempo a cargo del cuidado del adulto mayor, es un aspecto que se contempló en ésta investigación, y se evidencia que a medida que pasa el tiempo el cuidador familiar desarrolló habilidades con base al grado de compromiso con el cuidado del adulto mayor.

El cuidado compromete la participación humana, y con ella el cuidador desarrolla habilidades en el cuidado de su familiar y de sí mismo, el principal sistema de apoyo que recibe viene de su familia:

“..pero en la casa gracias a Dios, somos varios y nos turnamos, pero a veces me toca a mí más que a ellos”;

“Lo que sí es cierto que como yo he estado con ellos, pues me ha tocado a mí. Mis hermanos a veces están y otras veces no están”;

“...aunque desde hace 5 años para acá yo me le he dedicado más tiempo, ya que todos mis hermanos se casaron y se fueron”; y

“...gracias a Dios no estoy sola, pero sí soy la que más le mete la mano”; “He aprendido muchas cosas solita, ¡Pero que más!”

Con base a las observaciones de los motivos para la responsabilidad del cuidado (Tabla 16), es importante tener en cuenta que el cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimiento. Los motivos por los cuales el cuidador familiar decide cuidar al adulto mayor, se expresan en los siguientes códigos vivos:

“....él era muy activo...yo como nunca me fui, no me botan, sigo siendo la niña de mi casa. Eso es una bendición”;

“En mi caso yo vivo al lado de la familia, y desde un tiempo para acá, él ha quedado solo, los hijos, bueno si se pueden llamar hijos, lo han dejado solito”;

“El pobre antes trabajaba, yo lo veía todos los días pero llegó un momento que no lo veía mucho, y eso me llamó mucho la atención....”; “Yo vivía en Caracas....pero por cuestiones de trabajo me vine... desde entonces he tenido el privilegio de tenerla”; y

“...Al principio fue fuerte porque éramos muchos, pero la cosa ha cambiado, ya cabemos en la casa por lo menos”

Esta situación se da especialmente en los adultos mayores y en pacientes terminales, en ambos casos son pacientes no productivos, y esto queda demostrado por las siguientes descripciones relacionadas con la capacidad funcional limitada:

“Bueno a parte de mamá, ya papá tiene 87 años. Él está bastante decaído, sufre de la cadera, entonces hay que ayudarlo....”; y
“...resulta que ya empezaba a sentirse muy malito, los dolores de las rodillas no lo dejaban caminar”.

Para muchas familias a las situaciones de divorcio, separación y muerte representan momentos de crisis, teniendo un efecto significativo no sólo para el cónyuge e hijos, sino también para el resto de los miembros del hogar. Situaciones expresadas por los cuidadores tales como:

“Yo vivía con mi abuela....antes vivía en Santa Cruz de Mora, por allá con mi pareja solitos, pero a raíz de problemas con mi marido, lo deje...”; y
“Pues aun yo vivía la lado de la casa de mis papás, cada vez tenía que ir más seguido....Muere mi mamá y le tocó a ésta que está aquí cuidar de él (risas)”

Por otro lado para el apoyo de otros miembros de la familia en el cuidado del adulto mayor (Tabla 17), se aprecia la relación de ayuda relacionada con el apoyo de la familiar que implica la distribución de las tareas, del acompañamiento y del aporte económico y material:

“Si, en mi caso somos tres hermanos, una casada vive aparte, el varón, mi hermano vive en casa, por su trabajo va y viene, y bueno no le gusta estar mucho en casa, ¡entonces claro! la responsabilidad ha caído prácticamente en mí, y eso ha hecho que le dedique más tiempo”;
“Por ejemplo los fines de semana yo no cuento con ninguno de los dos, yo estoy sola, sola, sola para todo [silencio]... para los dos”;
“No lo hacen! Yo lo analizo de esa manera, fríamente, no le gusta. Por ejemplo él me ha dicho a mí, “yo no baño a mamá”; y
“Yo me quedo sola con la niña mía, gracias a Dios es muy colaboradora”.

El apoyo familiar es claramente más fuerte, por lo que la tendencia a la soledad es poco probable:

“Nosotros somos ocho también, 4 hembras y cuatro varones, pero como dicen acá, los varones no ayudan, solo ¡mire! [gestos] no les gusta”;
“Yo tengo la colaboración de mis tres hijas que son con las que cuento, con ellas los sábados y domingos estoy libre”;
“Ellas se meten y yo me pongo a descansar”;
“Mis hermanos todos colaboran. Ellos están muy pendientes”;
“Yo tengo una hermana médico y siempre está pendiente, pero no vive con nosotros”; y
“Una de ella le dedicaba un poquito más de tiempo, ahora lo que le da es cuestión de materialista, falta aquello, porque esto y porque aquello, ya se gastó. Pero en realidad yo soy el que se encarga de los cuidados”

Es importante resaltar que la convivencia entre miembros de la misma familia parece tener efectos positivos cuando no es por necesidad:

“Uno está ahí, yo me tuve que mudar hasta de cuarto para estar más cerca de ella”;
“Bueno, yo cuento a veces con el apoyo de mi sobrino, él se casó y ahora pues tiene que atender a su mujer, y ahora que está preñada más. Me toca a mí que asumir el control de todo”;
“Yo tengo un negocio, un niño con Síndrome de Down, gracias a Dios y él se hace la mayoría de las cosas, pero no crea, a pesar de que no estoy sola, la responsabilidad siempre es de uno”; y
“Para mí es como si no estuvieran, ellos colaboran claro, pero tengo que estar detrás de ellos, mira haga tal cosa, mira ponga esto allá, mira tráigame tal cosa, prefiero hacer todo yo”

De igual manera, con base a los cuidados que más requiere el adulto mayor, necesariamente (Tabla 18), la administración de medicamentos tiende a ser el cuidado de mayor frecuencia:

“Primero la dosis reglamentaria del medicamento. En eso sí soy cuidadosa”;
“La otra vez casi que se me intoxica, y cómo me vi para superar eso”;
“Le doy el desayuno completo antes de las pastillas, porque hay algunas que le afectan el estómago. Él como es tan delicado, pues hay que tener mucho cuidado”;
“El caso mío que sería el cuidado mayoritario es también lo del medicamento, en eso sí tengo yo cuidado”; y
“Hasta ahora gracias a Dios son muy pocas las cosas que ella necesita ayuda, pero más es la comida y en el medicamento”

Se aprecia también que el cuidador familiar permanece al lado del adulto mayor desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia y como consecuencia su capacidad de autonomía:

*“...luego la llevo para que tome un poco de sol, es muy friolenta”; y
“Yo nunca estoy pendiente de la medicina, ella tiene su mesita de noche, ahí tiene su vasito de agua y tiene el pastillero....”*

Las necesidades básicas que el cuidador familiar ayuda a satisfacer en adulto mayor en el hogar se encuentran las referidas al plano fisiológico. Es decir, respiración y circulación, nutrición e hidratación:

*“Hay cosas que ellos requieren, el aseo diario, la comida, movilizarlos, ayudarles a andar para que se acuesten, para la calle a veces, y eso cuando no está lloviendo o haciendo mucha calor”;
“Hasta ahora gracias a Dios son muy pocas las cosas que ella necesita ayuda, pero más es la comida y en el medicamento”;
“Cuando mi hermana no la puede llevar al trabajo dejo de asistir al trabajo para llevarla a la terapia, ya que ella requiere de ayuda física y de movilizarse”;
“Acostarla un rato, pararla, ayudarla a caminar en las tardes....”; y
“Hay cosas que ellos requieren, el aseo diario, la comida, movilizarlos, ayudarles a andar para que se acuesten, para la calle a veces, y eso cuando no está lloviendo o haciendo mucha calor”.*

De igual manera en cuanto a las otras necesidades básicas relacionadas con el sueño y descanso, vestirse y desvestirse, mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel, se aprecian las siguientes:

*“No puede estar sin bañarse, se baña sola, hasta ahora se baña sola”;
“.....eso sí, bañarse si hay que ayudarla porque vive mareada, no vaya ser que se dé una caída y se empeore las cosas”;
“.....y bueno el aseo personal todos los días”;
“Hay cosas que ellos requieren, el aseo diario, la comida, movilizarlos, ayudarles a andar para que se acuesten, para la calle a veces, y eso cuando no está lloviendo o haciendo mucha calor”;
“Mientras ella lo hace yo aprovecho y hago otra cosa, como por ejemplo hacerle la cama.....”, y
“Todos los días desde que amanece hasta que anochece y a veces durante la noche, yo estoy ahí pendiente”.*

El cuidador busca con éstas acciones, ayudar en las funciones que el adulto mayor realizaría si tuviera fuerza, voluntad y capacidad física suficiente.

Por su parte, los tipos de cuidado que más le dificulta al cuidador familiar brindar al adulto mayor (Tabla 19), incide de manera directa en la capacitación y por supuesto en el aprendizaje:

“No, yo creo que nada, para mi nada, porque uno lo hace con toda la buena intención, con mucha dedicación, si me toca, pues me toca”;
“Hay que saber cómo entrarle a la silla de rueda, por ejemplo”;
“Tengo que estar con la viejita y con el perro al mismo tiempo, ahí se crea una situación de conflicto (risas)”;
“A mí sí me cuesta, sobretodo el movilizarla. Es que ella es un poco rellena, y cuando hay que llevarla al baño, cuesta más”; y
“Hasta ahora gracias a Dios son muy pocas las cosas que ella necesita...”

La mayoría de los cuidadores familiares se perciben como único cuidador:

Www.bdigital.ula.ve
“Ella es mi mamá y tengo que atenderla”;
“Eso realmente me sucede entre las 9 y 10 de la noche, porque ella se quiere bañar, ella quiere ver el programa de tv, quiere rezar y todo a la vez y yo estoy en la cocina, y lo único que hago es alzar la mano y le digo “ya va mamá, ya va”;
“Uno lo hace con amor, que más se le puede pedir, lo parió a uno, lo crió a uno, que más”;
“Cuando están las muchachas ellas me ayuda, pero cuando estoy sola le digo “ya va mamá”; y
“Lo único que hago es salir a buscarle las citas, y cuando es el día, llevarla en taxi, ya que no tengo carro; hay días buenos y otros malos”.

Por otra parte, se evidencia claramente, que a mayor tiempo de cuidado, los cuidadores reflejan más paciencia:

“La palabra de ella es palabra sagrada (risas). Si pide algo uno inmediatamente está ahí”; y
“Pues yo le hago todo sin dificultad, hasta ahora. ¡Ay si no la atiendo!”.

El apoyo social o soporte social es un factor determinante para la salud del adulto mayor (Tabla 20). Con relación a la ayuda o apoyo de los vecinos se aprecia lo siguiente:

“Con respecto a mí, me sucedió la semana pasada. Yo tengo una casita en el páramo y tuve que ir, mi hermana está pasando por un problema de salud”;
“Ella tenía que ir al médico y mi hermano tenía que ir al liceo. Fue entonces cuando le pedí el favor a una vecina”;
“...cuando llegué se había ido la cuidadora que busqué (risas)”
“Es la única experiencia que he tenido la de buscar a otra persona fuera de la casa”;
“Yo le dije hágame el favor y se queda un ratico al mediodía hasta que yo llegue”; y
“Nunca hasta ahora gracias a Dios he pedido ayuda de los vecinos”.

Una persona puede buscar el apoyo de acuerdo a la percepción que éste tenga sobre la ayuda disponible, así tenemos:

“Siempre hay solidaridad, pero a veces ellos colaboran mucho”; “Incluso los chinos siempre están dispuestos, a mí nunca me han negado nada”;
“Con respecto a los vecinos son más los que tiene que los que ayudan”;
“En el caso de mi mamá, no.....hasta ahora no”;
“Bueno, yo soy vecina y es la que ayuda al Señor “Francisco”; y
“Él, a pesar de que tiene hijos soy yo la que siempre está ahí”

Aunque el apoyo de vecinos en el cuidado del adulto mayor se mostró bajo, se observa lo siguiente:

“Los vecinos son importantes para muchas cosas, pero para esto de cuidar a otro es como muy delicado”; y
“Es preferible hacer uno mismo las cosas”

La discapacidad básica o el deterioro cognitivo, parecen verse favorecidos en menor medida por la fortaleza del apoyo familiar:

“A pesar de que no es mi familia directa me tocó que cuidarlo”;
“Mi esposo me dice: Pero mijita qué le pasa!. ¿Ahora se va a hacer cargo de ese también? [Risas]; y
“A mí me da cosita, pobrecito”.

Con base a las respuestas y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Cuidados brindados ¿Adecuados o efectivos? (Tabla 21), en las observaciones de la subcategoría efectividad en el cuidado, aprendizaje y comprensión”, se refleja el conocimiento y el juicio para hacerlo, y son la mejor razón para comprender el significado del adulto mayor como persona para el cuidador familiar.

“Yo lo veo como los más efectivos, porque están bajo mis cuidados, que los que le brinda mi hermana aunque sea mi hermana”;
“Son adecuados por lo bien cuidados que están” “¡No hay como la cuide yo!”;
“Yo creo que estoy yendo por un buen camino con ella porque se siente agradada, se siente amada, se siente que la están escuchando”;
“Yo veo que mi papá se siente muy contento cuando le llevo la comida y le busco las chanclas. A él le fascina ver televisión, más si son películas viejas, las Mexicanas, él es feliz y se ríe!”, y
“Estoy conforme porque hasta la fecha ella está bien, bueno, en lo que cabe por la edad y eso”

De la misma manera el hecho de expresar lo siguiente se observa que la intervención educativa al familiar es en realidad una forma de prevención de enfermedades, pues constituye un intento para limitar el daño ocasionado por la enfermedad ya manifiesta y disminuir sus efectos:

“Pues mire mi mamá es un caso. La Señora cuando uno no está, se acuesta a dormir y calcula cuando uno va a llegar”;
“Nosotros tenemos una muchacha que va y nos ayuda con el aseo de la casa”;
“Le tengo un papelito donde le hago anotar todo”;
“Siempre hay cosas que uno deja de hacer por estar con ella. Yo trato de que todo salga bien”;
“Ella tiene razón, cuando uno cuida y hace todas las cosas uno mismo, como que uno se siente más tranquilo”;
“Yo pienso que quien debe decir eso, si uno cuida bien o no, son ellos mismos. Los papás de uno a veces se sienten incómodos, pero que más les toca”;
“A veces me dice, cuando la ayudo a bañar o a cambiarse la ropa o a peinarse, que yo ya lo hago con los ojos cerrados”;
“Cuando uno cuida a otro, en este caso a mi mamá, uno lo hace con mucho cariño”;
“Si es verdad, no hay como los cuidados que uno le dispensa”, y
“Uno sabe las mañas de ellos y por ahí se les va”

Por otro lado, se aprecia el mecanismo de compensación y ajuste ante las dificultades del cuidado, con expresiones tales como (Tabla 22):

“Si claro, de la enfermera Gloria y de otra doctora que vive por allá cerca de la casa, entonces pasan cada 2 o 3 meses, van y hacen un chequeo”;
“Institucionalmente hay un apoyo en ese sentido”;
“Si ha habido apoyo”; y
“La doctora del ambulatorio siempre ha estado muy atenta, hasta nos ha llamado por teléfono. Bueno debe ser que la conoce desde hace mucho tiempo y le ha agarrado cariño”

Así como la ayuda institucional poco efectiva, con observaciones tales como:

“En mi caso no. No ha habido esa necesidad”;
“Si, uno a veces recibe la visita de la enfermera y del médico del ambulatorio, pero hasta ahí, media hora, un ratico y ya”;
“Yo tengo que llevarlo casi todas las semanas al ambulatorio, últimamente ha sido un mal tras otro, y allí pues lo atienden y le dan calmantes, pero....”;
“Bueno, a veces, otras veces cuando se necesita ellos vienen, y otras hay que llevarlo cuando se pueda”;
“Para mi casa no han ido, yo como la llevo a la clínica, será por eso que no van para allá”;
“No, yo tengo que llevar a mi mamá para el hospital. Bueno, que yo sepa y tengo muchos años viviendo por acá, a nosotros nunca nos han visitado, bueno una vez y eso creo que fueron estudiantes de enfermería”; y
“Es rara la vez que ellos pasen por allá. Yo me acuerdo que antes iba una enfermera y un médico, pero no volvieron más. Por allá es a veces tan inseguro”.

En cuanto a las tareas más frecuentes son las que están relacionadas con la satisfacción de las actividades básicas e instrumentales y muestran el grado de satisfacción por el cuidado brindado. (Tabla 23). Es así como:

“En mi caso uno tiene que brindarle sus gustos en lo que pueda”;
“Es verdad, nunca uno debe negarse a su atención, aunque hay días que le provoca no hacer nada, pero sí no es uno ¿Quién lo va a hacer?”;
“Si, la comida y la salud de ellos porque una vez que se enfermen más de lo que están a veces se complica todo”;
“Es verdad, ellos van exigiendo y uno va complaciendo en la medida de lo que se pueda”;

“Lo más importante creo yo, es la comida y los alimentos. El problema está cuando a veces no hay la medicina, que empieza a preguntar ¿Y las medicinas?”; y

“Si, la comida, el baño, y las medicina son las cosas que ella necesita más. A veces por ahí las cuentas del banco, pero eso es rara la vez”

Ser cuidador familiar trae consecuencias, y el **hecho de que el cuidador familiar exprese lo siguiente**, son factores causantes del deterioro psicosocial, entre otros:

“Yo creo que él lo que más necesita es compañía, ya que como vive solito”;

“Estar vigilante de que no se vaya a caer, que las medicinas que le toque dárselas a la hora y que sea la dosis correcta”;

“Yo creo que lo más importante es estar vigilante de la comida, del baño y de las medicinas, eso para un viejito es importante”; y

“A veces tengo que estar con un ojo abierto y otro cerrado, porque de repente se para y uno no sabe qué está haciendo. La otra vez se salió y nadie sabía para dónde se había ido. Hay que estar vigilante todo el tiempo”

Por su parte, la influencia que ejercen las creencias se hace presente, demuestran el sentido de compromiso y de respeto del cuidador familiar hacia el adulto mayor con las cuestiones religiosas y de la iglesia, es decir, que aspectos tales como (Tabla 24):

“Mi mamá es muy religiosa, ella reza el rosario todos los días y a veces hay que acompañarla”;

“No, para nada, mamá es muy creyente en Dios”;

“A veces hay que estar con ella a solas, le gusta orar”;

“Parece mentira, pero el hecho dejarla solo un ratico, como cambia su actitud. Ella reza mucho”;

“Ella cree mucho en Jesucristo, eso hace que se sienta bien, creo yo”;

“Una de las razones por las cuales siente mejoría, es que ella es muy creyente, siempre está atenta a las actividades de la iglesia, y le gusta que el cura la visite” y

“Todos en casa participamos en la iglesia, eso es muy bonito, eso la hace sentir contenta”,

Con relación a la influencia de las creencias en las relaciones se describen las siguientes respuestas:

“Hasta ahora sí. A mí no me dolía nada. Desde que comencé a cuidarla, me salen males a cada rato, y eso afecta hasta en la intimidad”;

*“Va a llegar el momento donde ella va a necesitar más de nosotros, y debemos estar preparados para eso. Dígame si nos enfermamos. ¡Ay Dios mío!;
 “Creo que la dependencia cada vez va a ser mayor”; “Bueno, afectar, afectar, creo que no, pero ojalá y no sea pronto”;
 “Lo que si es cierto es ella exige demasiado, pero hay que atenderla, y esto no ha afectado mi relación todavía”;
 “Lo que afecta es el bolsillo, no tienen nada que ver”;
 “Bueno, si uno se dispone a hacer las cosa bien hechas, no tienen por qué afectar”;
 “Todos los días debo estar para ellos, quién si no soy yo”, y
 “!Bueno no! Ya uno conoce lo que le gusta y lo que ella hace. Ya sé la forma de pensar, hay que ir adelante”.*

Por lo general, se aprecia que las creencias de los adultos mayores no interfieren en las formas de cuidado y en la responsabilidad de los cuidadores hacia ellos.

Con relación a los hábitos, costumbres o tradiciones del adulto mayor que pudieran afectar los cuidados brindados por el cuidador familiar, se aprecia en las siguientes respuestas que a mayor nivel cultural existe una mayor sabiduría:

“Mi mamá a todo le echa limón, si no hay limón en la casa es el acabose (risas)”;
“Uno va viendo las cosas y se adapta”;
“Bueno ella a veces dice cosas que creen que le van a servir. A ella le gusta tomar mucho té de ramas, que si para el dolor de barriga, que si para el dolor de piernas, que si para el dolor de garganta”;
“Ella toma cuanto mejugue le dé uno”;
“Si, a veces lo de las creencias es muy delicado. Se molesta si uno le lleva la contraria”;
“En mi caso mi papá cree mucho en el sereno para la salud, y es verdad, uno sabe que eso hace daño, más si son niños o viejitos que son muy friolentos”, y
“Mi mamá me acompaña muchas veces acá en el abasto, pero cuando comienza a correr brisa, hay que llevarla y darle temprano la comida, ya que se acuesta como las gallinas (risas)”.

Con base a las siguientes respuestas se aprecia que la experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provocando un aumento en la carga del cuidador, las cuales si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados. (Tabla 25):

“Cansancio físico todos los días, pero todos los días uno amanece llena de energía, tengo que atenderla, tengo que hacer, tengo que ir, llevarla de la mano para donde sea, para el baño”;

“Ahora me siento cansada porque me estaban trabajando, echando piso en la cocina, y tengo que estar pendiente de todo”;

“Uno lo hace con ese espíritu de que uno se siente bien al hacerlo, porque uno puede decir no lo voy a hacer o no lo quiero hacer, y ahí no hay para dónde”;

“Llega un momento que uno no quiere hacer más nada, lo que quiere uno es cama”;

“Muchas veces siento que ella requiere de más tiempo o más ayuda del que realmente le puedo yo brindar, y eso a veces se acuesta uno que no sirve para nada, y al otro día a seguir”;

“Bueno, a veces dejo de hacer cosas para mí, o para mi esposos o para los hijos, para cuidarlo a él. Eso me preocupa un poco porque va a llegar el momento de que necesite más de uno”;

“A veces pienso que el hecho de cuidar mucho tiempo a mis papás, afecta los quehaceres de la casa y la atención de los hijos”;

“Yo conozco el caso de un familiar donde el hombre se buscó a otra mujer. La esposa le dedicaba más tiempo a la mamá que a él”, y

“Yo siento que ella depende mucho de mí. Cuando esté más viejita, quién sabe cómo serán las cosas”

De igual manera en las siguientes entrevistas es posible notar la cantidad de tareas que desarrolla el cuidador para cuidar del adulto mayor, lo que permite que más personas dividan las tareas de cuidador. Respuestas tales como evidencian que el cuidador acaba desarrollando múltiples funciones y, muchas veces se convierte en el único cuidador:

“Cansancio así, No”;

“Algunas veces aprovecho cuando ella descansa. No le gusta estar sola, ella dice que ve, que siente, que oye cosas”;

“Yo me olvidé de aquella época en que dormía hasta las 8 y media 9 de la mañana. Todos los días a las 6 y media de la mañana estoy despierto. Uno se adapta al horario, cuando ella está dormidita yo hago otra tarea”;

“Ella sabe dónde estoy siempre. Ella no duerme si no está la luz del baño prendida, y eso me tranquiliza”, y

“A pesar de todo yo trabajo, pero cuando llego a la casa encuentro loza sucia, los cuartos desordenados. Mi esposo me ayuda a veces, pero no todo el tiempo. Cuando yo llego, él hasta ahí, se pone a hacer otra cosa y yo sigo con mi mamá”

Aunque la ayuda del cuidador familiar puede ser necesaria, para el adulto mayor suele resultar difícil aceptarla (Tabla 26). Por lo tanto respuestas tales como:

“Si, lo he sentido, lo tengo que hacer, callada la boca, sin presión física mía, ni mental. Lo debo de hacer y con mucho amor y callada la boca, sin recriminarle nada a nadie”;

“Allá hemos discutido mucho eso. Ella es la mamá de todos nosotros. ¿Por qué yo sí y ellos no? ¡Pero bueno!”;

“A veces hay que hacer las cosas obligadas, que más le toca a uno, pero hay que hacerlo. ¿Quién más si no es uno el que haces las cosas? Mas nadie vela por uno”;

“Yo me siento obligado. Yo soy la única persona con que cuenta ella, yo soy todo para ella. Así pasó con mi papá. Él cuando murió quien lo atendió fui yo, los demás desde lejos. Así pasa ahorita”, y

“Yo lo hago por amor, porque me toca también, pero si no soy yo quien más lo hace en casa? Más nadie!”, evidencia las obligaciones y responsabilidades del cuidador.

Junto con esta pérdida de independencia, es posible que el cuidador familiar también sienta que tiene el control, por lo que respuestas tales como no expresan sensación de pérdida ni de confusión con respecto a quiénes son y a qué pueden aportar ellos a la familia:

“Yo lo hago por amor, con mucho cariño. Mis hijas y yo para ella. Ella dice, yo las quiero son las que están conmigo”;

“Para mí es un privilegio poder darle toda la ayuda que pueda. Es un privilegio tenerla cerca, sentir su calor, que me abrace, que me de besos. Sé que va a ser muy difícil cuando ella no esté. Por eso hay que evitar las peleas”;

“Yo no es que me sienta obligada, es que le he agarrado tanto cariño que a veces pienso en dejarlo solito, y eso que no es familia mía”;

“Acá, o se hace o se hace (risas). Lo más importante es que se haga. Cuando uno ya no pueda más pues vendrá otro. Aunque falta mucho tiempo para eso. ¡La mamá es la mamá!”, y

“Pues yo no siento que esté obligada, pero que más, hay que hacerlo”

Asimismo, proporcionar el cuidado para los adultos mayores puede ser una experiencia satisfactoria. En este sentido experiencias positivas demuestran el grado de compromiso que el cuidador familiar posee con el adulto mayor. (Tabla 27):

“Todos los días me contaba los días que estaba por allá, yo sufría. Cuando no quiere comer le digo que me voy a estar tres días por fuera....”;

“Si uno lograr coordinar los horarios uno puede disfrutar tranquilamente”;

“Bastante, no me imaginé que yo fuera ser su enfermera”;

“Uno, aprende o aprende. No queda de otra, como dicen los mexicanos (risas)”;

“Yo como tuve que lidiar con mi papá, pues se me ha hecho más fácil. Aunque a veces me cuesta para el momento del baño, yo siento que a ella le da pena, pero yo como si nada”;

“Mis padres como murieron cuando yo estaba pequeña, Dios me ha dado la oportunidad de cuidar a éste Señor. Yo me siento bien aunque haya gente que me critique”, y

“Entre uno mejor la cuide, creo que va a tener menos problemas, creo yo”

Al contrario de las experiencias anteriores, algunos cuidadores manifestaron los siguientes aspectos relacionados con la falta de experiencia, incertidumbre y temor durante el cuidado al adulto mayor, por lo que se observa a un cuidador familiar preocupado, bien sea por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor:

“Hay que pedirle mucho a Dios para tener mucha fuerza de voluntad; “Yo creo que esto es una bendición”;

“No he tenido la oportunidad de dejarlos solos por mucho tiempo”; “....ver a mamá en el estado en que está, me duele mucho, porque era una mujer muy activa, una mujer que compraba la prensa todos los días, y esas cosas a mí me afectan....”;

“Yo voy con el tiempo. Esa semana la soledad fue demasiado, el no sentirla, el no verla en ningún lado de la casa fue terrible, entonces la llamaba tres veces al día”;

“Eso es lo que estoy pensando a futuro, yo sé que eso va a suceder”; “Fue muy angustiante no tenerla”, y

“Yo le pido a Dios que me de mucha fuerza para cuando llegue ese día. No sé, me irá a hacer falta, creo yo”

Por último, en cuanto a las respuestas y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar basada en la relación con los familiares del adulto mayor que cuida (Tabla 28), está claramente establecida que los familiares deben tomar las decisiones. Respuestas tales como, es permitir que los adultos mayores ejerzan sus derechos y, dentro de ellos, el ejercicio de su autonomía, lo que trae como consecuencia una relación favorable y fructífera entre los familiares:

“Bueno mire, yo me la llevo bien con todos. Aquí lo que hay es que tener ¿Cómo se dice? ¡Mucha voluntad!”;

“La familia es una ayuda para muchas cosas, pero para participar en el cuidado de una persona, ahí es dónde está el detalle”;

*“Bueno yo me la llevo bien. Mamá está conmigo desde que murió papá. Mis hermanos siempre vienen, le traen frutas, se están un rato con ella, me ayudan a cuidarla, y eso hay que reconocerlo”, y
¡Hasta ahora todo bien gracias a Dios. Nosotros somos muy unidos. Siempre estamos pendientes de las cosas que hagan falta, de las medicina que es lo que más ellos gastan”*

De igual manera, cualquier decisión es el resultado del derecho de autonomía o autodeterminación del adulto mayor, lo que puede acarrear situaciones de conflictos. Tal es el caso de las siguientes respuestas que muestran la relación poco favorable para fortalecer el cuidado:

“Son mis hermanos, a veces los peleo porque no ayudan, solo están ahí los fines de semana o cuando hay un cumpleaños o una reunión familiar, del resto nada que ver”;

“Ella tiene razón, la familia ayuda y no ayuda (risas)”;

“Yo conozco a los hijos del Señor Francisco pero ellos como si nada. Es rara la vez que me preguntan por su papá. Dios, cómo puede haber gente así, tan indiferente. ¡Es su papá!”;

“Pues nosotros somos dos nada más. Mi hijo que vive acá en Mérida viene de vez en cuando, pero hasta ahí. La familia está tan vieja que ya cada quien anda por su lado”, y

“Bien, pero como les dije, ellos solo vienen por un rato o preguntan por teléfono por ella. A veces ni los llamo, ¡Ellos sabrán!”

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Criterio de validez y ventajas del estudio

Un aspecto considerado en el presente trabajo de investigación es la calidad de la información recopilada. Cabe recordar que la investigación sigue la perspectiva cualitativa, la cual persigue el saber de los procesos de identidad de los sujetos teniendo en cuenta el valor del discurso emitido. (Colina y Medina, 1997). Asimismo, la evaluación es básicamente inductiva-deductiva, ya que los aspectos más importantes e interesantes, se hizo haciendo el juicio subjetivo como investigador con base a la representación social como base en el diseño, por lo que se asume que las acciones sociales se producen en los cuidadores familiares, según su forma de percibir, entender, interpretar, juzgar y organizar su mundo.

Con base a lo anterior cada una de las respuestas fue cotejada haciendo uso del sistema de triangulación de información, así como la confirmabilidad a través de las técnicas de recolección, análisis e interpretación de la información proporcionada por los cuidadores familiares.

Por otro lado el significado contextual estuvo relacionado con la experiencia en el área de la enfermería comunitaria, en cuanto a la temática tratada. Es decir, el nivel de comprensión, los medios de información y el ambiente se justifican con la participación activa del investigador en el momento de recolectar la información. Asimismo, el grado de homogeneidad fue alto; las respuestas recabadas coinciden en muchos aspectos, por lo que la saturación se alcanzó una vez comenzada la repetición de la información por parte de los entrevistados.

La investigación posee consistencia interna en cuanto a procedimientos y validación de la información recabada, la cual se puede extrapolar a diferentes ambientes y situaciones relacionadas con la salud. Posee también fiabilidad ya que refleja la coherencia de las observaciones de los grupos focales con las respuestas u observaciones proporcionadas, ya que las notas fueron tomadas durante la actividad en grabadoras.

En cuanto a las ventajas que muestra el estudio, se encuentran las relacionadas con el investigador, el cual mantuvo una postura neutral, así como el manejo de los criterios éticos y profesionales que facilitaron la recabación de la información; el nivel de validez y fiabilidad de la investigación que se hizo con el respaldo de los datos recolectados; el ambiente de trabajo, el cual fue un lugar cómodo y aceptado por los cuidadores familiares, y el análisis de la información que se hizo fue siguiendo la agrupación de las categorías, cada una con sus respectivas sub-categorías emergentes con sus código vivo.

Www.bdigital.ula.ve

5.2. Perfil de salud del cuidador familiar y del adulto mayor y cuidados que le provee el cuidador al familiar.

Con relación a la distribución por edad y género del cuidador familiar del adulto mayor, cerca de un tercio de los cuidadores tienen 35 a 39 años de edad; un cuarto están en el grupo de 40 a 44 años y un quinto de ellos en el grupo de 45 y más años. En cuanto al género la mayoría de los cuidadores familiares es de género femenino, para una razón de mujeres cuidadoras con respecto a los hombres de 3/1, así como un tercio de los cuidadores hombres tienen 35 o más años de edad, y entre las cuidadoras mujeres se encontró la edad del cuidador entre los 35 a 44 y más años con cerca de un quinto de la población entrevistada.

Como aspecto más llamativo el perfil de quienes cuidan a las personas mayores, según Rodríguez (1995), es el género femenino. Más de la mitad son mujeres, lo que implica

desigualdad en el reparto de las obligaciones en la casa, lo que con el paso del tiempo, la tendencia es al alza.

En cuanto al estado civil la mitad de los cuidadores familiares está casado (a), más de la mitad son hijos mientras que el resto son hermanos, hijos, yernos u otros (familiares)

La iniciativa para iniciar la prestación de la ayuda procede, en la mayor parte de los casos del propio cuidador/a y, en un segundo término, se trata de una decisión familiar. En este aspecto las respuestas presentan grandes diferencias según el grado de parentesco que les une a la persona mayor, pues para los cuidadores que son familia política de los mayores la presión del entorno familiar parece resultar mayor. Acá pudiera pensarse, que el sentido de obligación moral provoca emociones positivas en la relación de ayuda y, al mismo tiempo, sentimientos encontrados ante la dificultad de conciliarlos con la vida personal y el trabajo.

Con relación al nivel de instrucción y el tiempo de cuidado del adulto mayor, cerca de un tercio de los cuidadores familiares tienen son profesionales y tiene más 4 a 6 años cuidando al adulto, ocupando más de 12 horas diarias de cuidado. Asimismo, más de mitad de la población tiene una situación laboral activa mientras que el cerca de la mitad económicamente no son activos, por lo que pudiera repercutir de alguna manera en el ingreso familiar, en vista de que 13 de los entrevistados son profesionales, pero que el ejercicio de éste, puede implicar mayor desgaste en el cuidado del adulto mayor. Esto demuestra que el grado de dependencia del anciano del familiar es alto, por lo que el riesgo de cansancio del cuidador también será mayor en la medida de que las actividades instrumentales de la vida diaria cada vez sea más satisfechas por el familiar.

De acuerdo a la sobrecarga del cuidador familiar a través de la Escala de Zarit, la mitad de los cuidadores familiares presentaron sobrecarga del cuidado. En este sentido, 12 de los 23 cuidadores, entre otros aspectos, consideran que han perdido el control sobre su vida desde que están al cuidado del adulto mayor, así como desearían poder encargar el cuidado de su

familia o paciente en todo caso, a otra persona. Así mismo, la mayoría de los entrevistados manifestaron que se sienten avergonzados por el comportamiento de su familiar, lo que pudiera incidir en el cansancio del cuidador, y dificultad en el desempeño del rol.

Más de la mitad de los cuidadores familiares tienen 35 o más años de edad y son en su mayoría de género femenino, es decir, una razón de mujeres cuidadoras con respecto a los hombres de 3/1. De manera que por cada 3 mujeres que se encargan del cuidado de los adultos mayores un hombre ejerce este rol, y la mayoría de ellos tienen 35 o más años; un poco más de la mitad de los cuidadores familiares están casados, así como más de la mitad son esposos o esposas de los adultos mayores; el total de la población entrevistada son alfabetos funcionales, y más de la mitad tienen menos de 3 años hasta 6 años cuidando al adulto.

Estos resultados concuerdan con el perfil de la mayoría de los casos de una investigación realizada por Velasco, Ortiz, González y Rojas (*ob. cit.*), en el sector Don Tobías de Trujillo, la cual el 73% eran mujeres. Así como el realizado por Barrera y Duarte (2007), donde el 90% de los cuidadores no Profesionales pertenece al género femenino, lo cual confirma la teoría sobre el hecho de que el papel de cuidador familiar generalmente es asumido por las mujeres, sean estas esposas, hijas o hermanas, debido a que la mujer es considerada como cuidadora “natural”. Asimismo, los cuidadores familiares son entre otras personas, familiares directo del anciano. La esposa o el esposo por lo general son cuidados por sus hijos, sobrinos o hermanos. Resultados que se asemejan a los encontrados por Velasco y col. (*ob. cit.*), cuando señalan que el 54% o más de los cuidadores son hermanas (os) o hijas (os).

Tradicionalmente, han sido las familias las que han asumido el cuidado de las personas dependientes, a través de lo que ha dado en llamarse “apoyo informal”. Para ser más exactos, habría que puntualizar que esa función ha recaído y recae, casi en exclusiva, en las mujeres del núcleo familiar, (esto es, en las madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas

dependientes), y, dentro de éstas, en las mujeres de mediana edad, sobre todo en el grupo formado por las que tienen entre 45 y 69 años. (IMSERSO, 2004)

Por otro lado, un tercio de la población estudiada le ocupa más de 12 horas diarias dedicadas al cuidado del adulto mayor; más de la mitad tiene una situación laboral activa mientras que cerca de la mitad no son activos, por lo que pudiera repercutir de alguna manera en el ingreso familiar, en vista de que 7 de los 23 entrevistados son profesionales, pero que el ejercicio de éste, puede implicar mayor desgaste en el cuidado del adulto mayor. Esto demuestra que el grado de dependencia del anciano del familiar es alto, por lo que el riesgo de cansancio del cuidador también será mayor en la medida de que las actividades instrumentales de la vida diaria cada vez sea más satisfechas por el familiar, por lo que desarrollar la labor de cuidador requiere un alto grado de paciencia, para evitar el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar.

Con la aplicación del Test de Zarit, más de la mitad de los cuidadores familiares presentaron sobrecarga intensa, solo 3 de los 23 cuidadores no presentó sobrecarga del cuidado. En este sentido, 12 de los 23 cuidadores, entre otros aspectos, consideran que han perdido el control sobre su vida desde que están al cuidado del adulto mayor, así como desearían poder encargar el cuidado de su familia o paciente en todo caso, a otra persona. Así mismo, la mayoría de los entrevistados manifestaron que se sienten avergonzados por el comportamiento de su familiar, lo que pudiera incidir en el cansancio en el rol de cuidador. Situación que se desarrolla a través del tiempo y se presenta en las personas que asumen el cuidado en particular de una persona que presenta algún tipo de limitación o dependencia, y se va desarrollando paulatinamente al ir asumiendo actividades que implican de manera continua carga física y psíquica. (González, 2002).

Cuando se considera el desgaste del cuidador como una variable de estudio, es importante tomar en cuenta las patologías asociadas de los ancianos. Las enfermedades crónico - degenerativas hace tender a la dependencia de otras personas para sus cuidados. En este sentido, las actividades instrumentales de la vida diaria estarían muy limitadas sobre todo, las que requiere de mayor esfuerzo físico, por lo que la ayuda del cuidador familiar en este momento, cobra mayor importancia.

En cuanto al perfil de salud y capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor, un poco más de un tercio de los adultos mayores están en el grupo de edad de 65 a 69 y 70 a 74 años, de los cuales casi la mitad son de género femenino, para una razón de ancianas con respecto a los ancianos de 3/1. Más de la mitad de los adultos entrevistados tienen pareja y el resto son solteros, viudos o divorciados, lo que demuestra el alto índice de dependencia que tienen los ancianos de sus hijos o de otro familiar. Según el nivel de instrucción y número de hijos, un poco más de los adultos mayores tienen la primaria incompleta, mientras que el resto, han completado la primaria, la secundaria o son profesionales.

Con relación al número de hijos, un poco más de la mitad tiene 3 o menos hijos y cerca de tres cuartos de los adultos mayores están jubilados, lo que significa que en todos los hogares hay alguna entrada económica. De igual manera, casi la totalidad de los adultos mayores tienen alguna patología asociada, de los cuales un poco más de un tercio son diabéticos más hipertensos. Todas estas enfermedades son crónico - degenerativas lo que hace tender a la dependencia de otras personas para sus cuidados. En este sentido, las actividades instrumentales de la vida diaria estarían muy limitadas sobre todo, las que requiere de mayor esfuerzo físico, por lo que la ayuda del cuidador familiar en este momento, cobra mayor importancia. Esto se enfatiza con cerca de la mitad de los adultos mayores que son dependientes, un tercio de ellos dependientes intermedios y el resto independientes.

En este sentido, las actividades instrumentales que determinan la capacidad funcional de los adultos mayores se detalla de la siguiente manera: los adultos mayores son capaces de utilizar el teléfono por iniciativa propia, buscar y marcar los números, marcar bien algunos números conocidos y contestar el teléfono, pero no de marcar, pero, 2 de ellos si son capaces de utilizar el teléfono en absoluto.

En lo que respecta al ir de compras, más de la mitad de los entrevistados necesitan ir acompañados, así como la mayoría de los adultos mayores necesita que le preparen y le sirvan las comidas, solo cuatro (4) de ellos prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes necesarios.

En cuanto al cuidado de la casa un tercio y la mayoría es incapaz de realizar la tarea ya que el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona, mientras que el 13% de ellos lava por sí mismo o misma pequeñas prendas como medias por ejemplo. Solo tres (3) de ellos lava por sí mismo (a) toda su ropa.

Con relación al uso del transporte, llama la atención que la mayoría de los entrevistados son capaces de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte; otros viajan en transporte público cuando van acompañados por otra persona, mientras que otros utilizan el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otras personas.

Respecto a su medicación, cerca de tres cuartos de los adultos mayores toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas; un poco más de la mitad es incapaz de manejar dinero; un cuarto de ellos realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras o ir al banco, y un poco menos de un cuarto maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga, recibos y facturas, va al banco), recoge y conoce sus ingresos. En este sentido, la programación de actividades debe contemplar el tiempo para los cuidados personales. Igualmente, un poco más de un tercio de los cuidadores familiares presentaron signos y síntomas de sobrecarga leve, así como de

sobrecarga intensa, lo que da a entender que si no se toman las medidas correctas para su cuidado los padecimientos producto del desempeño van a ser cada vez mayores. Estos resultados muestran la tendencia al cansancio del cuidador familiar del adulto mayor.

Entre los aspectos que resaltan más y que muestran la tendencia hacia la sobrecarga del familiar se encuentran: la solicitud de más ayuda de la que realmente necesita, estrés al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades, vergüenza por el comportamiento de su familiar/paciente, por creer que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa, por sentir que su familiar/paciente depende de él o ella, por sentirse agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente, porque cree que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente, por sentir que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente, por creer que su familiar/paciente espera que le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar, y por creer que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos.

En lo que respecta a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) del adulto mayor, casi la mitad de los adultos son dependientes, lo que significa un mayor trabajo para los cuidadores, por lo que las oportunidades de satisfacción personal se ven limitadas, así como las del disfrute de la intimidad de las parejas. En este sentido, la programación de actividades debe contemplar el tiempo para los cuidados personales. Igualmente, un poco más de un tercio de los cuidadores familiares presentaron signos y síntomas de sobrecarga leve, así como de sobrecarga intensa, lo que da a entender que si no se toman las medidas correctas para su cuidado los padecimientos producto del desempeño van a ser cada vez mayores. Estos resultados muestran la tendencia al cansancio del cuidador familiar del adulto mayor.

Entre los aspectos que resaltan más y que muestran la tendencia hacia la sobrecarga del familiar se encuentran: la solicitud de más ayuda de la que realmente necesita, estrés al tener

que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades, vergüenza por el comportamiento de su familiar/paciente, por creer que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa, por sentir que su familiar/paciente depende de él o ella, por sentirse agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente, porque cree que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente, por sentir que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente, por creer que su familiar/paciente espera que le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar, y por creer que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos.

En cuanto a los cuidados que el cuidador familiar le provee al adulto mayor en el hogar, el cuidador ayuda “Casi Siempre” en las actividades de la casa (cocinar, lavar, planchar), así como para la higiene personal; entre “Casi Siempre” y “Frecuente” los cuidadores ayudan para el transporte fuera del domicilio, así como “Casi Siempre” para el desplazamiento en el interior del domicilio. Igualmente, la mayoría de los cuidadores “A veces” ayuda para la administración del dinero y bienes, así como es “Frecuente” la ayuda para las tomas del medicamento, en la facilitación en el uso del teléfono, en la solución a situaciones conflictivas, y en ayudarlo a comunicarse con los demás cuando existe dificultad para hacerlo.

Necesidades básicas como la alimentación, se ven generalmente afectadas por la capacidad funcional. Los adultos mayores por diferentes factores no tienen un adecuado acceso y consumo de alimentos, aspecto que puede considerarse como un factor deteriorante de su estado de salud, lo que contribuye a los procesos de fragilización en esta etapa. Dichos cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional, convirtiéndose en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a

enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida (Rubio, 2002).

La mayoría de los cuidadores familiares “Casi Siempre” provee cuidados al adulto mayor en el hogar. Todos de alguna manera colaboran con la higiene personal y con el transporte, así como para el desplazamiento en el interior del domicilio, con la administración del dinero y bienes, para la toma del medicamento, en la facilitación en el uso del teléfono, en la solución a situaciones conflictivas, y en ayudarlo a comunicarse con los demás cuando existe dificultad para hacerlo.

En cuanto al nivel educativo y actividad laboral, más de la mitad de los cuidadores cuentan con la secundaria completa y son profesionales, así como más de la mitad tiene una situación laboral activa por lo que repercute de manera positiva tanto en el ingreso familiar como en el cuidado del adulto mayor; situación comparable con un trabajo realizado por Giraldo, Franco, Correa, Salazar y Tamayo (2006), cuando señalan que el ingreso familiar promedio de la mayoría de los cuidadores es menor de dos salarios mínimos legales mensuales y que comparten el papel de cuidadora con otro. Igualmente refieren que el 64,1% están sin actividad económica remunerada.

En cuanto al nivel educativo y actividad laboral, más de la mitad de los cuidadores cuentan con la secundaria completa y son profesionales, así como más de la mitad tiene una situación laboral activa por lo que repercute de manera positiva tanto en el ingreso familiar como en el cuidado del adulto mayor; situación comparable con un trabajo realizado por Giraldo y col (*ob. cit*), cuando señalan que el ingreso familiar promedio del 89,7% de los cuidadores es menor de dos salarios mínimos legales mensuales y que el 79,5% comparten el papel de cuidadora con otro. Igualmente refieren que el 64,1% están sin actividad económica remunerada.

Con respecto perfil de salud del cuidador familiar, el perfil de salud y capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor y los cuidados físicos, biológicos, afectivos – espirituales y sociales que les provee el cuidador familia, se concluye lo siguiente:

1. Como aspecto más llamativo el perfil de quienes cuidan a las personas mayores es el género femenino. Más de la mitad son mujeres, lo que implica desigualdad en el reparto de las obligaciones en la casa, lo que con el paso del tiempo, la tendencia es al alza.
2. La iniciativa para iniciar la prestación de la ayuda procede, en la mayor parte de los casos del propio cuidador/a y, en un segundo término, se trata de una decisión familiar. En este aspecto las respuestas presentan grandes diferencias según el grado de parentesco que les una a la persona mayor, pues para los cuidadores que son familia política de los mayores la presión del entorno familiar parece resultar mayor. Acá pudiera pensarse, que el sentido de obligación moral provoca emociones positivas en la relación de ayuda y, al mismo tiempo, sentimientos encontrados ante la dificultad de conciliarlos con la vida personal y el trabajo.
3. Más de la mitad de los cuidadores familiares tienen 35 o más años, y por cada 3 mujeres que se encargan del cuidado de los adultos mayores un hombre ejerce este rol. Un poco más de la mitad de los cuidadores familiares están casados, así como más de la mitad son esposos o esposas de los adultos mayores; el total de la población entrevistada son alfabetos funcionales, y más de la mitad tienen menos de 3 años hasta 6 años cuidando al adulto.
4. Asimismo, los cuidadores familiares son entre otras personas, familiares directo del adulto mayor, y tradicionalmente, han sido las familias las que han asumido el cuidado de las personas dependientes, a través de lo que ha dado en llamarse “apoyo informal”.

5. Por otro lado, un tercio de la población estudiada le ocupa más de 12 horas diarias dedicadas al cuidado del adulto mayor; más de la mitad tiene una situación laboral activa mientras que cerca de la mitad no son activos, por lo que pudiera repercutir de alguna manera en el ingreso familiar, en vista de que 7 de los 23 entrevistados son profesionales, pero que el ejercicio de éste, puede implicar mayor desgaste en el cuidado del adulto mayor.
6. Con la aplicación del Test de Zarit, más de la mitad de los cuidadores familiares presentaron sobrecarga intensa.
7. Cuando se considera el desgaste del cuidador como una variable de estudio, es importante tomar en cuenta las patologías asociadas de los ancianos. Las enfermedades crónico - degenerativas hace tender a la dependencia de otras personas para sus cuidados. En este sentido, las actividades instrumentales de la vida diaria estarían muy limitadas sobre todo, las que requiere de mayor esfuerzo físico, por lo que la ayuda del cuidador familiar en este momento, cobra mayor importancia.
8. En lo que respecta a las actividades instrumentales de la vida diaria cerca de la mitad son dependientes, lo que significa un mayor trabajo para los cuidadores, por lo que las oportunidades de satisfacción personal se ven limitadas, así como las del disfrute de la intimidad de las parejas.
9. Igualmente, un poco más de un tercio de los cuidadores familiares presentaron signos y síntomas de sobrecarga leve, así como de sobrecarga intensa, lo que da a entender que si no se toman las medidas correctas para su cuidado los padecimientos producto del desempeño van a ser cada vez mayores. Estos resultados muestran la tendencia al cansancio del cuidador familiar del adulto mayor.
10. Entre los aspectos que resaltan más y que muestran la tendencia hacia la sobrecarga del familiar se encuentran: la solicitud de más ayuda de la que realmente necesita, estrés al

tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades.

11. En cuanto a los cuidados que el cuidador familiar le provee al adulto mayor en el hogar, “Casi Siempre” en las actividades de la casa (cocinar, lavar, planchar); “Casi Siempre” y “Frecuente” los cuidadores ayudan para el transporte fuera del domicilio, así como “Casi Siempre” para el desplazamiento en el interior del domicilio.
12. Necesidades básicas como la alimentación, se ven generalmente afectadas por la capacidad funcional. Los adultos mayores por diferentes factores no tienen un adecuado acceso y consumo de alimentos, aspecto que puede considerarse como un factor deteriorante de su estado de salud, lo que contribuye a los procesos de fragilización en esta etapa.

5.3 Percepción que posee el cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado brindado al adulto mayor. (Ver Anexo 3)

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Tiempo a cargo del cuidado del adulto mayor.

Con base al código vivo se generaron subcategorías relacionadas con la disposición, la responsabilidad y del grado de compromiso, y la distribución de roles y división del trabajo del cuidador familiar. Esto depende de la habilidad para cuidar, el tiempo dedicado a ello y el grado de dependencia del adulto mayor, que son aspectos que guardan relación para determinar la percepción del cuidado y su influencia en la calidad de vida del cuidador familiar del adulto mayor.

Los resultados muestran que la habilidad de cuidado, en general, se encuentra poco desarrollada, y que no tiene asociación con el grado de dependencia. Se evidencia que a mayor tiempo de cuidado, los cuidadores reflejan más compromiso y disposición para hacerlo. A diferencia de lo que describe Rojas (2007), al señalar que “a mayor tiempo de cuidado reflejan menos paciencia”. Las personas que por cronicidad han llegado a la dependencia, generalmente requieren de un cuidador o una persona que supla algunas o sus necesidades cotidianas y lo apoye emocional y espiritualmente.

El tiempo a cargo del cuidado del adulto mayor, es un aspecto que se contempló en esta investigación. Se evidencia que a medida que pasa el tiempo el cuidador familiar desarrolló habilidades con base al grado de compromiso con el cuidado del adulto mayor. Cuando el cuidador toma la determinación de cuidar al adulto mayor, no proyecta cuánto tiempo pueda durar ejerciendo este rol, lo que permite la creación de una relación única. Esto se aprecia en el sentido de que los cuidadores familiares en su mayoría, a pesar del tiempo de cuidado, manifestaron su compromiso con el familiar.

En este sentido según Nkongho (1999), el cuidado es multidimensional, con componentes de actitud y elementos cognitivos; con potencial para cuidar presente en todos los individuos; el cuidado se puede aprender, y que el cuidado es cuantificable. El cuidado compromete la participación humana, y con ella el cuidador desarrolla habilidades en el cuidado de su familiar y de sí mismo.

Con relación a la distribución de roles y división del trabajo, de acuerdo a Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006), el principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia: “...pero en la casa gracias a Dios, somos varios y nos turnamos, pero a veces me toca a mí más que a ellos”; “Lo que sí es cierto que como yo he estado con ellos, pues me ha tocado a mí. Mis hermanos a veces están y otras veces no están”; “...aunque desde hace 5 años para acá yo me le he dedicado más tiempo, ya que todos mis

hermanos se casaron y se fueron”; “...gracias a Dios no estoy sola, pero sí soy la que más le mete la mano”; “He aprendido muchas cosas solita, ¡Pero que más!”

La familia del adulto brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. Aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados (Sánchez, 1994).

Cuando se habla de cuidado informal se está hablando mayoritariamente del apoyo ofrecido por miembros de la red familiar inmediata; pero la distribución del rol de cuidador no es homogénea en las familias. El perfil típico de la persona cuidadora principal es el de una mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (por lo general, madre, hija o esposa) y que convive con la persona a la que cuida (IMSERSO, 2002). Género, convivencia y parentesco son las variables más importantes de cara a predecir qué persona del núcleo familiar va a ser la cuidadora principal. El hecho de que la atención informal sea mayoritariamente femenina pone de manifiesto las cargas diferenciales de cuidado entre hombres y mujeres. (García y Gutiérrez, 1999). Sin embargo, el colectivo de cuidadores está compuesto también por un variado número de personas de muy diferente perfil. Se trata de un colectivo heterogéneo y en el que, por supuesto, existen varones que también desempeñan estas tareas.

La teoría de la socialización plantea que existe una diferenciación y división de roles, que relaciona a la mujer con el ámbito o la esfera privada o doméstica, y al hombre con la esfera exterior. Esta división lleva a que se considere como algo natural o lógico que la mujer se ocupe del cuidado, por pertenecer éste al ámbito de lo privado, considerándose en cambio poco natural su asunción por parte de un varón, por quedar fuera de su esfera habitual. Estos roles, que las personas asumen, se aprenden, principalmente, en el proceso de socialización

primaria, mediante una internalización de las normas sociales o culturales, rechazándose así explicaciones biológicas o sociales de los roles de género. En consecuencia, serían las personas las que en función con los roles aprendidos optarían por aquellas funciones asociadas a su rol. (Barrera, Galvis, Moreno, Pinto, Pinzón, Romero y Sánchez, 2006)

La familia se ha visto afectada por su tendencia a pasar de extensa a nuclear, por su restricción de espacio de vivienda y por el cambio de rol de la mujer, que ha comenzado a ser eje central del mercado laboral, pero a pesar de ello, continúa teniendo el rol de cuidadora de las personas con enfermedad como una de sus principales responsabilidades. Las familias tratan de organizarse y sobreponerse para afrontar de la mejor forma estas demandas de cuidado. Con alguna frecuencia, debido a la poca habilidad con que cuentan como cuidadores, se producen sentimientos de impotencia ante la responsabilidad (Davidhizar, 1992); estos sentimientos varían dependiendo de la edad, el género, la cultura, pero siempre están presentes y generan un elevado nivel de estrés. (Mui, 1992). Muchas personas, sin embargo, le dan un significado muy profundo a la experiencia de cuidado de un familiar con enfermedad crónica, lo que los hace sentirse útiles e importantes. (Sánchez, 2001)

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Motivos para la responsabilidad del cuidado.

Es importante tener en cuenta que el cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimiento. Estas personas, pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en la mayoría de los casos conviven con ella. En este sentido, con base la subcategoría “solidaridad y abandono”, se observa a cuidadores familiares que decidieron asumir la responsabilidad del

cuidado del adulto mayor, independientemente de las circunstancias por las que llegaron a ejercer este rol.

Los motivos por los cuales el cuidador familiar decide cuidar al adulto mayor, se expresan en los siguientes códigos vivo: “....él era muy activo...yo como nunca me fui, no me botan, sigo siendo la niña de mi casa. Eso es una bendición”; “En mi caso yo vivo al lado de la familia, y desde un tiempo para acá, él ha quedado solo, los hijos, bueno si se pueden llamar hijos, lo han dejado solito”; “El pobre antes trabajaba, yo lo veía todos los días pero llegó un momento que no lo veía mucho, y eso me llamó mucho la atención....”; “Yo vivía en Caracas....pero por cuestiones de trabajo me vine... desde entonces he tenido el privilegio de tenerla”; “...Al principio fue fuerte porque éramos muchos, pero la cosa ha cambiado, ya cabemos en la casa por lo menos”

Cuando los padres entran en la vejez y no pueden cuidarse por sí mismos pasan a ser cuidados por otras personas e instituciones lo que puede provocar fricciones, por lo general muy serias, llegando a convertirse en una crisis que algunos llaman de desvalimiento (Gómez, 2003). Según Alonso, Sansó, Díaz, Navarro y Carrasco (2007), la mejor solución es la “aceptación realista de las fuerzas, limitaciones y las habilidades para permitirse ser independiente por parte del anciano y que el hijo adulto, tenga la habilidad de aceptar el papel de cuidador y simultáneamente siga siendo hijo” (p. 33).

Por otro lado, una de las primeras crisis de la edad madura es a menudo una crisis de desgaste, desánimo y desilusión, por la experiencia que vive el anciano al verse, de pronto, no aceptado, abandonado. Y ello sin razón objetiva alguna, puesto que él se siente todavía como ser vigente y capaz de servir (OPS - OMS, 2002). Esta es una crisis que se ve agudizada por las pérdidas que va viviendo el adulto mayor, pérdida del trabajo donde se sentía útil, pérdida de los compañeros de labores más jóvenes a los que ya deja de frecuentar y pérdida de seres queridos y amigos que van muriendo. Si no se compensan por medio de un buen manejo del

campo afectivo, emocional e intelectual, no será nada raro que el anciano se sienta invadido de perjudiciales sentimientos negativos, que afectarán su autoestima.

Con base a lo anterior, puede observarse la forma en que la sociedad ha cambiado con el transcurso de los tiempos, de una sociedad donde la figura principal y más respetada era el adulto mayor a quien se le solicitaba consejos y eran escuchados, a la presente que es totalmente a la inversa. A ésta esta edad aumentan los gastos farmacológicos y los cuidados personales y la sociedad no le da oportunidad de obtener un mayor ingreso. Es por esto que muchas veces la familia no está dispuesta a aceptar pérdidas o gastos ocasionados por el adulto mayor, y lo único que desean muchas veces, es dejarlos en algún centro asistencial para que se hagan cargo. En el caso que el paciente se quede en una institución de atención al adulto, existe el riesgo a quedar en abandono por parte del familiar.

Esta situación se da especialmente en los adultos mayores y en pacientes terminales, en ambos casos son pacientes no productivos, y esto queda demostrado por los siguientes relacionado con la capacidad funcional limitada: *“Bueno a parte de mamá, ya papá tiene 87 años. Él está bastante decaído, sufre de la cadera, entonces hay que ayudarlo....”*; *“.resulta que ya empezaba a sentirse muy malito, los dolores de las rodillas no lo dejaban caminar”*.

En el hogar se puede producir la situación que el paciente por un lado sea aceptado como tal y la familia se preocupa por él, pero, la presión del medio ya sea trabajo, estudios lo apartan del adulto mayor y este va quedando abandonado, otras veces puede ser, porque, la familia no entiende el proceso que vive el adulto mayor y lo encuentra un estorbo que no quiere cooperar, y en consecuencia lo apartan, lo abandonan.

La vejez es mayoritariamente femenina, debido a que la mayoría de las personas ancianas son mujeres en las sociedades avanzadas, los efectos de la vejez se dejan sentir especialmente en los hombres por lo dramático que para ellos resulta (Padilla, 2003). Los ancianos que viven en pareja y además de ello tienen un gran número de hijos, se convierten en elementos

muy beneficiosos para su salud y el disfrute de su bienestar, donde la vida en familia resulta ser un elemento que protege la salud, pues a estas edades la familia adquiere un lugar relevante y se constituye la fuente fundamental de bienestar (González, 2006)

Estudios realizados demuestran que la ancianidad es una etapa vulnerable de la vida, relacionada con el incremento de la inadaptabilidad en el núcleo familiar, donde se manifiestan sentimientos de soledad y tristeza, que en ocasiones devienen conducta suicida. En este grupo etario, cuando el anciano no vive solo, o sea, o forma parte de un núcleo familiar donde viven adultos y jóvenes como eje y sostén socioeconómico de la familia y si en esa familia se manejan correctamente las categorías del APGAR familiar, entonces este grupo etario no tendrá serias dificultades. Los resultados obtenidos en este estudio al respecto, coinciden con los obtenidos por estos autores (Mirón, 2005).

En cuanto a la capacidad funcional limitada como elemento para brindar los cuidados al adulto mayor, la familia en su rol de cuidadora tiene como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evitando los problemas psicopatológicos de la institucionalización tales como la despersonalización, el abandono, la negligencia, la medicalización exagerada y falta de afecto. (Carrasco, 2005)

La tendencia a favor de una vejez activa procura que el anciano conserve su independencia, su libertad de acción y su iniciativa, de manera que sea capaz de elegir el mayor número de opciones en su vida, sin desconocer la realidad de que la gente de mayor edad es menos capaz de ejercer su independencia, tiene menos eficiencia en su trabajo y es más vulnerable a las enfermedades (Barrios, 1993).

La condición de fragilidad coloca al adulto mayor en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica; se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia, y en última instancia, hacia la muerte (Batzán, Valero, Regalado y Carrillo,

1997). De acuerdo a la OPS (2003), ha definido como adultos mayores frágiles a los que padecen o están en riesgo de presentar los llamados “Gigantes de la Geriatria” o las cinco I: Inmovilidad, Inestabilidad, Incontinencia, Deterioro Intelectual y la Iatrogenia.

La aparición de las patologías en la vejez también llega como un evento decisivo a las familias que de ser un evento se convierte en un proceso. Una gran parte de los mayores con malas condiciones de salud tienden a vivir en familias con dos o más generaciones, presumiblemente con un mayor número de integrantes. Mientras que los que mantienen un mejor estado de salud viven en hogares unipersonales o nucleares con hijos solteros (Robles, 2001).

Con base a los resultados, el cuidador familiar busca el máximo bienestar para el adulto mayor, y queda reflejado el grado de compromiso con el familiar en vista de que la capacidad funcional está limitada para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Se aprecia además, el interés por unas relaciones positivas con el adulto, enfatizando la autodeterminación y la independencia en la medida de lo posible.

Por último, para muchas familias a las situaciones de divorcio, separación y muerte representan momentos de crisis, teniendo un efecto significativo no sólo para el cónyuge e hijos, sino también para el resto de los miembros del hogar. Situaciones expresadas por lo cuidadores tales como: *“Yo vivía con mi abuela....antes vivía en Santa Cruz de Mora, por allá con mi pareja solitos, pero a raíz de problemas con mi marido, lo deje...”*; *“Pues aun yo vivía la lado de la casa de mis papás, cada vez tenía que ir más seguido....Muere mi mamá y le tocó a ésta que está aquí cuidar de él (risas)”*

La experiencia del retiro al interior del hogar tiene diferentes implicaciones derivadas de la forma de su institucionalización. Una de ellas es que representa la entrada a la etapa de vejez, de alguna forma es un rol no considerado como valor de la sociedad actual. Es una función que no encuentra una actividad sustituta ni dentro de la familia ni dentro de la sociedad.

Aunque la muerte es un hecho biológicamente previsible, su aparición a la larga, es un evento doloroso para la familia ya que representa una pérdida no sólo familiar sino social (Moragas, 1995).

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Apoyo de otros miembros de la familia.

El proceso de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez parecen determinar en algunos adultos mayores su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general. Por esto se hace necesario el análisis de la multidimensionalidad del bienestar desde la perspectiva de relación de ayuda por el cuidador, con el propósito final de contribuir con el funcionamiento físico, mental y social del familiar.

Con base a lo anterior, se establece como subcategoría para el apoyo de otros miembros de la familia en el cuidado del adulto mayor, la relación de ayuda familiar con sus respectivos códigos vivo.

Se aprecia la relación de ayuda relacionada con el apoyo de la familiar que implica la distribución de las tareas, del acompañamiento y del aporte económico y material. Ésta relación de ayuda tiene efectos diferenciados sobre la salud y bienestar físico y mental, en función de la naturaleza de los vínculos: tales como: *“Si, en mi caso somos tres hermanos, una casada vive aparte, el varón, mi hermano vive en casa, por su trabajo va y viene, y bueno no le gusta estar mucho en casa, ¡entonces claro! la responsabilidad ha caído prácticamente en mí, y eso ha hecho que le dedique más tiempo”; “Por ejemplo los fines de semana yo no cuento con ninguno de los dos, yo estoy sola, sola, sola para todo [silencio] ... para los dos”; “No lo hacen! Yo lo analizo de esa manera, fríamente, no le gusta. Por*

ejemplo él me ha dicho a mí, “yo no baño a mamá”; “Yo me quedo sola con la niña mía, gracias a Dios es muy colaboradora”.

La mayoría de los entrevistados son familiares directos, por lo que el tiempo de dedicación, la distribución del rol, el compromiso, la responsabilidad y la ayuda económica es lo más resaltante. El apoyo familiar es claramente más fuerte, por lo que la tendencia a la soledad es poco probable, en vista de que residen en hogares unifamiliares, el acompañamiento es permanente, y la dependencia intergeneracional es evidente. Es este aspecto se evidencia lo siguiente: *“Nosotros somos ocho también, 4 hembras y cuatro varones, pero como dicen acá, los varones no ayudan, solo ¡mire! [gestos] no les gusta”; “Yo tengo la colaboración de mis tres hijas que son con las que cuento, con ellas los sábados y domingos estoy libre”; “Ellas se meten y yo me pongo a descansar”; “Mis hermanos todos colaboran. Ellos están muy pendientes”; “Yo tengo una hermana médico y siempre está pendiente, pero no vive con nosotros”; “Una de ella le dedicaba un poquito más de tiempo, ahora lo que le da es cuestión de materialista, falta aquello, porque esto y porque aquello, ya se gastó. Pero en realidad yo soy el que se encarga de los cuidados”.*

Es importante resaltar que la convivencia entre miembros de la misma familia parece tener efectos positivos cuando no es por necesidad: *“Uno está ahí, yo me tuve que mudar hasta de cuarto para estar más cerca de ella”; “Bueno, yo cuento a veces con el apoyo de mi sobrino, él se casó y ahora pues tiene que atender a su mujer, y ahora que está preñada más. Me toca a mí que asumir el control de todo”; “Yo tengo un negocio, un niño con Síndrome de Down, gracias a Dios y él se hace la mayoría de las cosas, pero no crea, a pesar de que no estoy sola, la responsabilidad siempre es de uno”; “Para mí es como si no estuvieran, ellos colaboran claro, pero tengo que estar detrás de ellos, mira haga tal cosa, mira ponga esto allá, mira tráigame tal cosa, prefiero hacer todo yo”.*

Por otro lado, se observa que la frecuencia de los contactos con otros miembros de la familia puede incidir en un menor efecto positivo para su salud, cuanto menor es la dependencia de los adultos mayores.

Con base a lo anterior, la relación de ayuda se refiere al conjunto de personas con las que interacciona el adulto mayor, a las características de los vínculos que se establecen entre ellas, así como a las interacciones que se producen a través de dichos vínculos. También se refiere de forma global al conjunto de redes e interacciones el término integración social (Otero, Zunzunegui, Beland, Rodríguez y García, 2006). Mientras que el apoyo social es concebido como un “complejo constructo que tiene tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad (Barros, 1994).

Se propone que la verdadera naturaleza del apoyo hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo percibido (OMS, *ob. cit*). La percepción o creencia que el apoyo emocional está disponible parece influir mucho más fuertemente sobre la salud mental que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado (Cook, 1993).

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:
Cuidados que más requiere el adulto mayor.

Al hablar de cuidados que más requiere el adulto mayor, necesariamente hay que hacer referencia de la satisfacción de las necesidades por parte de otra persona. El brindar atención implica ejercer un acto, en este caso, proporcionado por la familia. Éste acto según Marriner y Raile (2007), posee elementos de fe, esperanza, amor, inclinación, juego y aprendizaje.

El cuidador familiar en estas observaciones o códigos vivo, desenvuelve sus principales acciones en el adulto mayor, relacionadas con la administración de medicamentos, del aseo

personal, de la higiene del hogar y arreglo de la casa, de la movilización, la alimentación, y la seguridad.

Con relación a la administración de medicamentos, el cuidador familiar tiende a sustituir al adulto mayor, en vista de que son medicamentos de vía oral que no amerita mayor entrenamiento, pero aun así, el medicamento, la dosis y la frecuencia es fundamental:

“Primero la dosis reglamentaria del medicamento. En eso si soy cuidadosa”; “La otra vez casi que se me intoxica, y cómo me vi para superar eso”; “Le doy el desayuno completo antes de las pastillas, porque hay algunas que le afectan el estómago. Él como es tan delicado, pues hay que tener mucho cuidado”; “El caso mío que sería el cuidado mayoritario es también lo del medicamento, en eso sí tengo yo cuidado”; “Hasta ahora gracias a Dios son muy pocas las cosas que ella necesita ayuda, pero más es la comida y en el medicamento”.

Se aprecia también que el cuidador familiar permanece al lado del adulto mayor desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia y como consecuencia su capacidad de autonomía: *“...luego la llevo para que tome un poco de sol, es muy friolenta”; “Yo nunca estoy pendiente de la medicina, ella tiene su mesita de noche, ahí tiene su vasito de agua y tiene el pastillero....”*

Aunque el cuidador familiar no es un recurso preparado en un instituto de formación, cumple en el hogar con la tarea de ayudar y de mantener la salud en su máxima expresión, del adulto mayor.

Haciendo analogía con lo expuesto por Henderson Virginia (1991), citado en Marriner y Raile (*ob. cit*), la labor específica de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuya a la salud o a su recuperación. Lo que sería para el cuidador familiar básicamente lo mismo, pero esta labor la ejerce en su residencia.

Las necesidades básicas que el cuidador familiar ayuda a satisfacer en adulto mayor en el hogar se encuentran las referidas al plano fisiológico. Es decir, respiración y circulación, nutrición e hidratación: *“Hay cosas que ellos requieren, el aseo diario, la comida, movilizarlos, ayudarles a andar para que se acuesten, para la calle a veces, y eso cuando no está lloviendo o haciendo mucha calor”*; *“Hasta ahora gracias a Dios son muy pocas las cosas que ella necesita ayuda, pero más es la comida y en el medicamento”*; Eliminación, movilización: *“Cuando mi hermana no la puede llevar al trabajo dejo de asistir al trabajo para llevarla a la terapia, ya que ella requiere de ayuda física y de moverse”*; *“Acostarla un rato, pararla, ayudarla a caminar en las tardes....”*; *“Hay cosas que ellos requieren, el aseo diario, la comida, movilizarlos, ayudarles a andar para que se acuesten, para la calle a veces, y eso cuando no está lloviendo o haciendo mucha calor”*.

Es importante resaltar que la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria es consecuencia del deterioro de las funciones motoras, y que están relacionadas con el sistema neuro-músculo-esquelético. Pero en este caso, la movilidad de la mayoría de los adultos mayor no está afectada, situación que afecta de manera imprescindible la independencia del individuo, lo que sería una inmovilidad relativa, es decir, aquella en la que el adulto mayor lleva una vida sedentaria pero es capaz de moverse con mayor o menor independencia. (Romero, 2007)

De igual manera en cuanto a las otras necesidades básicas relacionadas con el sueño y descanso, vestirse y desvestirse, mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel, se aprecian las siguientes: *“No puede estar sin bañarse, se baña sola, hasta ahora se baña sola”*“.....eso sí, bañarse si hay que ayudarla porque vive mareada, no vaya ser que se dé una caída y se empeore las cosas”“.....y bueno el aseo personal todos los días”; *“Hay cosas que ellos requieren, el aseo diario, la comida, movilizarlos, ayudarles a andar para que se acuesten, para la calle a veces, y eso cuando no está lloviendo o haciendo mucha*

calor”; “Mientras ella lo hace yo aprovecho y hago otra cosa, como por ejemplo hacerle la cama.....”, y la de seguridad: “Todos los días desde que amanece hasta que anochece y a veces durante la noche, yo estoy ahí pendiente”. El cuidador busca con éstas acciones, ayudar en las funciones que el adulto mayor realizaría si tuviera fuerza, voluntad y capacidad física suficiente.

Algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son: a) Factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva; b) Factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos - nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia, y c) factores psicosociales: pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios. (Aranceta, 2002)

La mayoría de los cuidadores familiares provee cuidados al adulto mayor en el hogar. Todos de alguna manera colaboran con las tomas del medicamento, higiene personal y con el transporte, así como para el desplazamiento en el interior del domicilio. No hubo manifestación en cuanto a la administración del dinero y bienes, en la facilitación en el uso del teléfono y en la solución a situaciones conflictivas, ya que también forman parte de las necesidades instrumentales de la vida diaria de un adulto mayor.

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Cuidados que más les dificulta para ayudar al adulto mayor en el hogar.

La experiencia de cuidado está muy influenciada por el tipo de relación que mantiene el cuidador y la persona cuidada, antes de que esta última necesitara ayuda para continuar

respondiendo a las demandas de la vida cotidiana. En este sentido, cuidar a un adulto mayor en el hogar, ofrece una gran cantidad de oportunidades y experiencias para aprender a cuidar al anciano, siempre y cuando estén dadas las condiciones sociosanitarias y económicas.

Se observa un abordaje descriptivo de los tipos de cuidado que más le dificulta al cuidador familiar brindar al adulto mayor. En general, el grupo de entrevistados mostró asociación entre la habilidad de cuidado, con el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor. Esto incide de manera directa en la capacitación y por supuesto en el aprendizaje: *“No, yo creo que nada, para mi nada, porque uno lo hace con toda la buena intención, con mucha dedicación, si me toca, pues me toca”; “Hay que saber cómo entrarle a la silla de rueda, por ejemplo”; “Tengo que estar con la viejita y con el perro al mismo tiempo, ahí se crea una situación de conflicto (risas)”; “A mí sí me cuesta, sobretudo el movilizarla. Es que ella es un poco rellena, y cuando hay que llevarla al baño, cuesta más”; “Hasta ahora gracias a Dios son muy pocas las cosas que ella necesita...”*

La mayoría de los cuidadores familiares se perciben como único cuidador y en su mayoría son cuidadores que cumplen múltiples funciones y convirtiendo su existencia casi en un solo objetivo que es la de cuidar: *“Ella es mi mamá y tengo que atenderla”; “Eso realmente me sucede entre las 9 y 10 de la noche, porque ella se quiere bañar, ella quiere ver el programa de tv, quiere rezar y todo a la vez y yo estoy en la cocina, y lo único que hago es alzar la mano y le digo “ya va mamá, ya va”; “Uno lo hace con amor, que más se le puede pedir, lo parió a uno, lo crió a uno, que más”; “Cuando están las muchachas ellas me ayuda, pero cuando estoy sola le digo “ya va mamá”; “Lo único que hago es salir a buscarle las citas, y cuando es el día, llevarla en taxi, ya que no tengo carro. hay días buenos y otros malos”.*

Por otra parte, se evidencia claramente, que a mayor tiempo de cuidado, los cuidadores reflejan más paciencia. Acá el respeto por el adulto mayor es evidente: *“La palabra de ella*

es palabra sagrada (risas). Si pide algo uno inmediatamente está ahí”; “Pues yo le hago todo sin dificultad, hasta ahora. ¡Ay si no la atiendo!”.

Un cuidado óptimo del adulto mayor debe ser sensible a los valores personales, culturales y espirituales, las creencias y prácticas, y se extiende en el apoyo a la familia y amigos incluyendo el periodo de luto (Rodríguez, s/f). Por lo tanto, en el respeto hacia el adulto mayor, el poder discernir decisiones con el adulto mayor antes de que sea demasiado tarde, la honestidad y la autonomía para la toma de decisiones y actuar independientemente, son fundamentales.

Por último, incluir al adulto mayor en la toma de decisiones y respetar sus valores de privacidad y autonomía, facilita la integración del grupo familiar e incluso del equipo multidisciplinario, para la atención y el manejo de los problemas sociales y psicológicos del adulto y su familia.

Www.bdigital.ula.ve

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Ayuda o apoyo de los vecinos.

El apoyo social o soporte social es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las persona (Muñoz, 2006). Se caracteriza por expresiones de afecto, afirmaciones o respaldo de los comportamientos de las otras personas. Es un importante factor determinante para la salud del adulto mayor, ya que influye en la manera de ver el final de la vida, y proporciona una conexión con el pasado, ayudando al adulto mayor a encontrar significado a su vida.

Para mejorar el soporte social hay que animar a la familia y amigos en su función de apoyo reforzando el valor que tienen para el adulto, ya que facilita las oportunidades de la socialización.

De acuerdo a Stewart (1989), las fuentes de apoyo pueden ser miembros de la familia, amigos o vecinos, profesionales, religiosos entre otros, y se refiere al apoyo subjetivo y objetivo, percibido como disponible y como recibido. La duración tiene que ver con la estabilidad de la red en el tiempo, y puede ser emocional, informacional e instrumental. El autor hace referencia también, a que el apoyo desde el punto de vista de su naturaleza, puede ser un soporte negativo o positivo.

En este sentido, con base a las observaciones descritas como código vivo, la red de apoyo más frecuente es la familia de descendencia directa, apreciándose la disposición para el cuidado: *“Con respecto a mí, me sucedió la semana pasada. Yo tengo una casita en el páramo y tuve que ir, mi hermana está pasando por un problema de salud”; “Ella tenía que ir al médico y mi hermano tenía que ir al liceo. Fue entonces cuando le pedí el favor a una vecina”; “...cuando llegué se había ido la cuidadora que busqué (risas)” “Es la única experiencia que he tenido la de buscar a otra persona fuera de la casa”; “Yo le dije “hágame el favor y se queda un ratico al mediodía hasta que yo llegue”; “Nunca hasta ahora gracias a Dios he pedido ayuda de los vecinos”*. Se observa en éstas expresiones que en las tareas del rol, por parte de algunos integrantes de la familia no es un apoyo permanente y definido, se activa por cortos periodos, cuando el cuidador debe ausentarse para realizar actividades personales o derivadas del trabajo de cuidado.

Stewart señala también que una persona puede buscar el apoyo de acuerdo a la percepción que éste tenga sobre la ayuda disponible, así tenemos: *“Siempre hay solidaridad, pero a veces ellos colaboran mucho”; “Incluso los chinos siempre están dispuestos, a mí nunca me han negado nada”; “Con respecto a los vecinos son más los que tiene que los que ayudan”;*

“En el caso de mi mamá, no.....hasta ahora no”; “Bueno, yo soy vecina y es la que ayuda al Señor “Francisco”; “Él, a pesar de que tiene hijos soy yo la siempre está ahí”.

Aunque el apoyo de vecinos en el cuidado del adulto mayor se mostró bajo, las dimensiones de la salud que se muestran más favorecidas por la fortaleza del apoyo son el compromiso, la salud percibida, debido a la permanencia del cuidador en el hogar y los problemas funcionales e instrumentales, que muestran frecuentes. En este sentido se observa lo siguiente: *“Los vecinos son importantes para muchas cosas, pero para esto de cuidar a otro es como muy delicado”; “Es preferible hacer uno mismo las cosas”.*

Por el contrario, indicadores de estados más avanzados de deterioro de la salud, como la discapacidad básica o el deterioro cognitivo, parecen verse favorecidos en menor medida por la fortaleza del apoyo familiar: *“A pesar de que no es mi familia directa me tocó que cuidarlo”; “Mi esposo me dice: Pero mijita qué le pasa!. ¿Ahora se va a hacer cargo de ese también? [Risas]; “A mí me da cosita, pobrecito”.*

Para Molina, Fernández, Llopis y Mccarty (2008), el apoyo es una relación estructural entre familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. Lo más importante es reconocer que el apoyo o ayuda le permite funcionar sin dificultad y con dinamismo, lo que implica la promoción de la salud de la familia del adulto mayor.

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Cuidados brindados ¿Adecuados o efectivos?

El apoyo que recibe el adulto mayor de familiares allegados, es uno de los recursos más importantes en la atención y tratamiento de estas personas. La educación a dichos familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente indudablemente es beneficiosa, además de

contribuir a la economía de recursos del centro de salud en la atención geriátrica, evitar gastos por conceptos de ingresos hospitalarios (Díaz, Sales y García, 1988).

En el orden social la educación y la capacitación del cuidador familiar son muy ventajosas. El aislamiento, incomodidad, dificultades ambientales para realizar algunas actividades, la ausencia de familia y vecinos que ofrezcan ayuda, son factores que abarcan la dependencia. El adiestramiento a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente los pondrá en condiciones de brindarle con la efectividad necesaria e imprescindible y vital apoyo.

Asimismo, más del 90% de los adultos mayores poseen alguna patología asociada, llámese Diabetes, Diabetes e Hipertensión Arterial, Hipertensión Arterial, ACV Isquémica o Discapacidad Motora. Por esto, su bienestar depende de la existencia de la familia y de su propia percepción de la condición en la que se encuentra, por lo que es importante mantener al adulto mayor en su domicilio, y en el medio social donde ha vivido, siempre que éste reúna las condiciones arquitectónicas, higiénico-sanitarias y en especial las emocionales.

En este sentido, con base a las observaciones de la subcategoría “Efectividad en el cuidado / aprendizaje y comprensión”, el aprendizaje de las acciones dirigidas a mantener la salud del adulto mayor en las mejores condiciones, y también en la acción del cuidado se refleja el conocimiento y el juicio para hacerlo. Es así que expresiones tales como: *“Yo lo veo como los más efectivos, porque están bajo mis cuidados, que los que le brinda mi hermana aunque sea mi hermana”*; *“Son adecuados por lo bien cuidados que están”* *“¡No hay como la cuide yo!”*; *“Yo creo que estoy yendo por un buen camino con ella porque se siente agradada, se siente amada, se siente que la están escuchando”*; *“Yo veo que mi papá se siente muy contento cuando le llevo la comida y le busco las chanclas. A él le fascina ver televisión, más si son películas viejas, las Mexicanas, él es feliz y se ríe!”*, y *“Estoy conforme porque hasta la fecha ella está bien, bueno, en lo que cabe por la edad y eso”*, son la mejor razón para comprender el significado del adulto mayor como persona para el cuidador familiar, en vista

de que a pesar de la formación como cuidadores que ha sido aprendida, no manifiestan ansiedad sino más bien con una anticipación de la pérdida y con el conocimiento del alcance de la enfermedad.

De la misma manera el hecho de expresar lo siguiente: *“Pues mire mi mamá es un caso. La Señora cuando uno no está, se acuesta a dormir y calcula cuando uno va a llegar”*; *“Nosotros tenemos una muchacha que va y nos ayuda con el aseo de la casa”*; *“Le tengo un papelito donde le hago anotar todo”*; *“Siempre hay cosas que uno deja de hacer por estar con ella. Yo trato de que todo salga bien”*; *“Ella tiene razón, cuando uno cuida y hace todas las cosas uno mismo, como que uno se siente más tranquilo”*; *“Yo pienso que quien debe decir eso, si uno cuida bien o no, son ellos mismos. Los papás de uno a veces se sienten incómodos, pero que más les toca”*; *“A veces me dice, cuando la ayudo a bañar o a cambiarse la ropa o a peinarse, que yo ya lo hago con los ojos cerrados”*; *“Cuando uno cuida a otro, en este caso a mi mamá, uno lo hace con mucho cariño”*; *“Si es verdad, no hay como los cuidados que uno le dispensa”*, y *“Uno sabe las mañas de ellos y por ahí se les va”*, se observa que la intervención educativa al familiar es en realidad una forma de prevención de enfermedades, pues constituye un intento para limitar el daño ocasionado por la enfermedad ya manifiesta y disminuir sus efectos. Esto quiere decir, que la efectividad de la intervención, está dirigida a reducir o eliminar las discapacidades y minusvalías y a mantener la autonomía y la calidad de vida.

Para Megret, Migdalia y Fong (2002), la intervención inadecuada de la familia en la atención del adulto mayor, constituye un aliado al daño ocasionado por la enfermedad ya manifiesta. Por lo que se buscaría dirigir los esfuerzos en la formación del cuidador de manera de fomentar la autonomía y la calidad de vida. Expresiones tales como: *“Pues ella está ahí con sus males, y a veces siento que no ayudo para nada porque se enferma muy*

seguido”, muestran la poca efectividad de la atención y al desconocimiento de los riesgos para la salud, tanto del cuidador como del adulto mayor.

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Apoyo del equipo de salud del ambulatorio para ayudar en el cuidado del adulto mayor.

Para Comelin (2014), la labor del cuidador no es exclusiva, sino que va acompañada de actividades ligadas a las labores del hogar y cuidado de otros. De esta manera se remarca la división entre el mundo privado y público, ya que la inserción del cuidador en el mundo público se ve limitada por su rol. Esto va acompañado de otras dificultades, como ingresos reducidos respecto a su anterior condición de mujeres trabajadoras, problemas de salud, pensiones bajas para los adultos mayores a su cargo, la dificultad del intercambio generacional en materia de cuidado y la baja respuesta del Estado, lo que pone de manifiesto cierta crisis del cuidado. Esto trae como consecuencia que haya desvinculación de redes distintas a la familia y al centro hospitalario. Existe una escasa vinculación con otras redes primarias e institucionales, ya sea por desconocimiento de su existencia o de sus vías de acceso.

Espín (2010), considera que la ayuda, la información y educación sanitaria dirigida a los cuidadores es uno de los puntos más importantes en la planificación de los cuidados. La familia, especialmente el cuidador más directo del adulto mayor, debe ser informada en detalle sobre situaciones a afrontar, en aspectos tales como el tipo de enfermedad, posibilidad de tratamiento farmacológico y pronóstico médico, y cuidados generales para el manejo del adulto en su domicilio.

Esto va acompañado de un apoyo institucional, que según Domínguez, García y Rivera (2013), es el proceso a través del cual los recursos de la estructura social, ayudan a satisfacer

necesidades en situaciones cotidianas o de crisis del cuidador familia o de la familia del adulto mayor.

En este sentido, expresiones tales como: *“Si claro, de la enfermera Gloria y de otra doctora que vive por allá cerca de la casa, entonces pasan cada 2 o 3 meses, van y hacen un chequeo”*; *“Institucionalmente hay un apoyo en ese sentido”*; *“Si ha habido apoyo”*; *“La doctora del ambulatorio siempre ha estado muy atenta, hasta nos ha llamado por teléfono. Bueno debe ser que la conoce desde hace mucho tiempo y le ha agarrado cariño”*, donde se aprecia el mecanismo de compensación y ajuste ante las dificultades del cuidado, facilitando experiencias emocionales satisfactorias, de ajuste y de crecimiento personal para los cuidadores.

Por otro lado, la ayuda institucional poco efectiva, afecta material y emocionalmente a los cuidadores y a su familiar, creándose sentimientos negativos y sensación de desvalimiento, además de una desvinculación de redes distintas a la familia y al centro asistencial. Esto queda demostrado con observaciones tales como: *“En mi caso no. No ha habido esa necesidad”*; *“Si, uno a veces recibe la visita de la enfermera y del médico del ambulatorio, pero hasta ahí, media hora, un ratico y ya”*; *“Yo tengo que llevarlo casi todas las semanas al ambulatorio, últimamente ha sido un mal tras otro, y allí pues lo atienden y le dan calmantes, pero....”*; *“Bueno, a veces, otras veces cuando se necesita ellos vienen, y otras hay que llevarlo cuando se pueda”*; *“Para mi casa no han ido, yo como la llevo a la clínica, será por eso que no van para allá”*; *“No, yo tengo que llevar a mi mamá para el hospital. Bueno, que yo sepa y tengo muchos años viviendo por acá, a nosotros nunca nos han visitado, bueno una vez y eso creo que fueron estudiantes de enfermería”*; *“Es rara la vez que ellos pasen por allá. Yo me acuerdo que antes iba una enfermera y un médico, pero no volvieron más. Por allá es a veces tan inseguro”*.

Con base a lo anterior, uno de los facilitadores del ejercicio del rol o de la práctica del cuidado es el apoyo prestado por la red ambulatoria. Se aprecia en general, que ésta prestación de servicio está muy escasa, y que pocas veces se dirige acciones que fomenten el desarrollo de estrategias de cuidado dirigidas al cuidador familiar para atender al adulto mayor, por lo que presumo la poca percepción de ésta persona como sujetos de cuidado por parte del centro asistencial.

En concordancia con Comelin (*ob cit.*), el cuidador se ve a sí mismo, al igual que los demás, como un recurso. Se observa a un cuidador que desconoce la necesidad de apoyo de parte del centro asistencial, de manera que ésta obligación de la institución ha recaído en mayor grado en la familia del adulto mayor. Esto implica un trabajo de activación de redes, lo que liberaría tiempo para que el cuidador cuide de sí mismo, a fin de impactar positivamente en su calidad de vida y en la del adulto mayor a su cargo.

Www.bdigital.ula.ve

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: El adulto mayor requiere de más cuidados del que realmente necesitan.

Muchos cuidadores familiares se exigen más de sus posibilidades y terminan olvidándose de ellos. Lo importante es identificar las manifestaciones que señalan la situación de estar bien o de no estarlo. Sentirse bien con lo que se hace, sería lo ideal. Brindar atención a diario al adulto mayor, es la tarea de la cotidianidad del cuidador familiar, por lo que es difícil señalar cuáles son con exactitud estas responsabilidades, ya que dependen de cada familia y de la persona a quien se cuida.

Como se ha visto, las tareas más frecuentes son las que están relacionadas con la satisfacción de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que implica la compañía y la vigilancia permanente. Observaciones tales como: “*En mi caso uno tiene que*

brindarle sus gustos en lo que pueda”; “Es verdad, nunca uno debe negarse a su atención, aunque hay días que le provoca no hacer nada, pero sí no es uno ¿Quién lo va a hacer?”; “Si, la comida y la salud de ellos porque una vez que se enfermen más de lo que están a veces se complica todo”; “Es verdad, ellos van exigiendo y uno va complaciendo en la medida de lo que se pueda”; “Lo más importante creo yo, es la comida y los alimentos. El problema está cuando a veces no hay la medicina, que empieza a preguntar ¿Y las medicinas?”; “Si, la comida, el baño, y las medicina son las cosas que ella necesita más. A veces por ahí las cuentas del banco, pero eso es rara la vez”, muestran el grado de satisfacción por el cuidado brindado, lo que representa para el cuidador familiar, un grado de compromiso que a la larga, lo lleva a sentir sentimientos de bienestar.

Ser cuidador familiar trae consecuencias sociales, emocionales, físicas y de salud para las personas que proveen este cuidado (Sánchez *ob cit*). **El hecho de que el cuidador familiar exprese:** *“Yo creo que él lo que más necesita es compañía, ya que como vive solito”; “Estar vigilante de que no se vaya a caer, que las medicinas que le toque dárselas a la hora y que sea la dosis correcta”; “Yo creo que lo más importante es estar vigilante de la comida, del baño y de las medicinas, eso para un viejito es importante”; “A veces tengo que estar con un ojo abierto y otro cerrado, porque de repente se para y uno no sabe qué está haciendo. La otra vez se salió y nadie sabía para dónde se había ido. Hay que estar vigilante todo el tiempo”,* son factores causantes del deterioro psicosocial y que se manifiesta a través de carga emocional, estrés y depresión, fatiga, pérdida del apetito, insomnio, trastornos del ciclo circadiano y aislamiento social, entre otros. **(Montoro, 1999).**

Los problemas de salud son percibidos como la principal amenaza, tanto por el cuidador como por el adulto mayor, y esto es más delicado cuando ambos son de edad avanzada (Giraldo y Franco, 2006). Las expectativas que los pacientes tienen con respecto a la atención también tienen influencia en la satisfacción, la cual es menor cuando las expectativas son

mayores (Mahon, 1993, citado en Castillo, Chesla, Echeverry, Tascón, Charry, Chicangana, Mosquera y Pomar (2005), por lo que puede sentirse bien tratado y reconocido como persona, o aparecer en él sentimientos negativos, pues es lógico y natural que aparezcan. Lo más importante es reconocerlos y saber cómo controlarlos, lo que implica darse tiempo para resolver los problemas, abordarlos uno por uno y buscar el lado positivo de las cosas que ocurren alrededor, de manera de evitar ser juzgado por otros familiares.

Con base a las observaciones descritas, se aprecia un cuidador familiar satisfecho con las acciones brindadas. Además, se valúa con posibilidades de encontrar significado en los hallazgos, capaz de mantener un vínculo significativo con el adulto mayor y de hacer las actividades de una forma armónica, de manera que las decisiones que tome en pro del bienestar de la persona cuidada, sean pertinentes para determinar el curso de la acción y poder conducir de manera honrosa su actividad.

La satisfacción implica estabilidad, lo que se refleja mediante el compromiso, la presencia auténtica, la responsabilidad, el crecimiento mutuo y la motivación hacia el cuidado (Grupo de Cuidado, 1998). Hace referencia también, a las motivaciones personales y sociales que influyen sobre una persona hacia el cumplimiento de una acción o meta, las cuales se encuentran influenciado por las creencias, los sentimientos y el comportamiento (Piedrahita y Medina, 2015).

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Creencias del adulto mayor que puedan influenciar en el cuidado que les provee.

Las intervenciones del cuidador familiar hacia el adulto mayor, parten del conocimiento de su contexto cultural, y de la calidad de las relaciones familiares. (Villarreal y Salazar, 2006). Ofrecer un cuidado implica mediar entre el cuidado popular y el profesional que a su vez

requiere del desarrollo de competencia y del respeto a las creencias del adulto mayor. Esto involucra una adaptación al estilo de vida y a la cotidianidad según los principios, adquiridos durante su vida. En este sentido, la cultura de los cuidadores familiares, la del adulto mayor y la del profesional de salud, se entrelazan y se esfuerzan por desarrollar la sensibilidad y habilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de las personas y la comunidad (Garriga, 2000). Para comprender la realidad cultural de los cuidadores familiares, se necesita conocer el lenguaje y lógica del discurso aplicado durante sus interrelaciones con el adulto mayor.

Aunque se haya reconocido que cuidar a un familiar constituye una situación estresante (De la Cuesta, 2009), en Venezuela se empieza a girar la mirada hacia el cuidador y emergen importantes iniciativas a nivel político y social (Camba y Flores, 2010), que implica entender la dinámica cultural, tanto del cuidador como del adulto mayor, pero no hay que descuidar las influencias provenientes de los aspectos religiosos, de las relaciones familiares y de los hábitos, creencias, costumbres y tradiciones que se tengan.

Las creencias constituyen una de las fuentes del conocimiento, formado por la influencia del conjunto de las relaciones interpersonales y familiares, y todas dentro de un determinado escenario socioeconómico y político. El grado de convicción de éstas radica en su origen, es decir, de dónde o de quién proviene la información y por tanto, del poder de persuasión de éste, además del reforzamiento positivo que a lo largo de su vida haya acumulado en su personalidad. La influencia que ejercen las creencias sobre la conducta se produce generalmente de forma inconsciente, y se hace presente, en muchas ocasiones cuando se produce un cambio en ellas (Dilts, Hallbom y Smith, 1996).

Es decir, que aspectos tales como: *“Mi mamá es muy religiosa, ella reza el rosario todos los días y a veces hay que acompañarla”*; *“No, para nada, mamá es muy creyente en Dios”*; *“A veces hay que estar con ella a solas, le gusta orar”*; *“Parece mentira, pero el hecho*

dejarla solo un ratico, como cambia su actitud. Ella reza mucho”; “Ella cree mucho en Jesucristo, eso hace que se sienta bien, creo yo”; “Una de las razones por las cuales siente mejoría, es que ella es muy creyente, siempre está atenta a las actividades de la iglesia, y le gusta que el cura la visite” y “Todos en casa participamos en la iglesia, eso es muy bonito, eso la hace sentir contenta”, demuestran el sentido de compromiso y de respeto del cuidador familiar hacia el adulto mayor con las cuestiones religiosas y de la iglesia. Parece ser que la vida religiosa es importante para el adulto mayor; sin embargo la asistencia a la iglesia, el rezo y la oración, no se asocia con la depresión ni con la soledad, apreciándose un grado de convencimiento con respecto a su vida espiritual.

Con relación a la influencia de las creencias en las relaciones de pareja o relación familiar, se describen las siguientes respuestas viva: *“Hasta ahora sí. A mí no me dolía nada. Desde que comencé a cuidarla, me salen males a cada rato, y eso afecta hasta en la intimidad”; “Va a llegar el momento donde ella va a necesitar más de nosotros, y debemos estar preparados para eso. Dígame si nos enfermamos. ¡Ay Dios mío!; “Creo que la dependencia cada vez va a ser mayor”; “Bueno, afectar, afectar, creo que no, pero ojalá y no sea pronto”; “Lo que si es cierto es ella exige demasiado, pero hay que atenderla, y esto no ha afectado mi relación todavía”; “Lo que afecta es el bolsillo, no tienen nada que ver”; “Bueno, si uno se dispone a hacer las cosa bien hechas, no tienen por qué afectar”; “Todos los días debo estar para ellos, quién si no soy yo”, y “¡Bueno no! Ya uno conoce lo que le gusta y lo que ella hace. Ya sé la forma de pensar, hay que ir adelante”.*

Por lo general, con las respuestas se aprecia que las creencias de los adultos mayores no interfieren en las formas de cuidado y en la responsabilidad de los cuidadores hacia ellos. Se observa que en los cuidadores se afectan es el orden físico, psicológico y socioeconómico, por lo que pudiera provocar por el hecho de cuidar, el empeoramiento de la calidad de vida. Como lo manifestó De los Reyes (*ob cit*), “dentro de la familia no todos asumen de igual

manera el cuidado de los adultos mayores”, por lo que las creencias no impiden el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones personales – familiares - sociales.

Con relación a los hábitos, costumbres o tradiciones del adulto mayor que pudieran afectar los cuidados brindados por el cuidador familiar, el nivel cultural de los encuestados, se comportaría como un elemento a favor de evitar o retardar el desarrollo de complicaciones para la salud del adulto mayor.

Se aprecia en las siguientes respuestas que a mayor nivel cultural existe una mayor sabiduría nutricia con hábitos alimenticios saludables a favor de la protección, bien sea de la masa ósea, cardiovascular, o simplemente como remedios para mantenerse lo más sano posible: *“Mi mamá a todo le echa limón, si no hay limón en la casa es el acabose (risas)”*; *“Uno va viendo las cosas y se adapta”*; *“Bueno ella a veces dice cosas que creen que le van a servir. A ella le gusta tomar mucho té de ramas, que si para el dolor de barriga, que si para el dolor de piernas, que si para el dolor de garganta”*; *“Ella toma cuanto mejurgue le dé uno”*; *“Si, a veces lo de las creencias es muy delicado. Se molesta si uno le lleva la contraria”*; *“En mi caso mi papá cree mucho en el sereno para la salud, y es verdad, uno sabe que eso hace daño, más si son niños o viejitos que son muy friolentos”*, y *“Mi mamá me acompaña muchas veces acá en el abasto, pero cuando comienza a correr brisa, hay que llevarla y darle temprano la comidita, ya que se acuesta como las gallinas (risas)”*.

Se infiere con éstas respuestas, que el nivel educacional de los cuidadores se comporta como un elemento protector en relación con el hecho de evitar el desarrollo de patologías a las ya asociadas por la edad del adulto mayor. La mayoría de los cuidadores familiares tienen algún conocimiento de las formas y estilos de vida de la persona cuidada, por lo que es importante realizar una analogía del cuidado con lo descrito por Leininger Madeleine en su teoría, es decir “implica aprender de las personas sus formas de vida, sus contextos, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores, en sucesos tan diversos

como maternidad, paternidad, nacimiento, adolescencia, adultez, vejez, enfermedad y muerte, con el fin primordial de ofrecer un cuidado coherente con la cultura” (Marriner y Raile, *ob. cit.* p. 491).

De igual manera en respuestas tales como: *“Yo no creo, eso depende mucho de la experiencia, ella como lo crió a uno como iba saliendo, con tantos muchachos que parió, no le quedaba tiempo para pensar en esas cosas”* y *“Nosotros como los cuidamos entre varios, bueno más yo, pero entre varios, a veces nos la llevamos a pasear, sobre todo los domingos”*, se aprecia algunos componentes del cuidado como valores, creencias y modos de vida que se han aprendido subjetiva u objetivamente y que facilitan o habilitan a los cuidadores a conservar el bienestar y la salud del adulto mayor con el fin de mejorar su condición humana y en el modo de vida, o de afrontar la enfermedad, o las incapacidades, o la muerte.

El cuidado visto como una acción, la cubre el cuidador familiar como una actividad ejercida por valores transmitidos en la mayoría de las veces, por las personas cuidadas, aspecto que repercute de manera directa en esta labor. El cuidador según sus creencias, cubrirá y satisfará las necesidades al adulto mayor de manera que le facilite llevar una cotidianidad lo menos compleja posible. En circunstancias extremas el cuidador se ve obligado en buscar ayuda de profesionales o instituciones, para que le orienten o le faciliten el ejercicio del cuidado. Situación que es beneficioso para ambos ya que distancia los signos y síntomas del síndrome del cuidador familiar, y fortalece la relación personal – familiar y la socio – laboral.

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Cansada o cansado por atender al adulto mayor en casa.

De acuerdo a Roca y Blanco (2007), la dificultad de deambulación, el tipo de relación entre el cuidador y el adulto mayor, los estilos cognitivos y mecanismos de enfrentamiento utilizados por los cuidadores, así como la utilidad de los recursos sociales determinan el nivel de sobrecarga.

Entre las personas que realizan los cuidados en casa al adulto mayor se puede diferenciar alguna con una mayor implicación y responsabilidad en los cuidados. En este sentido, el proveedor de los cuidados corresponde a más de un 80% a familiares, de los cuales el 61% es la pareja, por lo tanto como cuidadores son los encargados de brindar las acciones cotidianas en el ámbito familiar o doméstico con el objeto de mantener el funcionamiento integral y autónomo del adulto mayor. (Herrera, 1998; Yanguas, Leturia y Leturia, 2000; Campo, 2000).

La asociación de la dificultad de deambular del adulto mayor y bienestar del cuidador familiar, se produce si la progresión de la dificultad para deambular conllevaba determinadas consecuencias en la vida del cuidador. Así, vivir en el mismo domicilio y la prolongación de la necesidad de cuidados, producen mayor afectación en la salud de los cuidadores.

Con la aplicación del Test de Zarit, se buscó medir el grado en que el cuidador percibía que su trabajo de asistencia al adulto mayor alteraba su propia salud física y emocional así como su situación económica. En este sentido, casi la mitad de los cuidadores sienten que a causa del tiempo que gasta con el adulto mayor, ya no tienen tiempo suficiente para sí mismo. Igualmente, se sienten avergonzados por el comportamiento de su familiar y sienten que no tienen la vida privada que desearían a causa del cuidado del adulto mayor. En general, una tercera parte de los cuidadores se sienten muy sobrecargados al tener que cuidar al adulto.

En este sentido, las actividades tendientes a enseñar al cuidador sobre los principios básicos de cuidados mejorarían la función familiar, lo que haría más soportable la carga y

menos incidente la dependencia del adulto mayor en el hogar, especialmente en su capacidad para realizar su higiene personal y la deambulaci3n.

Con base a las siguientes respuestas seg3n D3az y Rojas (2005), se aprecia que la experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provocando un aumento en la carga del cuidador: *“Cansancio f3sico todos los d3as, pero todos los d3as uno amanece llena de energ3a, tengo que atenderla, tengo que hacer, tengo que ir, llevarla de la mano para donde sea, para el ba3o”; “Ahora me siento cansada porque me estaban trabajando, echando piso en la cocina, y tengo que estar pendiente de todo”; “Uno lo hace con ese esp3ritu de que uno se siente bien al hacerlo, porque uno puede decir no lo voy a hacer o no lo quiero hacer, y ah3 no hay para d3nde”; “Llega un momento que uno no quiere hacer m3s nada, lo que quiere uno es cama”; “Muchas veces siento que ella requiere de m3s tiempo o m3s ayuda del que realmente le puedo yo brindar, y eso a veces se acuesta uno que no sirve para nada, y al otro d3a a seguir”; “Bueno, a veces dejo de hacer cosas para m3, o para mi esposos o para los hijos, para cuidarlo a 3l. Eso me preocupa un poco porque va a llegar el momento de que necesite m3s de uno”; “A veces pienso que el hecho de cuidar mucho tiempo a mis pap3s, afecta los quehaceres de la casa y la atenci3n de los hijos”; “Yo conozco el caso de un familiar donde el hombre se busc3 a otra mujer. La esposa le dedicaba m3s tiempo a la mam3 que a 3l”, y “Yo siento que ella depende mucho de m3. Cuando est3 m3s viejita, qu3en sabe c3mo ser3n las cosas”, las cuales si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones f3sicas, mentales y socioecon3micas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no s3lo del cuidador, sino tambi3n de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social m3s global. Para S3nchez (2005), cuidar a una persona con discapacidad o enfermedad cr3nica implica "... realizar tareas y acciones de cuidado f3sico, social, psicol3gico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada" (p. 36).*

Las formas en que los cuidadores afrontan o gestionan las demandas de cuidado dependen de lo estresante de la situación y de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el adulto mayor. Hay una tendencia coherente en los cuidadores a centrar la energía y esfuerzo a hacer frente a los impactos o efectos negativos más que en la solución de problemas y en la búsqueda de beneficios para su salud mental y física.

De igual manera, a medida que el adulto mayor se vuelve dependiente por el progreso de la enfermedad y debilidad física, el cuidador pasa a asumir actividades relacionadas a la atención de sus necesidades fisiológicas como nutrición, higiene y comodidad. Al principio, esas actividades son razonablemente toleradas, pero luego de un período de tiempo ellas sobrecargan los quehaceres diarios del cuidador y provocan el desgaste físico.

En las siguientes entrevistas es posible notar la cantidad de tareas que desarrolla el cuidador para cuidar del paciente en la atención de sus necesidades fisiológicas básicas, lo que también denota el grado de dependencia del paciente., pero se describe las experiencias no manifiestas de cansancio del cuidador familiar. Respuestas tales como: *“Cansancio así, No”; “Algunas veces aprovecho cuando ella descansa. No le gusta estar sola, ella dice que ve, que siente, que oye cosas”; “Yo me olvidé de aquella época en que dormía hasta las 8 y media 9 de la mañana. Todos los días a las 6 y media de la mañana estoy despierto. Uno se adapta al horario, cuando ella está dormidita yo hago otra tarea”; “Ella sabe dónde estoy siempre. Ella no duerme si no está la luz del baño prendida, y eso me tranquiliza”, y “A pesar de todo yo trabajo, pero cuando llego a la casa encuentro loza sucia, los cuartos desordenados. Mi esposo me ayuda a veces, pero no todo el tiempo. Cuando yo llego, él hasta ahí, se pone a hacer otra cosa y yo sigo con mi mamá”,* no siempre la situación familiar permite que más personas dividan las tareas de cuidador, lo que evidencia que el cuidador acaba desarrollando múltiples funciones y, muchas veces, se convierte en el único cuidador.

Es común en las situaciones de enfermedad del adulto mayor que el cuidador retrase sus necesidades de salud por creer que son menos importantes o porque no consigue reservar una parte de su tiempo para cuidar de sí mismo y buscar atención médica. Es más, el cuidador puede no tener con quien dividir sus tareas para que pueda buscar atención médica para resolver su problema de salud. En la mayoría de casos, los cuidadores familiares no tienen recursos financieros para contratar servicios especializados o cuidadores para aliviar la sobrecarga.

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Obligación en el suministro de cuidados al adulto mayor.

Aunque la ayuda del cuidador familiar puede ser necesaria, para el adulto mayor suele resultar difícil aceptarla. La obligación en el suministro de cuidados se aprecia en las siguientes respuestas como un aspecto moral, vista por la limitante funcional del adulto como una presión que ejerce sobre la voluntad del cuidador frente al cuidado. Se convierte en un compromiso que los miembros de la familia tienen tanto entre sí como para con el familiar, en este caso el adulto mayor. por lo tanto respuestas tales como: “*Si, lo he sentido, lo tengo que hacer, callada la boca, sin presión física mía, ni mental. Lo debo de hacer y con mucho amor y callada la boca, sin recriminarle nada a nadie*”; “*Allá hemos discutido mucho eso. Ella es la mamá de todos nosotros. ¿Por qué yo sí y ellos no? ¡Pero bueno!*”; “*A veces hay que hacer las cosas obligadas, que más le toca a uno, pero hay que hacerlo. ¿Quién más si no es uno el que haces las cosas? Mas nadie vela por uno*”; “*Yo me siento obligado. Yo soy la única persona con que cuenta ella, yo soy todo para ella. Así pasó con mi papá. Él cuando murió quien lo atendió fui yo, los demás desde lejos. Así pasa ahorita*”, y “*Yo lo hago por amor, porque me toca también, pero si no soy yo quien más lo hace en casa? Más nadie!*”,

los cuidadores han sumado las muchas obligaciones y responsabilidades del cuidado a sus vidas que ya están bastante ocupadas, y explican que asumen esta desafiante función debido al amor y respeto que sienten por el adulto mayor.

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto comprometer la vida, la salud, el bienestar. Cuando se requiere de cuidados con mayor complejidad, tiempo y dedicación, se está frente a cuidados extraordinarios, que implican una mayor responsabilidad, gasto de energía y tiempo, es decir representan cuidados que sobrepasan los límites de lo considerado usual. Este cuidado a veces puede durar meses o años, puede exigir gran esfuerzo físico, suelen ser desagradables y provocan interrupción de los roles que desempeña la persona tanto en su familia como en la sociedad. Esta responsabilidad la asumen en forma voluntaria o porque no existe otra alternativa y, además, sin una recompensa económica (Casado, López y Casasnovas, 2000).

Para Flores, Rivas y Seguel (*ob. cit.*), el cuidado de las personas mayores se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa. Los cuidadores pueden experimentar una variada gama de emociones, como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado, porque dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, puede significar un cambio brusco para el que no se está preparado y originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador y de las expectativas que se había trazado (Lara, Díaz, Herrera y Silveira, 2001).

Por otro lado, en el caso de las personas autosuficientes, en especial aquéllas que se pasan la vida cuidando de los demás, esto simboliza la pérdida de su independencia. En ocasiones, esta pérdida genera sentimientos de indefensión e inutilidad. Muchos adultos mayores

admiten que sienten un estigma asociado con el hecho de necesitar ayuda, pues creen que esto es un signo de debilidad. (Ávila y Aguilar, 2007).

Junto con esta pérdida de independencia, es posible que el cuidador familiar también sienta que tiene el control. Cada vez que alguien requiere de atención, las responsabilidades cambian y las funciones suelen cambiar junto con ellas. Las funciones, mientras estén relacionadas con las obligaciones que desempeña, también incluyen quién es, cómo lo ven y qué se espera del cuidador, definiendo el lugar dentro la familia. Por lo que respuestas tales como: *“Yo lo hago por amor, con mucho cariño. Mis hijas y yo para ella. Ella dice, yo las quiero son las que están conmigo”*; *“Para mí es un privilegio poder darle toda la ayuda que pueda. Es un privilegio tenerla cerca, sentir su calor, que me abraza, que me de besos. Sé que va a ser muy difícil cuando ella no esté. Por eso hay que evitar las peleas”*; *“Yo no es que me sienta obligada, es que le he agarrado tanto cariño que a veces pienso en dejarlo solito, y eso que no es familia mía”*; *“Acá, o se hace o se hace (risas). Lo más importante es que se haga. Cuando uno ya no pueda más pues vendrá otro. Aunque falta mucho tiempo para eso. ¡La mamá es la mamá!”* y *“Pues yo no siento que esté obligada, pero que más, hay que hacerlo”*, no expresan sensación de pérdida ni de confusión con respecto a quiénes son y a qué pueden aportar ellos a la familia. Para el cuidador y la familia que asumen estas funciones, es importante ser perceptivos por estos cambios y sentimientos. A pesar de que se aprecia en el adulto mayor una reducción de la tolerancia a la actividad física.

En este sentido, la mayor fortaleza emocional del adulto mayor se relaciona con saber o encontrar todo lo que puede hacer por sí mismo y por los demás y, fruto de ello, sentirse mejor, con la ayuda del cuidador familiar, por lo que para evitar trastornos emocionales y psicológicos es importante que el cuidador familiar sea optimista, repercutiendo esto en una mejor calidad de vida.

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Experiencia en la práctica del cuidado.

Proporcionar el cuidado para los adultos mayores puede ser una experiencia satisfactoria, puede significar un desafío constante de equilibrar sus obligaciones y su vida privada, y normalmente considerado un cuidado a largo plazo que depende del nivel de necesidad. En algunas ocasiones el cuidado se necesita únicamente por el período de duración de un proceso de rehabilitación, pero algunas otras veces durará por el resto de la vida del adulto mayor.

En este sentido experiencias positivas tales como: *“Todos los días me contaba los días que estaba por allá, yo sufría. Cuando no quiere comer le digo que me voy a estar tres días por fuera....”*; *“Yo creo que esto es una bendición”*; *“Si uno lograr coordinar los horarios uno puede disfrutar tranquilamente”*; *“Bastante, no me imaginé que yo fuera ser su enfermera”*; *“Uno, aprende o aprende. No queda de otra, como dicen los mexicanos (risas)”*; *“Yo como tuve que lidiar con mi papá, pues se me ha hecho más fácil. Aunque a veces me cuesta para el momento del baño, yo siento que a ella le da pena, pero yo como si nada”*; *“Mis padres como murieron cuando yo estaba pequeña, Dios me ha dado la oportunidad de cuidar a éste Señor. Yo me siento bien aunque haya gente que me critique”*, y *“Entre uno mejor la cuide, creo que va a tener menos problemas, creo yo”*, demuestran el grado de compromiso que el cuidador familiar posee con el adulto mayor, por lo que un cuidado óptimo del adulto debe ser sensible a los valores personales, culturales y espirituales, las creencias y prácticas, y se extiende en el apoyo a la familia y amigos.

La meta del cuidador familiar es confortar y proteger al adulto mayor, así como proveer la mejor calidad de vida posible, no solo cubrir sus necesidades físicas sino también psicológicas, sociales, culturales, emocionales y espirituales; esto, ayuda al cuidador familiar, a vivir lo más confortablemente posible.

En la experiencia positiva del cuidador es fundamental la confianza en la resolución de problemas y el reconocimiento de cambios en el estatus de salud del adulto mayor. En esta experiencia es preciso anotar como un apoyo fundamental la espiritualidad, el vínculo con un Ser superior, con los demás, con uno mismo y con el universo; ésta es una vivencia que acompaña y fortalece al cuidador. (Ayala y Rivera, 1999).

Al contrario de las experiencias anteriores, algunos cuidadores manifestaron los siguientes aspectos relacionados con la falta de experiencia, incertidumbre y temor durante el cuidado al adulto mayor: *“Hay que pedirle mucho a Dios para tener mucha fuerza de voluntad; “No he tenido la oportunidad de dejarlos solos por mucho tiempo”; “...ver a mamá en el estado en que está, me duele mucho, porque era una mujer muy activa, una mujer que compraba la prensa todos los días, y esas cosas a mí me afectan....”; “Yo voy con el tiempo. Esa semana la soledad fue demasiado, el no sentirla, el no verla en ningún lado de la casa fue terrible, entonces la llamaba tres veces al día”; “Eso es lo que estoy pensando a futuro, yo sé que eso va a suceder”; “Fue muy angustiante no tenerla”, y “Yo le pido a Dios que me de mucha fuerza para cuando llegue ese día. No sé, me irá a hacer falta, creo yo”.*

Con base a lo anterior se observa a un cuidador familiar preocupado, bien sea por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor. Esto altera la ejecución habitual del rol, la de las interacciones sociales, la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de los sistemas de cuidado de la salud.

Son muchos los momentos críticos que debe afrontar el cuidador de un familiar, cuando el estrés y el agotamiento lo embargan, cuando la enfermedad del adulto mayor se complica, cuando no encuentra apoyo en los otros miembros de la familia y cuando se debe responder ante otros familiares que algunas veces toman roles de jueces o veedores. Esta angustia de la familia se ha categorizado en cuatro grandes aspectos que incluyen: la condición del ser

querido, la atención que recibe por parte del equipo de salud, el cuidado futuro que dará el cuidador familiar y los aspectos financieros (Vidaver, 1990).

Estar listo para ser cuidador significa estar disponible para los momentos de verdad en la labor, es saber escuchar y tener el valor, el conocimiento y la paciencia para cuidar. Para ello requiere de una capacitación mínima, debe reconocer al ser cuidado en todos los aspectos de la vida y, además, aceptar ser cuidador. Sin embargo, es preciso recordar que la expresión de la habilidad no depende en todos los casos de capacidades sino de factores de motivación internos o externos para el desarrollo de la misma (Pinto y Sánchez, 2000).

La experiencia de cuidado varía con el género; la mujer, por su naturaleza, comprende y entiende el cuidado como una situación del diario vivir. Ella cuida de sus hijos, de sus padres, de quienes le rodean. Tiende a ser detallista y observadora, y de manera casi instintiva busca, en la mayor parte de los casos, preservar la vida. La mujer entiende con familiaridad aspectos de las situaciones de enfermedad, de los problemas diarios y de la conservación del entorno. El hombre, por el contrario, busca ser planificador, organizado y responsable, es más práctico, y en ese sentido participa y colabora en el cuidado mirando otros aspectos que las mujeres en algunos momentos no valoran. (Morales, 2004)

Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar:

Relación con los familiares del adulto mayor que cuida.

Por último, en cuanto a las respuestas y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar basada en la relación con los familiares del adulto mayor que cuida, está claramente establecido que los familiares deben tomar las decisiones. Respuestas tales como: “Bueno mire, yo me la llevo bien con todos. Aquí lo que hay es que tener ¿Cómo se dice? ¡Mucha voluntad!”; “La familia es una ayuda para muchas cosas, pero para

participar en el cuidado de una persona, ahí es dónde está el detalle”; “Bueno yo me la llevo bien. Mamá está conmigo desde que murió papá. Mis hermanos siempre vienen, le traen frutas, se están un rato con ella, me ayudan a cuidarla, y eso hay que reconocerlo”, y ¡Hasta ahora todo bien gracias a Dios. Nosotros somos muy unidos. Siempre estamos pendientes de las cosas que hagan falta, de las medicina que es lo que más ellos gastan”, es permitir que los adultos mayores ejerzan sus derechos y, dentro de ellos, el ejercicio de su autonomía, lo que trae como consecuencia una relación favorable y fructífera entre los familiares.

La vida de la mayoría de los adultos mayores se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos. La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y la presencia de personas es enriquecedora. (Flores, Rivas y Seguel, *ob. cit.*).

Asimismo, el cuidado se reparte entre los miembros de la familia, y la supervisión es un tipo de cuidado que no es identificado explícitamente como tal. Sin embargo, el estar pendientes de la persona dependiente, supone una limitación importante para realizar otras actividades en su vida diaria. Estos cuidadores también suelen llevar adelante las gestiones con las obras sociales y los servicios de salud. (Buil y Díez, 1999).

De igual manera, cualquier decisión es el resultado del derecho de autonomía o autodeterminación del adulto mayor, lo que puede acarrear situaciones de conflictos. Tal es el caso de las siguientes respuestas que muestran la relación poco favorable para fortalecer el cuidado: *“Son mis hermanos, a veces los peleo porque no ayudan, solo están ahí los fines de semana o cuando hay un cumpleaños o una reunión familiar, del resto nada que ver”; “Ella tiene razón, la familia ayuda y no ayuda (risas)”; “Yo conozco a los hijos del Señor Francisco pero ellos como si nada. Es rara la vez que me preguntan por su papá. Dios, cómo puede haber gente así, tan indiferente. ¡Es su papá!”; “Pues nosotros somos dos nada más. Mi hijo que vive acá en Mérida viene de vez en cuando, pero hasta ahí. La familia está tan*

vieja que ya cada quien anda por su lado”, y “Bien, pero como les dije, ellos solo vienen por un rato o preguntan por teléfono por ella. A veces ni los llamo, ¡Ellos sabrán!”.

La familia sigue siendo el eje central del cuidado, percibida por los cuidadores a veces como fuente de obstáculos, a veces como fuente de facilidades para el ejercicio de su rol (Comelin *ob. cit.*). Puede observarse que en el ejercicio de este rol dificultad de inserción laboral e ingreso económico suficiente; riesgo para la salud, tanto del cuidador como del adulto mayor dependiente, y costos afectivos y relacionales, tales como agotamiento, soledad en el ejercicio de su rol, desvinculación en diferentes grados del apoyo de redes primarias y secundarias. (Fuentes y Miqueles, 2010).

Www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Con respecto a la clasificación y categorización de la respuesta viva relacionado con la percepción que posee el cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado brindado al adulto mayor, se concluye lo siguiente:

1. La habilidad de cuidado del cuidador familiar se encuentra poco desarrollada, y no tiene asociación con el grado de dependencia. Se evidencia que a mayor tiempo de cuidado, los cuidadores reflejan más compromiso y disposición para hacerlo, ya que a medida que pasa el tiempo el cuidador desarrolla habilidades con base al grado de compromiso con el cuidado del adulto mayor.
2. Con relación a la distribución de roles y división del trabajo el principal sistema social del adulto mayor y el apoyo que recibe viene de su familia. La familia del adulto brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.
3. El cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimiento. Estas personas, pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en la mayoría de los casos conviven con ella.
4. Se aprecia situaciones donde el adulto mayor es aceptado como tal y la familia se preocupa por él, pero, la presión del medio ya sea trabajo, estudios lo apartan del adulto mayor y este va quedando abandonado.
5. En cuanto a la capacidad funcional limitada la familia en su rol de cuidadora tiene como objetivo mayor seguridad emocional evitando los problemas de la institucionalización.

6. El cuidador familiar busca el máximo bienestar para el adulto mayor, y queda reflejado el grado de compromiso con el familiar en vista de que la capacidad funcional está limitada para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Se aprecia además, el interés por unas relaciones positivas con el adulto, enfatizando la autodeterminación y la independencia en la medida de lo posible.
7. Se aprecia la relación de ayuda relacionada con el apoyo de la familiar que implica la distribución de las tareas, del acompañamiento y del aporte económico y material.
8. La mayoría de los entrevistados son familiares directos, por lo que el tiempo de dedicación, la distribución del rol, el compromiso, la responsabilidad y la ayuda económica es lo más resaltante.
9. Es importante resaltar que la convivencia entre miembros de la misma familia parece tener efectos positivos cuando no es por necesidad, ya que se observa que la frecuencia de los contactos con otros miembros de la familia.
10. El cuidador familiar tiende a sustituir al adulto mayor; se aprecia que permanece al su lado desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia, satisfaciendo sus necesidades básicas, tales como el sueño y descanso y vestirse y desvestirse.
11. Todos de alguna manera colaboran con las tomas del medicamento, higiene personal y con el transporte, así como para el desplazamiento en el interior del domicilio. No hubo manifestación en cuanto a la administración del dinero y bienes, en la facilitación en el uso del teléfono y en la solución a situaciones conflictivas, ya que también forman parte de las necesidades instrumentales de la vida diaria de un adulto mayor.
12. El grupo de entrevistados mostró asociación entre la habilidad de cuidado, con el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor; se perciben como único

cuidador y en su mayoría cumplen múltiples funciones, convirtiendo su existencia casi en un solo objetivo que es la de cuidar.

13. La red de apoyo más frecuente es la familia de descendencia directa, apreciándose la disposición para el cuidado, ya que en las tareas del rol, por parte de algunos integrantes de la familia no es un apoyo permanente y definido, se activa por cortos periodos, cuando el cuidador debe ausentarse para realizar actividades personales o derivadas del trabajo de cuidado.
14. Aunque el apoyo de vecinos en el cuidado del adulto mayor se mostró bajo, las dimensiones de la salud que se muestran más favorecidas por la fortaleza del apoyo son el compromiso, la salud percibida, debido a la permanencia del cuidador en el hogar y los problemas funcionales e instrumentales, que muestran frecuentes.
15. Se aprecia que el aprendizaje de las acciones dirigidas a mantener la salud del adulto mayor son la mejor razón para comprender el significado del cuidado, ya que no manifiestan ansiedad sino más bien con una anticipación de la pérdida y con el conocimiento del alcance de la enfermedad.
16. Se observa que la intervención educativa al familiar es en realidad una forma de prevención de enfermedades, es decir, que la efectividad de la intervención, está dirigida a reducir o eliminar las discapacidades y minusvalías y a mantener la autonomía y la calidad de vida.
17. Se aprecia el mecanismo de compensación y ajuste ante las dificultades del cuidado, facilitando experiencias emocionales satisfactorias, de ajuste y de crecimiento personal para los cuidadores.
18. La ayuda institucional fue poco efectiva creándose sentimientos negativos y sensación de desvalimiento, además de una desvinculación de redes distintas a la familia y al centro

asistencial. Uno de los facilitadores del ejercicio del rol o de la práctica del cuidado fue el apoyo prestado por la red ambulatoria.

19. Queda demostrado el grado de satisfacción por el cuidado brindado, lo que representa para el cuidador familiar, un compromiso que a la larga, lo lleva a sentir sentimientos de bienestar, por lo que se aprecia un cuidador familiar satisfecho con las acciones brindadas, y capaz de mantener un vínculo significativo con el adulto mayor y de hacer las actividades de una forma armónica.
20. Queda demostrado el sentido de compromiso y de respeto del cuidador familiar hacia el adulto mayor con las cuestiones religiosas y de la iglesia, apreciándose que las creencias de los adultos mayores no interfieren en las formas de cuidado y en la responsabilidad de los cuidadores hacia ellos, lo que quiere decir que el nivel educacional de los cuidadores se comporta como un elemento protector en relación con el hecho de evitar el desarrollo de patologías a las ya asociadas por la edad del adulto mayor.
21. La mayoría de los cuidadores familiares tienen algún conocimiento de las formas y estilos de vida de la persona cuidada, y que facilitan o habilitan a los cuidadores a conservar el bienestar y la salud del adulto mayor.
22. Entre las personas que realizan los cuidados en casa al adulto mayor se puede diferenciar alguna con una mayor implicación y responsabilidad en los cuidados que otros, produciendo mayor afectación en la salud de los cuidadores.
23. Se aprecia que la experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provocando un aumento en la carga del cuidador lo cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones para la salud del cuidador familiar, ya que no siempre la situación familiar permitió que más personas dividieran las tareas de cuidador.

24. Los cuidadores familiares poseían muchas obligaciones y responsabilidades, pero aun así asumen el rol debido al amor y respeto que sienten por el adulto mayor.
25. Queda demostrado el grado de compromiso que el cuidador familiar posee con el adulto mayor, por lo que un cuidado óptimo del adulto debe ser sensible a los valores personales, culturales y espirituales, las creencias y prácticas, y se extiende en el apoyo a la familia y amigos.
26. Se observó a un cuidador familiar preocupado, lo que reflejaba la alteración de la de las interacciones sociales, la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de los sistemas de cuidado de la salud.
27. Se apreció una relación del cuidador familiar del adulto mayor con el resto de sus familiares, lo que representa una fortaleza en la práctica del cuidado, y por ende repercute en la vida cotidiana, en las que se entremezclan elementos afectivos.

Www.bdigital.ula.ve

Con respecto las metas planteadas en la presente investigación, se puede determinar que el cuidador familiar del adulto mayor posee una percepción satisfactoria acerca del cuidado brindado, ya que la práctica que ejerce de manera cotidiana lo hace basándose en la necesidad que requiere el adulto y con base a las creencias y conocimientos adquiridos a través del desempeño de éste rol, y del apoyo del resto de la familia.

En cuanto al significado del cuidado, se infiere que los cuidadores familiares consideran que el cuidado implica una capacidad de sentir como el adulto mayor. Esto se desarrolla a través de la solidaridad de estar con el familiar, lo que permite tener una conciencia en que es posible la práctica, en la cual el cuidador familiar y el adulto mayor se convierten en sujetos de acción y con identidad propia. En este sentido, se concuerda con Moscovici en que la representación social del cuidado se encuentra formada a partir de un cuerpo organizado de

conocimientos y de actividades a las cuales el cuidador familiar hace inteligible la realidad física y social del adulto mayor, integrándose en una relación cotidiana de intercambios.

En general, el significado del *cuidado* en el cuidador familiar, se construye a través de contribuciones, alcances, cuidados, reconocimientos y actitudes que realiza con el adulto mayor, por lo que se hace necesario comprender que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto, aspectos que sirven para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que tenga la persona.

Www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO VII

PROPUESTA

RED DE CUIDADORES FAMILIARES: UN ENFOQUE DE MANEJO DE CASOS HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

Presentación

El siguiente trabajo tiene como objetivo principal presentar la propuesta de creación de la Red de Cuidadores Familiares del Adulto Mayor (RECFAM), como un aliado a los servicios de enfermería en la labor que ejerce en el primer nivel de atención de salud. La propuesta se enmarca en el proyecto macro de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes aprobado en el 2008 denominado “Descubra como mantenerse sano”.

Como se sabe, enfermería cumple funciones de docencia y de servicio, tanto en la comunidad como en la consulta, basado en las necesidades de salud de la población, así como la posibilidad de planificar acciones tendientes para la promoción y mantenimiento de la salud. En este sentido, dentro de las acciones de servicio a la comunidad, no solo se encuentra el de velar por la salud de las personas y familias, también está el de la organización de grupos de personas que velen por la salud tanto individual como colectivo, por lo que se propone la creación de un club, con el objeto de agrupar a los cuidadores familiares de los adultos mayores y así servir de manera directa e indirecta, como un servicio que se brinda bajo la tutela u orientación del personal de enfermería. Esto bajo el enfoque de la visita domiciliaria y el proceso enfermero como herramientas del cuidado del cuidador familiar.

Con base a lo anterior, la red tendría como filosofía la toma de decisiones descentralizada, la dispersión de la planificación, el apoyo de otros profesionales de la salud, como trabajo social por ejemplo, y la creencia de que el personal de enfermería es lo suficientemente capaz para ser un recurso de calidad dentro del centro de salud. Así mismo tendría como fundamento el Enfoque de Manejo de Casos (EMC) para el cuidado del cuidador familiar como el recurso objeto, ya que es la persona encargada de brindar los cuidados paliativos en el hogar del adulto mayor. Por último, hay que considerar cada caso como particular y la importancia de tratar al cuidador familiar directamente en el hogar, en vista de que la acción cuidadora es muy distinta una de la otra.

Red de Cuidadores Familiares

La creación de la Red de Cuidadores Familiares (RCF), se presenta como una forma de organización adscrita al Departamento Administrativo Social de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, como parte de la actividad de extensión y de docencia-servicio en la Red Ambulatoria “Venezuela”, del Distrito Sanitario N° 1 del Estado Mérida. La RCF, se dedicará a la difusión del conocimiento de forma gratuita, del cuidado del adulto mayor dirigido especialmente al cuidador familiar.

La RCF, se pretende crear para dar cuidados de enfermería a los cuidadores familiares del adulto mayor y para proveer asistencia médica en el hogar a quienes de alguna forma no podrían movilizarse al centro asistencial. Pretende además, abarcar desde la perspectiva de la visita domiciliaria, el cuidado de enfermería en el hogar que incluya entre otros, servicios de terapia física y ocupacional, programas de nutrición para los adultos mayores, así como lo relacionado con el trabajo colaborativo con el resto del equipo de salud y con otros profesionales, esto, con el propósito con garantizar la continuidad del cuidado en la

restauración y mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto del cuidador familiar como del adulto mayor. En este sentido, las metas la RCF estarían encaminadas a:

1. Proveer cuidados de enfermería de manera colaborativa y multiprofesional al cuidador familiar del adulto mayor.
2. Atender a los adultos mayores imposibilitados e incapacitados en casa que necesitan servicios múltiples de salud para que puedan permanecer, con la ayuda del familiar en sus domicilios.
3. Ayudar a los cuidadores familiares a que funcionen al máximo nivel de sus capacidades personales.
4. Orientar al cuidador familiar en el uso de los recursos existentes en la comunidad para propósitos de prevención, mantenimiento y tratamiento, de acuerdo a las necesidades.

Www.bdigital.ula.ve

Enfoque de Manejo de Casos en el cuidado del Adulto Mayor.

Con base a lo anterior, la RCF tiene como base de actuación el Enfoque de Manejo de Casos (EMC) para el cuidado del cuidador familiar, la cual es una intervención individual que facilita el cuidado del adulto mayor en el hogar por parte del familiar encargado. Los elementos claves son el enfoque holístico manejado por el personal de enfermería en la evaluación de las necesidades del cuidador familiar y el apoyo y la educación ofrecidos a los cuidadores que sería los participantes del club, mediante grupos de apoyo y manejo de casos a través de las propias experiencias. En este sentido, el EMC permite que los cuidadores familiares puedan desarrollar un plan de trabajo con la ayuda del personal de enfermería y el apoyo de una evaluación de necesidades sociales, de salud y de vivienda.

El EMC hace énfasis en la delegación del manejo directo e indirecto del cuidado del cuidador familiar a la enfermera o enfermero de salud comunitaria, junto con las herramientas, apoyo y dirección por parte de la institución para lograr esta responsabilidad.

La admisión del cuidador familiar a la Red.

La admisión a la RCF comienza con la referencia del personal de enfermería proveniente de las acciones de la visita domiciliaria o de la consulta de enfermería. También a través de la propia familia, otro miembro del equipo de salud, una organización comunitaria o de la misma persona. Como manejador del caso, el o la enfermera comunitaria, contacta al familiar y establece una cita para la primera visita. Durante la primera visita, la enfermera o enfermero llevará a cabo una valoración sistemática del grupo familiar y su entorno de cara a identificar las fortalezas y debilidades, así como las necesidades y problemas del adulto mayor y para tener una idea del alcance y del tipo de servicio que requieren. Durante esta etapa, la enfermera o enfermero debe identificar al cuidador familiar con el objeto de involucrarlo en el proceso enfermero y en la continuación del cuidado en el hogar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta Ch., Dávila M., Rivera M. y Rivas J. (s/f). *Actividades de la vida diaria y envejecimiento exitoso*. Disponible en:
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/09.pdf> [Consultado el 07 de junio de 2015]
- Acosta Ch; González A. y Rangel C. (2010). *Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales*. Psicología 294 y Salud, Vol. 19, Núm. 2: 289-293.
- Aigner M. (2006). *La técnica de recolección de información mediante los grupos focales*. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/14/grupos_focales.htm [Consultado el 15 de marzo de 2014]
- Alfaro R. (2005). *Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. 5ta. Edición. Masson S.A. España
- Alonso P., Sansó F., Díaz C., Navarro A. y Carrasco M. (2007). *Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor*. Rev Cubana Salud Pública. 33(1).
- Aranceta B. (2002). *Dieta en la tercera edad. En: Nutrición y dietética clínica*. España: MASSON; 2002. p. 107-11.
- Araya S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSC). Sede Académica, Costa Rica. p. 39
- Arnold CM. y Rodríguez D (2007). *Sociedad y Teorías de Sistemas. Elementos para la comprensión de las teorías Niklas Luhmann*. Cuarta Edición. Editorial Universitaria. Santiago de Chile. 2007

- Arnold CM (2009). *La teoría de los sistemas sociales: el desafío de observar una sociedad compleja*. Programa Doctorado de Ciencias Humanas. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
- Ávila J. y Aguilar S. (2007). *El Síndrome de fragilidad en el adulto mayor*. Antología Salud del Anciano. Parte 2. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. UNAM. p.7
- Ayala N. y Rivera S. (1999). *Afrontamiento de unos grupos familiares ante la enfermedad terminal y muerte de un ser querido en el municipio de Funza, Cundinamarca*. Trabajo para optar el título de enfermeras. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia
- Banchs M. (1991). *Representaciones Sociales: pertinencia de su estudio y posibilidades de aplicación*. Boletín AVEPSO N° XIV 1991.
- Bardin L. (1996) *Análisis de contenido*. 2ª e Akal. Disponible en: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMANAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20BIBLIOTECOLOGIA%20Y%20CIENCIAS%20DE%20LA%20INFORMACION%20DOCUMENTAL/S200103.pdf> [Consultado el 18 de marzo de 2014]
- Barrera L, Pinto N. Afanador y Sánchez B. (2006). *Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: comparación de géneros*. Actualizaciones en enfermería. Vol. 9 N° 2 (2006): 9 – 13. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206-Habilidad.htm>. [Consultado el día 25 de mayo de 2013].
- Barrera L, Pinto N. Afanador y Sánchez B. (2006). *Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: comparación de géneros*.

- Actualizaciones en enfermería. Vol. 9 N° 2 (2006): 9 – 13. Disponible en:
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206-Habilidad.htm>.
 [Consultado el día 25 de agosto de 2009].
- Barrera L. y Duarte. (2007). *Significado que el gerontocuidador no profesional da al cuidado del adulto mayor en el hogar*. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(1). Disponible en
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0204.php>. [Consultado el 31 de agosto de 2009].
- Barrera L., Galvis C., Moreno M., Pinto N., Pinzón M., Romero E. y Sánchez B. (2006). *La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Invest. educ. enferm 2006; 24(1): 36-46
- Barros C. (1994). *Apoyo Social y Bienestar del Adulto Mayor*. Cuadernos del Instituto de Sociología. Pontificia Universidad Católica de Chile N° 60. Santiago.
- Batzán J., Valero C., Regalado P. y Carrillo E. (1997). *Evaluación de la fragilidad en el anciano*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 32:26-34
- Blondel C. (1964). *Introducción a la psicología colectiva*. Troquel. Francia
- Buil P. y Díez J. (1999). *Anciano y familia. Una relación en evolución*. Pamplona España. Anales Sis San Navarra. Vol. 22, Suplemento 1. Disponible en:
www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple3.htm-27k. [Consultado el 3 de junio de 2015]
- Camba N. y Flores R. (2010). *Protección social al adulto mayor: un análisis del ordenamiento jurídico venezolano*. Gaceta Laboral v.16 n.1 Maracaibo abr. 2010
- Campo M. (2000). *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Carrasco M. (2005) *Usted puede lograr una buena longevidad*. La Habana: Editorial Científico Técnica; p. 11-3.

- Casado E y Calonge S. (2001). *Conocimiento social y sentido común*. Fondo Editorial de Humanidades y Educación. Universidad central de Venezuela.
- Casado D., López I. y Casasnovas G. (2000). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Colección de estudios sociales. Barcelona: Ed. Fundación "la Caixa". p. 68-75
- Casanova P., Casanova P. y Casanova C. (2003). *Deterioro Cognitivo de la Tercera Edad*. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20(5-6)
- Castel A., Gelonch M., Grau B., Sánchez J., Puig M. y Ribas J. (2003). *El síndrome del cuidador no profesional ¿Existen diferencias en función de las patologías del enfermo anciano a cuidar?* Revista de Psicogeriatría 2003;3(2):75-79.
- Castillo E., Chesla C., Echeverry G., Tascón E., Charry M., Chicangana J., Mosquera Y., y Pomar, D. (2005). *Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer*. Colombia Médica, North América. Vol. 36 N° 3 (Supl 2). (Julio-Septiembre). Disponible en:
http://salud.univalle.edu.co/pruebas/colombiamedica_new/index.php/comedica/article/view/375/379 [Consultado el 16 de marzo de 2015].
- Castillo R. (2005). *Las Actividades de la Vida Diaria (ABVD)*. Revista. Editorial Monte Ávila. Caracas: Venezuela.
- CEPAL (2009) *Envejecimiento o sistemas de cuidado: ¿oportunidad o crisis?* Disponible en:
http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/36631/W263_Envejecimiento_y_cuidados.pdf [Consultado el día 28 de mayo de 2013].
- CEPAL (2009). *Envejecimiento y Derechos Humanos: situación y perspectivas de protección*. Colección Documentos de Proyectos.
- Chardon M. (2008). *Representaciones sociales del cuidado: entre las prácticas y la noción de alteridad*. Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Provincia de

Buenos Aires, Argentina. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Vol. 60, No 2

Disponible en la World Wide Web:

<http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/viewArticle/143/180>

[Consultado el 27 de diciembre de 2012]

Colina J. y Medina J. (1997). *Construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva*. Revis ROL Enferm: (232): 23-30.

Comelin A. (2014). *¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes?*

Revista de Ciencias Sociales. Num. 50, Quito, septiembre 2014, pp. 111-127.

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador. ISSN: 1390-1249

Confederación de Organizaciones Familiares de la Unión Europea (COFACE, 2006). *Carta Europea del Cuidador Familia*. Disponible en: <http://coface-eu.org/en/upload/WG%20HANDICAP/WG2-2007-CHARTES-ES.pdf> [Consultado el Junio 15 de 2009].

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) Gaceta Oficial N° 5.453 publicada el 24 de marzo del 2000.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000). Gaceta Oficial N° 5.453 Extraordinario de 24 de Marzo de 2000. Caracas-Venezuela

Cook J. (1993). *Enfermería siquiátrica* 2° edición Editorial Interamericana Mc Graw-Hill.

Davidhizar R. (1992). *Entendiendo la impotencia de los miembros de familia cuidadores de enfermos crónicos*. Geriatr. nurs 1992;13(2):66

De la Cuesta C. (2009). *El cuidado familiar: una revisión crítica. Investigación y educación en enfermería*. 2009; 27(1):96-102.

De la Cuesta C. (2006). *Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería*. Disponible en:

<http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17045/3/Pre-print%20Metas.pdf> [Consultado el 17 de Febrero de 2015].

De los Reyes Mra. (2001). *Construyendo el Concepto de Cuidador Familiar. IV Reunión de Antropología Do Mercosul*. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Curitiba, Brasil. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>. [Consultado el 9 de Octubre de 2011].

Díaz de Rada y Velasco (1998). *La lógica de la investigación etnográfica*. En: Yuni J. y Urbano C. Investigación Etnográfica e Investigación Acción: mapas y herramientas para conocer la escuela. Editorial Brujas. 3ª Edición. Argentina.

Díaz T., Sales M. y García M. (1988). *El Apgar familiar en ancianos convivientes*. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(6):548-54.

Díaz J. y Rojas M. (2005) *Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo*. Aquichán 9(1): 73-92.

Diéguez A. y De los Reyes Mra. C. (1999). *Institucionalización del anciano y cuidadores familiares*. XIV Congreso Argentino de Logoterapia: Hacia un envejecimiento con sentido. Mar del Plata, Argentina. Disponible en: <http://gerontologiacr.blogspot.com/2011/07/institucionalizacion-del-anciano-y.html> [Consultado el 9 de Octubre de 2011].

Dilts R, Hallbom, T y Smith, S (1996). *Las Creencias. Caminos hacia la salud y el bienestar*, Ed. Urano. Argentina. (Cap. 1)

Domínguez M., García A. y Rivera M. (2013). *Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores*. Acta de investigación psicológica. Vol.3 N° 1 México. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322013000100009&script=sci_arttext [Consultado el 15 de marzo de 2015].

- Duque M. (2002). *Representaciones sociales de roles de género en la vejez: una comparación transcultural*. Rev. latinoam. psicol: 34(1/2):95-106, mar. 2002. tab.
- Disponible en:
- <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20latinoam.%20psicol&connecto r=ET&lang=pt> [Consultado el 19 de Agosto de 2011].
- Espín A. (2008). *Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia*. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 Sep 34(3):
- Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-346620080003000008&lng=es. [Consultado el 3 de abril de 2015]
- Espín A. (2010). *Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia*. Ciudad de la Habana. 2003 – 2009. Disponible en:
- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_ana_margarita_espin.pdf
- [Consultado el 15 de marzo de 2015]
- Estrada y Agudelo (2006). *Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)*. GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 2 No. 2.
- Fernández C. (1997). *Modelos conceptuales de Enfermería*. Revista Rol de Enfermería, N° 78, p. 17
- Fernández I., Silvano A. y Del Pino M. (2013). *Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar*. Index Enferm [online]. 2013, vol.22, n.1-2 pp. 12-15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-129620130001000003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.
- <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-129620130001000003>. [Consultado el 30.01.2016]
- Fernández N. y Hernández P. (2007). *Capacidad del Adulto Mayor*. Rev Cubana Salud Pública; 27(1):19-25.

- Figueredo N., Sotolongo I., Arcias R. y Díaz G. (2003). *Caracterización del adulto mayor en la comunidad*. Rev Cubana Enfermer 2003; 19(3). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol19_3_03/enf08303.htm. [Consultado el 15 de octubre de 2011].
- Flores E., Rivas E. y Seguel F. (2012). *Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa*. Ciencia y enfermería, 18(1), 29-41. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-5532012000100004.
[Consultado el 31 de mayo de 2015].
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2006) Boletín N° 1. Disponible en:
http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Boletin_Nro1UNFPA.pdf [Consultado el 30 de mayo de 2013]
- Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela (UNFPA, 2006). *Análisis de situación de población en Venezuela*. Primera edición.
- Fuentes C. y Miqueles P. (2010). *Factores Protectores y de Riesgo en las familias que ejercen el Cuidado Informal de Adultos Mayores Dependientes. Usuarios del Hospital Comunitario de Salud Familiar Dr. Héctor Reyno Gutiérrez, comuna de Alto Hospicio, Región de Tarapacá-Chile periodo 2009-2010*. Seminario de tesis de pregrado Carrera de Trabajo Social. Universidad Arturo Prat de Iquique
- Gallo J., Molina J., Miquel A. y Taltavull J. (2012). *Estrategias de cuidados de las familias con las personas mayores que viven solas*. Index de Enfermería [Index Enferm] 2013; 22(1-2): 20-24. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/8036r.php> [Consultado el 27 de julio de 2013]

- García (2006). *Las actividades básicas de la vida diaria*. Bol. Hosp. Viña del Mar, ene. 2004; 60(1):2-8.
- García M. y Gutiérrez M. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- Garriga V. (2000). *La problemática de los cuidadores mayores*. Informaciones Psiquiátricas. 2000; 0(162):363-371.
- Giraldo C. y Franco G. (2006) *Calidad de vida de los cuidadores familiares*. Aquichán vol.6 no.1 Bogotá Jan./Dec. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972006000100005&script=sci_arttext&lng=pt [Consultado el 16 de marzo de 2015]
- Giraldo C., Franco G., Correa L., Salazar M. y Tamayo A. (2006). *Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 23(2):7-15. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000200002&lng=en [Consultado el 10 de marzo de 2015]
- Gómez C. (2003). *Complejo Gerontológico*. La Habana: Hospital Universitario Dr. Salvador Allende. Cuba.
- González J. (2006). *Cuando los años pasan: abuelos en familia*. Disponible en
<http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=238>
[Consultado el 10 de marzo de 2015]
- González U. (2002) El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Revista Cubana de Salud Pública 2002; 28 (2): 157-75

Grupo de Cuidado (1998). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. En: Dimensiones del Cuidado. Bogotá: Unibiblos.

Guzmán J., Huenchuan S. y Montes de O. (2003). *Redes de apoyo social de las personas mayores. Marco conceptual*. Revista *Notas de Población*, N° 77, Santiago de Chile, CELADE/CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.171.

Ham R. y Gutiérrez L. (2001). *El envejecimiento demográfico en México: importancia económica, social y política*. Eds. México, Panamericana

Hernández S, Fernández C. y Baptista P. (2007), *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc Graw Hill. México.

Herrera M. (1998). *Nuevos desafíos en políticas sociales: La Community Care*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas; 82: 249-281.

Huenchuan S. y Morlachetti A. (2007). *Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina*. Revista *Notas de Población*, N° 85 (LC/G.2346-P), Santiago de Chile, CELADE/CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, N° S.07.II.G.105.

Ibarra C. (2012). *Evaluación de los programas de salud del adulto mayor y el profesional de enfermería de la comunidad en Ciudad Victoria, México*. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. España.

IMSERSO (2002). *Las personas mayores en España*. Disponible en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/informacion/informe2002>

[Consultado el 09 de marzo de 2015]

IMSERSO (2004). *Los cambios en el modelo de familia y la incorporación de la mujer al trabajo reducen la disponibilidad de apoyo informal*. Capítulo I p. 19. En: Atención a las personas en situación de dependencia en España.

http://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia_01.pdf [Consultado el 09 de marzo de 2015]

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2011) Censo de Población y Vivienda. Documento disponible en: http://www.ine.gov.ve/demografica/censo_poblacion_vivienda.asp. [Consultado el 10 de Mayo de 2011].

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014) Censo de Población y Vivienda. Documento disponible en:
http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=98&Itemid=51# [Consultado el 14 de abril de 2014]

Isla P. (2000). *El Cuidador Familiar: Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia*. Revista “Cultura de los Cuidados”. 1º y 2º Semestre. Año IV N° 7 y 8. p. 87 – 194.

Jelin E. (1994). *Las familias en América Latina. Familia Siglo XXI*. Ediciones de las Mujeres, N° 20, Santiago de Chile

Jiménez J. y Guevara G. (2006). *Adulto Mayor (El envejecimiento)*. Programa 2002-2003 de Formación Continuada Acreditada para Médicos de Atención Primaria

Jodelet D. (1993). *Conferencia de la Dra. Denise Jodelet*. En: Primeras Jornadas sobre representaciones sociales. Buenos Aires: CBC - UBA, 2003. Disponible en:
<http://www.cbc.uba.ar/dat/sbe/rep soc.html>. [Consultado el 1 de septiembre de 2007].

Jodelet, D. (2000). *Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras*. En: Denise Jodelet y Alfredo Guerrero, Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales, México, UNAM, pp.7-30

Lacolla, L. (2005). *Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos*. En: Revista electrónica de la Red de Investigaciones Educativas Vol. 1, N°

3. (Julio – Diciembre de 2005). Disponible en:

<http://revista.iered.org/v1n3/pdf/llacolla.pdf> [Consultado el 13 de marzo de 2014]

Lara A., Navea C. y Torres Y. (2012). *Sobrecarga y resiliencia del familiar cuidador del adulto mayor con dependencia severa*. Monografía para optar al grado de Magíster en Familia Mención en Intervención Familiar. Disponible en:

<http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/155/3/Lara%20Lara%2c%20Teresa.pdf> [Consultado el 01 junio de 2015]

Lara L., Díaz M., Herrera E. y Silveira P. (2001). *Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica*. Rev Cubana Enferm. 17(2): 107-111.

Laslett (2000). *Impacto del Envejecimiento Poblacional en la Sociedad*. Seminario 28 y 29 de Agosto de 2000. Centro de Convenciones Diego Portales. Santiago, Chile. 35p.

Lawton MP, Brody EM (1969). *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living*. Gerontologist Autumn; 9(3):179-86. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_lawton_y_brody.pdf [Consultado el 17 de Marzo de 2014]

Marriner A. y Raile M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. (6ª ed.) Madrid: Elsevier. Mosby. p. 55, 195, 491

Marrugat M. (2005). *La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes*. Rev Mult Gerontol 2005;15 (3):171-177

Martín M., Salvadó I., Nadal S, Miji L, Rico J. y Lanz P. (1996). *Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit*. Rev Gerontol. 1996;6:338-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600020 [Consultado el 17 de marzo de 2014]

- Martínez A. y Fernández I. (2008). *Ancianos y Salud*. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi10408.htm. [Consultado el 7 de octubre de 2011]
- Martínez C. (2012). *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.3. Rio de Janeiro Mar. 2012.
 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300006&script=sci_arttext [Consultado el 19 de Marzo de 2014]
- Martínez M. (1994). *La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación. Manual teórico – práctico*. 2ª edic. México: Trillas.
- Martínez M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. 2ª edic. México: Trillas.
- Martínez M. (2006). *La investigación cualitativa (síntesis conceptual)*. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf [Consultado el 07 de junio de 2015]
- Martínez M. (2007). *La investigación cualitativa etnográfica. Manual teórico-práctico*. 3ª edic. México: Editorial Trillas.
- Martos A. (2011). *Aspectos Psicosociales del Envejecimiento*. Funiber, España, Granada.
- Megret A., Migdalia M. y Fong Y. (2002). *Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente*. Rev Cubana Enfermer v.18 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2002. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192002000100008&script=sci_arttext [Consultado el 15 de marzo de 2015]
- Mella R., González L., D'Appolonio J., Maldonado I., Fuenzalida A. y Díaz A. (2004). *Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor*. Psykhe (Santiago), 13(1), 79-89. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000100007&lng=es&tlng=es [Consultado el 12 de marzo de 2015]

- Mirón J. (2005). *Nivel socio sanitario de las personas adultas con discapacidad intelectual en Salamanca*. Mapfre Medicina 2005; 16(2): 122-3.
- Mishara B. y Riedel R (2000). *El Proceso de Envejecimiento*. 3ª ed. Madrid: Morata**
- Molina J., Fernández R., Llopis J. y Mc. Ch. (2008). *El Apoyo social en situaciones de crisis: un estudio de caso desde la perspectiva de las redes personales* Revista de Trabajo Social, ISSN 1578-0236, Vol. 8, 1, 2008 págs. 61-76
- Montoro J. (1999). *Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores*. Revista Internacional de Sociología (23): 22.**
- Mora, M. (2002) *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Athenea Digital - num. 2 otoño 2002-1. Disponible en:
[http://www.academia.edu/214897/La Teoria de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici](http://www.academia.edu/214897/La_Teoria_de_las_Representaciones_Sociales_de_Serge_Moscovici) [Consultado el 14 de Marzo 2014]
- Morales O. (2004). *Calidad de vida de los cuidadores familiares de personas que viven en situación de enfermedad crónica discapacitante*. Guatemala. Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
- Moragas R. (1995). *La gerontología social*. ed. Paidós, España**
- Morse J. y Field P. (1995) *Qualitative research methods for health professionals* (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage. En: Polit D. y Hungler B. (2006) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud Sexta Edición* McGraw-Hill Interamericana. Editores
- Moscovici S. (1961). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul 1979.
- Moscovici S. (1963). *Attitudes and opinions*. Annual Review of Psychology.
- Moscovici S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A.

- Moscovici, S. (1981). *La era de las Multitudes. Un tratado histórico de psicología de masas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moscovici, S. (1993) *Psicología social, II pensamiento y vida social, sicología social y problemas sociales*. Paidós, Barcelona
- Mui A. (1992). *La carga del cuidado entre hijas cuidadoras blancas y negras: La perspectiva de la teoría de rol*. Gerontologist 1992;32(2):203-212
- Muñoz L. (2006). *El apoyo social y el cuidado de la salud humana*. En: Cuidado y práctica de Enfermería. Grupo de C. Facultad de Enfermería. Universidad nacional de Colombia. Pág. 99-105
- Nkongho N. (1999). *The Caring Inventory*. Strickland O, Waltz C. Measurement of Nursing Outcomes 1999; FORU.
- Organización Mundial de la Salud (1974). *Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, editores*. Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1986) *Informe sobre la salud en el mundo. La vida en el s. XXI: una perspectiva para toso*. Documento de la OMS. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003) *Manual de la Organización Panamericana de la Salud para la atención al adulto mayor*. Washington. D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (2014) *Informe sobre Envejecimiento y la Salud en América Latina y el Caribe (MIAH)* Washington D. C.
- Organización Panamericana de la Salud (2011) “Informe sobre Género, Salud y Desarrollo de las Américas. Indicadores Básicos 2011” Disponible en:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/gdr-basic-indicators-spanish-2011.pdf>
[Consultado el 12 de enero 2013]

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. (2002). *Gestión de Cuidados de Enfermería en Adulto Mayor*. Universidad de Chile. Santiago de Chile

Organización de Naciones Unidas (2012). *Envejecimiento de la Población Mundial: 1950-2050*. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/esa/population/unpop.htm>
[Consultado el 14 de junio de 2015]

Organización de Naciones Unidas (2007). *Informe de Población*. Documento disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=9007&criteria1=&criteria2> [Consultado el 3 de junio de 2015]

Organización Mundial de la Salud (2002). *Necesidades de cuidado corrientes y futuras a largo plazo*. Ginebra.

Ortega B. (2009). *Actividades de la vida diaria del anciano*. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Actividades-De-La-Vida-Diaria-Del/5854.html>. [Consultado el 1 de septiembre de 2012]

Ospina S. (2001). *Globalización y desarrollo local: hacia una perspectiva municipalista*. Revista de Estudios Sociales. Versión en línea. Revista N° 8 Disponible en: <http://res.uniandes.edu.co/view.php/171/index.php?id=171> [Consultado el 11 de febrero de 2014]

Otero A., Zunzunegui V., Beland F., Rodríguez A., García de Y.M. (2006) *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Documento de Trabajo FBBVA 2006 N° 9, p.111

Padilla D. (2003). *Sociedad y adulto mayor: Condiciones actuales de desarrollo*. Manual de Geriátrica. 2da Edición. Madrid: Ediciones Harcourt SA.

Parales C. y Dulcey E. (2002). *La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita*. Revista Latinoamericana de Psicología, 34, 107-121.

- Perlado F. (1995). *Teoría y práctica de la Geriatria*. Editorial Díaz de Santos. Madrid, España.
- Piedrahita M. y Medina S. (2015). *Representaciones sociales del adulto mayor en estudiantes de psicología de séptimo semestre*. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10819/2297> [Consultado el 16 de marzo de 2015]
- Pinto N., Barrera L. y Sánchez B. (2005). *Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores"*. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100013&script=sci_arttext [Consultado el 07 de junio de 2015]
- Pinto N. (2006) *Hacia un modelo de cuidado en el hogar*. En: Cuidado y práctica de enfermería. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. p.p. 57 - 71
- Pinto N. y Sánchez B. (2000). *El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad*. Bogotá: Unibiblos
- Poletti T. (2007). *Actividades de la Vida Cotidiana*. Rev. med. Maule, abr. 2005; 25(1):28-37.
- Porta L. y Silva M. (s/f) *La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa*. En: Krippendorff K. (1990). *Metodología del análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona. Paidós Ibérica, S.A. Disponible en:
<http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf> [Consultado el 15 de marzo de 2014]
- Reyes T. (2000). *Métodos cualitativos de investigación: los grupos focales y el estudio de caso*. Disponible en:
<http://www.fvet.uba.ar/rectorado/postgrado/especialidad/programas/Grupofocalystudiodecaso.pdf> [Consultado el 15 de marzo de 2014]

- Rivera L. y Alvarado T. (2007). *Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country*. Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf> [Consultado el 16 de marzo de 2014]
- Robles L. (2001). *El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento*. En: Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 16, núm. 3, sep-dic, México
- Roca A. y Blanco K. (2007). *Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes*. Correo Científico Médico de Holguín 2007;11 (4 Suppl. 1)
- Rodríguez Á. (s/f). *Hacia una Gerontología más humana*. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. Vol. 8 N° 8. Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica8/Art01.html> [Consultado el 14 de marzo de 2015]
- Rodríguez R., Andrade P. y Marques S. (2001). *Representaciones Sociales del Cuidado del Anciano en Trabajadores de Salud en un Ancianato*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, 2001. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>. [Consultado el 26 de octubre de 2011].
- Rodríguez P. (1995). *El Plan Gerontológico y el esfuerzo compartido en acciones para la vejez*. Documentación Social, n° 86. Madrid.
- Rojas M. (2007). *Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot*. av.enferm.,XXV (1):33-45, 2007. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_3.pdf [Consultado el 19 de marzo de 2015].

- Romero Á. (2007). *Temas para la asistencia clínica al adulto mayor*. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* ISSN:1727-897X Medisur 2007;5(2) Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/temas_para_la_asistencia_clinica_al_adulto_mayor.pdf. [Consultado el 1 de Febrero de 2012].
- Romero, Á. (2007). *Inmovilidad en el anciano: Causas, consecuencias y tratamiento*. En: *Revista Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*. Vol. 21 No. 3 / 2007
- Rubio M. (2002). *Factores de riesgo de malnutrición*. En: *manual de alimentación y nutrición en el anciano*. España: MASSON; pp 23-29.
- Sabino C. (2002). *Cómo Hacer una Tesis*. Caracas, Venezuela; Editorial Panapo
- Sánchez A. (1994). *El apoyo social informal*. En: *La atención de los ancianos. un desafío para los noventa*". OPS/OMS. Publicación Científica 546.
- Sánchez B. (2005), *La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica*. Revista: Investigación y educación en Enfermería. Universidad de Antioquia, vol. XIX, No. 2, septiembre 2001, pp. 36-50
- Sánchez B. (2001). *La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación crónica de enfermedad*. Invest. educ. enferm 2001;19(2):36-51.
- Sánchez B. (2001) *Cómo cuidar un enfermo en casa*. Aquichán 5(1): 162.
- Sánchez S. (2000), *Gerontología Social*. Ed. Editorial Espacio.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2004) *Gaceta de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*. Año 3, Número 1. Disponible en:
http://www.segg.es/segg/pdf/gaceta/ano3_num11.pdf. [Consultado el 26 de octubre de 2006].
- Stewart M. (1989). *Instrumentos de soporte social, creados por enfermeras investigadoras*. En: *Nursing research*. Vol. 38. Nº 5. pp. 268-275

Tamayo M. (2003). *Metodología de la Investigación*. Editorial Mac Graw Hill. Barcelona: España.

Tamayo M. (2006). *El Proceso de Investigación Científica*. México; Editorial Limusa S.A.

Tomas A. y Llarás A. (1997). *Guía Práctica: Cuidemos a los cuidadores informales*.

Publicado ICS.

Torralba F. (2005). *Esencia del cuidar: siete tesis*. [Sal terrae](#): Revista de Teología Pastoral.

Tomo 93, N° 1095. p.p.885 – 894

Twigg J. (1993). *Cuidadores de los ancianos: modelos para un Análisis*. En: Jamieson A.;

Illsley R. (de) Comparación de políticas europeas de atención a las personas mayores.

Barcelona: SG editores.

U.S. Census Bureau. International Data Base. Disponible en:

<http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>

[Consultado el 31 de mayo de 2014]

Vega O. y González D. (2010). *Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica*. Enferm glob [revista en la Internet]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_. [Consultado el 14 de marzo 14 de 2014]

Vega O. (2011). *Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos*. Aquichán v.11 n.3 Bogotá sep./dic. 2011. Disponible en:

http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000300004&lng=es&nrm=iso [Consultado el 27 de julio de 2013]

Velasco A. (2010). *Cuidador familiar del adulto mayor. Características y perfil de salud*.

Red Ambulatoria Venezuela, Mérida. Volumen V. Número 21 - Noviembre 2010.

Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/revista>. [Consultado el 29 de mayo de 2013]

- Velasco A., Ortíz L., González E. y Rojas D. (2009). *Cuidados suministrados por el cuidador familiar al adulto mayor residenciado en el sector Don Tobías de Trujillo, estado Trujillo. Marzo a Junio 2009*. Trabajo No Publicado. Escuela de Enfermería. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
- Vera J. (2010). *Ser cuidador; el ejercicio del Cuidar*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente. 2010; 50, 55-99
- Vera M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. An Fac Med Lima 2007; 68(3) p.p 284 – 290
- Vidaver V. (1990). *Conceptos sobre enfermedad crónica y cuidado en casa*. In: Strickland OL, Waltz CF. *Measurement of Nursing Outcomes: Self Care and Coping*. New York: Springer Publishing Company
- Villarreal D. y Salazar C. (2006). *Experiencias Cotidianas de Cuidadoras de Personas con la Enfermedad de Alzheimer*. Desarrollo Científ. Enferm. 2006; 14(9): 342-347.
- Watson J. (1988). *Cuidado humano en Enfermería. Una Teoría de Enfermería*. Natinal League for Nursing.
- Yanguas J, Leturia F, Leturia M. (2000). *Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes*. Papeles del Psicólogo; 76: 23-32.
- YuniI J. y Urbano C. (2005). *Investigación Etnográfica e Investigación Acción: mapas y herramientas para conocer la escuela*. Editorial Brujas. 3ª Edición. Argentina.
- Zavala M., Vidal D., Castro M., Quiroga P. y klassen G. (2006). *Funcionamiento social del adulto mayor*. Ciencia y enfermería, 12(2), 53-62. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007&lng=es&tlng=es. [Consultado el 10 de marzo de 2015]

ANEXOS

Www.bdigital.ula.ve

Anexo 1: Consentimiento Informado

Nombre del investigador principal: *Velasco C. Asdrúbal A.*

Documento de Consentimiento Informado para la investigación relacionada con: *Evaluar la percepción que posee el cuidador familiar acerca del cuidado que le brinda al adulto mayor, residenciado en el área de influencia del Ambulatorio Belén de Mérida, estado Mérida. 2015*

Nombre el grupo de individuos para quien se escribe este consentimiento: *Cuidadores familiares del adulto mayor residenciados en el área de influencia de la Red del Ambulatorio "Belén". Mérida, estado Mérida. Venezuela.*

Presentación: Soy Asdrúbal Velasco, Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, y estoy investigando sobre la *percepción que posee el cuidador familiar acerca del cuidado que le brinda al adulto mayor*. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir si participar o no, pero antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunos aspectos que no comprenda, pero si tiene preguntas puede preguntarme con toda confianza.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, esto tomará aproximadamente una hora de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por *Asdrúbal Velasco*, he sido informado (a) de que la meta de este estudio es

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Nombre del cuidador familiar y firma

Fecha: _____

Anexo 2: Instrumento de recolección de la información con guía temática del moderador del grupo focal.

Parte 1: Perfil de salud y nivel de sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR FAMILIAR

Edad: <20 ____ 21 a 24 ____ 25 a 29 ____ 30 a 34 ____ 35 a 39 ____ 40 a 44 ____ 45 y más ____
Género: Masculino ____ Femenino ____
Estado civil: Soltera (o) ____ Casada (o) ____ Viuda (o) ____ Divorciada (o) ____
Filiación con el adulto mayor: Esposa (o) ____ Hermana (o) ____ Hija (o) ____ Tía (o) ____ Yerna (o) ____ Otro ____
Nivel de Instrucción: Analfabeto ____ Primaria Completa ____ Primaria Incompleta ____ Secundaria Completa ____ Profesional ____
Tiempo de cuidado: 3 años o menos ____ 4 a 6 años ____ 7 a 9 años ____ 10 años o más ____
Tiempo que dedica al cuidado del adulto mayor: Más de 12 horas diarias ____ 8 a 11 horas diarias ____ 4 a 7 horas diarias ____ 1 a 3 horas diarias ____ Menos de 3 horas diarias ____ 1 o 2 veces por semana ____
Situación Laboral: Activo ____ No activo ____

SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR (TEST DE ZARIT)						
Instrucciones: A continuación se presentan una lista de afirmaciones. Indique con una equis (X) con qué frecuencia se siente usted así: Nunca (N), casi Nunca (CN), A Veces (AV), Frecuente (F) y Casi Siempre (CS). Responda con base a su experiencia.	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente	Casi siempre	Total
	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?						

¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?							
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?							
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?							
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?							
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?							
Total							

Fuente: Martín M., Salvadó I., Nadal S, Miji L, Rico J. y Lanz P. (1996)

Www.bdigital.ula.ve

Parte 2: Perfil de salud y capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR

Edad: 65 a 74 años ____ 75 a 84 años ____ 85 y más **Género:** M ____ F ____ **Estado civil:** Soltera (o): ____ Casada (o): ____ Divorciada (o): ____ Viuda (o): ____ **Escolaridad:** Primaria Incompleta ____ Primaria Completa ____ Secundaria Incompleta ____ Secundaria Completa ____ **Trabajo:** Si ____ No ____ **Fuente de ingreso:** Jubilación: ____ Pensionado: ____ Otra: ____ **Patología Asociada:** Enfermedad degenerativa articular: ____ Enfermedad degenerativa muscular: ____ Enfermedad degenerativa ósea: ____

CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR. (ESCALA DE LAWTON Y BRODY)

	Escala	Total	
Capacidad de usar el teléfono		Nº	%
– Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números.	1		
– Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1		
– Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1		
– No utiliza el teléfono en absoluto	0		
Total			100
Ir de compras		Nº	%
– Realiza todas las compras necesarias independientemente	1		
– Realiza independientemente pequeñas compras	0		
– Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0		
– Totalmente incapaz de comprar	0		
Total			100
Preparación de la comida		Nº	%
– Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1		
– Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0		
– Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0		
– Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0		
Total			100
Cuidado de la Casa		Nº	%
– Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1		
– Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1		
– Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1		
– Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0		
– No participa en ninguna labor de la casa	0		
Total			100
Lavado de la ropa		Nº	%
– Lava por sí mismo/a toda su ropa	1		
– Lava por sí mismo/a pequeñas prendas: medias	1		

– Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0		
	Total		100
Uso de medios de transporte		Nº	%
– Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1		
– Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1		
– Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1		
– Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0		
– No viaja en absoluto	0		
	Total		100
Responsabilidad respecto a su medicación		Nº	%
– Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1		
– Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas	0		
– No es capaz de administrarse su medicación.	0		
	Total		100
Manejo de asuntos económicos		Nº	%
– Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga, recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos.	1		
– Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco.	1		
– Incapaz de manejar dinero.	0		
	Total		100
Total General			

Fuente: Escala de Lawton y Brody (PHILADELPHIA GERIATRIC CENTER, 1969)

Parte 3: Guía del moderador del grupo focal

Fecha del grupo focal: _____

Lugar de la sesión: _____

Número de informantes: _____

Nombre del moderador: _____

Nombre del asistente: _____

Preguntas

15. ¿Desde cuándo están ustedes a cargo del adulto mayor?
16. ¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales ustedes se han hecho responsable del adulto mayor y de los cuidados?
17. ¿Han contado con el apoyo de otros miembros de la familia para el cuidado del adulto mayor?
18. ¿Cuáles cuidados son los que más requiere el adulto mayor?
19. De los cuidados brindados ¿Cuál o cuáles son los que más se le dificultan para ayudar al adulto mayor en el hogar?
20. ¿En cuáles aspectos han contado con la ayuda de vecinos para el cuidado de los adultos mayores?
21. ¿Usted cree que los cuidados brindados a los adultos mayores son los más adecuados o efectivos?
22. ¿Han contado con el apoyo del equipo de salud del ambulatorio para ayudar en el cuidado del adulto mayor?
23. ¿Creen ustedes que el adulto mayor requiere de más cuidados del que realmente necesitan?
24. ¿Ustedes creen que las creencias del adulto mayor pueda influenciar en el cuidado que les proveen y qué manera?
25. ¿Se siente cansada o cansado por atender al adulto mayor en casa?
26. ¿Se sienten obligadas u obligados a proveer los cuidados al adulto mayor?
27. ¿Cómo ha sido la experiencia de la práctica del cuidado brindado por usted del adulto mayor?
28. ¿Cómo es su relación con los familiares del adulto mayor que cuida?

Anexo 3: Resultados con base a percepción que posee el cuidador familiar acerca de la práctica del cuidado brindado al adulto mayor: clasificación y categorización de la respuesta viva.

Tabla 4: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Tiempo a cargo del cuidado del adulto mayor.

Categoría: Tiempo a cargo del cuidado del adulto mayor
Subcategorías: a) Disposición, responsabilidad y compromiso; b) Distribución de roles y división del trabajo
Código vivo:

a) Disposición, responsabilidad y compromiso:

“Bueno, yo estoy a cargo desde el 29 de enero del año en curso, es mi madre, le dio un ACV, pero también tengo a mi papá, él hasta ahora se maneja por sí solo, pero no crea, hay veces que debo meterle la mano, ya no es una sola, a veces son los dos, lo que hace que deba estar con ellos más tiempo”

“Mi mamá está a cargo mío desde hace 20 años. Ella misma se fue solita, y desde entonces está conmigo”

“Desde hace 8 años y 11 meses estoy al cuidado de mi madre a raíz de la muerte de mi padre.....”

“Huy! Yo no me acuerdo desde cuándo.....”

“Pues yo desde hace poco, realmente esto me ha tomado de sorpresa”

“Pues toda la vida creo.....”

“Parece mentira (piensa), pero creo que hará como 10 años que estoy con ella.....”

“Ellos se mudaron hará como 12 o 13 años. Haber, haber.....no me acuerdo, y desde esa vez están conmigo”

b) Distribución de roles y división del trabajo

“.....pero en la casa gracias a Dios, somos varios y nos turnamos, pero a veces me toca a mí más que a ellos”

“Lo que sí es cierto que como yo he estado con ellos, pues me ha tocado a mí. Mis hermanos a veces están y otras veces no están”

“.....aunque desde hace 5 años para acá yo me le he dedicado más tiempo, ya que todos mis hermanos se casaron y se fueron”

“.....gracias a Dios no estoy sola, pero sí soy la que más le mete la mano”

“He aprendido muchas cosas solita, ¡Pero que más!”

Fuente: Entrevista cuidadores familiares (2014)

Tabla 5: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Motivos para la responsabilidad del cuidado.

Categoría: Motivos para la responsabilidad del cuidado.
Subcategorías: a) Solidaridad y abandono; b) Capacidad funcional limitada; c) Situaciones familiares: divorcio, separación y muerte
Código vivo:

a) Solidaridad y abandono

“...él era muy activo hasta el 2012 que le dio esa Disrritmia, y yo como nunca me fui, no me botan, sigo siendo la niña de mi casa. Eso es una bendición”

“En mi caso yo vivo al lado de la familia, y desde un tiempo para acá, él ha quedado solo, los hijos, bueno si se pueden llamar hijos, lo han dejado solito”

“El pobre antes trabajaba, yo lo veía todos los días pero llegó un momento que no lo veía mucho, y eso me llamó mucho la atención, y fue cuando empecé a pasar por allá para ver qué era lo que pasaba....”

“Yo vivía en Caracas, soltero, siempre he estado soltero gracias a Dios, todavía hasta ahora, pero por cuestiones de trabajo me vine. Me vine y desde entonces he tenido el privilegio de tenerla”

“Ellos se mudaron hará como 12 o 13 años....no me acuerdo, y desde esa vez están conmigo. Al principio fue fuerte porque éramos muchos, pero la cosa ha cambiado, ya cabemos en la casa por lo menos”

b) Capacidad funcional limitada

“Bueno a parte de mamá, ya papá tiene 87 años. Él está bastante decaído, sufre de la cadera, entonces hay que ayudarlo.....”

“.....resulta que ya empezaba a sentirse muy malito, los dolores de las rodillas no lo dejaban caminar”

c) Situaciones familiares: divorcio, separación y muerte

“Yo vivía con mi abuela, y desde que llegué acá a Mérida, porque antes vivía en Santa Cruz de Mora, por allá con mi pareja solitos, pero a raíz de problemas con mi marido, lo dejé y desde ahí vivo en la casa con mi mamá, porque yo vivo con ella, y mis hijas que ya están grandes, ya andan por ahí solitas”

“Pues aun yo vivía la lado de la casa de mis papás, cada vez tenía que ir más seguido. Eso era todos los días y a cada rato. Muere mi mamá y le tocó a ésta que está aquí cuidar de él (risas)”

Fuente: Ídem Tabla 4

Tabla 6: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Apoyo de otros miembros de la familia.

Categoría: Apoyo de otros miembros de la familia
Subcategoría: Relación de ayuda familiar
Código vivo:

a) Relación de ayuda familiar

“Si, en mi caso somos tres hermanos, una casada vive aparte, el varón, mi hermano vive en casa, por su trabajo va y viene, y bueno no le gusta estar mucho en casa, ¡entonces claro! la responsabilidad ha caído prácticamente en mí, y eso ha hecho que le dedique más tiempo”

“Por ejemplo los fines de semana yo no cuento con ninguno de los dos, yo estoy sola, sola, sola para todo [silencio] para los dos”

“No lo hacen! Yo lo analizo de esa manera, fríamente, no le gusta. Por ejemplo él me ha dicho a mí, “yo no baño a mamá”

“Yo me quedo sola con la niña mía, gracias a Dios es muy colaboradora”

“Nosotros somos ocho también, 4 hembras y cuatro varones, pero como dicen acá, los varones no ayudan, solo ¡mire! [gestos] no les gusta”

“Yo tengo la colaboración de mis tres hijas que son con las que cuento, con ellas los sábados y domingos estoy libre”

“Ellas se meten y yo me pongo a descansar”

“Mis hermanos todos colaboran. Ellos están muy pendientes”

“Yo tengo una hermana médico y siempre está pendiente, pero no vive con nosotros”

“Una de ella le dedicaba un poquito más de tiempo, ahora lo que le da es cuestión de materialista, falta aquello, porqué esto y porqué aquello, ya se gastó. Pero en realidad yo soy el que se encarga de los cuidados”

“Uno está ahí, yo me tuve que mudar hasta de cuarto para estar más cerca de ella”

“Bueno, yo cuento a veces con el apoyo de mi sobrino, él se casó y ahora pues tiene que atender a su mujer, y ahora que está preñada más. Me toca a mí que asumir el control de todo”

“Yo tengo un negocio, un niño con Síndrome de Down, gracias a Dios y él se hace la mayoría de las cosas, pero no crea, a pesar de que no estoy sola, la responsabilidad siempre es de uno”

“Para mí es como si no estuvieran, ellos colaboran claro, pero tengo que estar detrás de ellos, mira haga tal cosa, mira ponga esto allá, mira tráigame tal cosa, prefiero hacer todo yo”

Fuente: Ídem Tabla 4

Tabla 7: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Cuidados que más requiere el adulto mayor.

Categoría: Cuidados que más requiere el adulto mayor
Subcategorías: a) Administración de medicamentos; b) Aseo personal; c) Higiene del hogar / arreglo de la casa; d) Movilización; e) Alimentación; f) Seguridad
Código vivo:

a) Administración de medicamentos

“Primero la dosis reglamentaria del medicamento. En eso si soy cuidadosa”

“La otra vez casi que se me intoxica, y cómo me vi para superar eso”

“Le doy el desayuno completo antes de las pastillas, porque hay algunas que le afectan el estómago. Él como es tan delicado, pues hay que tener mucho cuidado”

“....luego la llevo para que tome un poco de sol, es muy friolenta”

“Yo nunca estoy pendiente de la medicina, ella tiene su mesita de noche, ahí tiene su vasito de agua y tiene el pastillero....”

“El caso mío que sería el cuidado mayoritario es también lo del medicamento, en eso sí tengo yo cuidado”

“Hasta ahora gracias a Dios son muy pocas las cosas que ella necesita ayuda, pero más es la comida y en el medicamento”

b) Aseo personal

“No puede estar sin bañarse, se baña sola, hasta ahora se baña sola”

“.....eso sí, bañarse si hay que ayudarla porque vive mareada, no vaya ser que se dé una caída y se empeore las cosas”

“.....y bueno el aseo personal todos los días”

“Hay cosas que ellos requieren, el aseo diario, la comida, movilizarlos, ayudarles a andar para que se acuesten, para la calle a veces, y eso cuando no está lloviendo o haciendo mucha calor”

c) Higiene del hogar / arreglo de la casa

“Mientras ella lo hace yo aprovecho y hago otra cosa, como por ejemplo hacerle la cama.....”

d) Movilización

“Cuando mi hermana no la puede llevar al trabajo dejo de asistir al trabajo para llevarla a la terapia, ya que ella requiere de ayuda física y de moverse”

“Acostarla un rato, pararla, ayudarla a caminar en las tardes.....”

“Hay cosas que ellos requieren, el aseo diario, la comida, movilizarlos, ayudarles a andar para que se acuesten, para la calle a veces, y eso cuando no está lloviendo o haciendo mucha calor”

e) Alimentación

“Hay cosas que ellos requieren, el aseo diario, la comida, movilizarlos, ayudarles a andar para que se acuesten, para la calle a veces, y eso cuando no está lloviendo

o haciendo mucha calor”

“Hasta ahora gracias a Dios son muy pocas las cosas que ella necesita ayuda, pero más es la comida y en el medicamento”

f) Seguridad

“Todos los días desde que amanece hasta que anochece y a veces durante la noche, yo estoy ahí pendiente”

Fuente: Ídem Tabla 4

Www.bdigital.ula.ve

Tabla 8: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Cuidados que más les dificulta para ayudar al adulto mayor en el hogar.

Categoría: Cuidados que más les dificulta
Subcategorías: a) Capacitación / aprendizaje; b) Hábito / práctica / costumbre; c) Respeto
Código vivo:

a) Capacitación / aprendizaje

“No, yo creo que nada, para mi nada, porque uno lo hace con toda la buena intención, con mucha dedicación, si me toca, pues me toca”

“Hay que saber cómo entrarle a la silla de rueda, por ejemplo”

“Tengo que estar con la viejita y con el perro al mismo tiempo, ahí se crea una situación de conflicto (risas)”

“A mí sí me cuesta, sobretodo el movilizarla. Es que ella es un poco rellena, y cuando hay que llevarla al baño, cuesta más”

“Hasta ahora gracias a Dios son muy pocas las cosas que ella necesita...”

b) Hábito / práctica / costumbre

“Ella es mi mamá y tengo que atenderla” “Eso realmente me sucede entre las 9 y 10 de la noche, porque ella se quiere bañar, ella quiere ver el programa de tv, quiere rezar y todo a la vez y yo estoy en la cocina, y lo único que hago es alzar la mano y le digo “ya va mamá, ya va”

“Uno lo hace con amor, que más se le puede pedir, lo parió a uno, lo crió a uno, que más”

“Cuando están las muchachas ellas me ayuda, pero cuando estoy sola le digo “ya va mamá”

“Lo único que hago es salir a buscarle las citas, y cuando es el día, llevarla en taxi, ya que no tengo carro. hay días buenos y otros malos”

c) Respeto

“La palabra de ella es palabra sagrada (risas). Si pide algo uno inmediatamente está ahí”

“Pues yo le hago todo sin dificultad, hasta ahora. ¡Ay si no la atiendo!”

Fuente: Ídem Tabla 4

Tabla 9: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Ayuda o apoyo de los vecinos.

Categoría: Ayuda o apoyo de los vecinos
Subcategorías: a) Ayuda efectiva; b) Ayuda poco efectiva
Código vivo:

a) Ayuda efectiva

“Con respecto a mí, me sucedió la semana pasada. Yo tengo una casita en el páramo y tuve que ir, mi hermana está pasando por un problema de salud”

“Ella tenía que ir al médico y mi hermano tenía que ir al liceo. Fue entonces cuando le pedí el favor a una vecina”

“Yo le dije “hágame el favor y se queda un ratico al mediodía hasta que yo llegue”.

“...cuando llegué se había ido la cuidadora que busqué (risas)” “Es la única experiencia que he tenido la de buscar a otra persona fuera de la casa” “Siempre hay solidaridad, pero a veces ellos colaboran mucho”

“Incluso los chinos siempre están dispuestos, a mí nunca me han negado nada”

“Eso es rara la vez, pero hay que tener a los vecinos cerca pero a la vez lejos”

b) Ayuda poco efectiva

“Con respecto a los vecinos son más los que tiene que los que ayudan”

“En el caso de mi mamá, no.....hasta ahora no”

“Nunca hasta ahora gracias a Dios he pedido ayuda de los vecinos”

“Bueno, yo soy vecina y es la que ayuda al Señor Francisco”

“Él, a pesar de que tiene hijos soy yo la que siempre está ahí”

“Los vecinos son importantes para muchas cosas, pero para esto de cuidar a otro es como muy delicado”

“Es preferible hacer uno mismo las cosas”

“A pesar de que no es mi familia directa me tocó que cuidarlo”

“Mi esposo me dice: Pero mijita qué le pasa!. ¿Ahora se va a hacer cargo de ese también? [Risas]

“A mí me da cosita, pobrecito”

Fuente: Ídem Tabla 4

Tabla 10: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Cuidados brindados ¿Adecuados o efectivos?

Categoría: Cuidados brindados ¿Adecuados o efectivos?
Subcategorías: a) Efectividad en el cuidado / aprendizaje y comprensión; b) Poco efectividad en el cuidado / inseguridad y desconocimiento
Código vivo:

a) Efectividad en el cuidado / aprendizaje y comprensión

“Yo lo veo como los más efectivos, porque están bajo mis cuidados, que los que le brinda mi hermana aunque sea mi hermana”

“Son adecuados por lo bien cuidados que están” “¡No hay como la cuide yo!”

“Pues mire mi mamá es un caso. La Señora cuando uno no está, se acuesta a dormir y calcula cuando uno va a llegar”

“Estoy conforme porque hasta la fecha ella está bien, bueno, en lo que cabe por la edad y eso”

“Nosotros tenemos una muchacha que va y nos ayuda con el aseo de la casa”

“Yo creo que estoy yendo por un buen camino con ella porque se siente agradada, se siente amada, se siente que la están escuchando” “Le tengo un papelito donde le hago anotar todo”

“Siempre hay cosas que uno deja de hacer por estar con ella. Yo trato de que todo salga bien”

“Ella tiene razón, cuando uno cuida y hace todas las cosas uno mismo, como que uno se siente más tranquilo”

“Yo pienso que quien debe decir eso, si uno cuida bien o no, son ellos mismos. Los papás de uno a veces se sienten incómodos, pero que más les toca”

“Yo veo que mi papá se siente muy contento cuando le llevo la comida y le busco las chanclas. A él le fascina ver televisión, más si son películas viejas, las Mexicanas, él es feliz y se ríe!”

“A veces me dice, cuando la ayudo a bañar o a cambiarse la ropa o a peinarse, que yo ya lo hago con los ojos cerrados”

“Cuando uno cuida a otro, en este caso a mi mamá, uno lo hace con mucho cariño”

“Si es verdad, no hay como los cuidados que uno le dispensa”

“Uno sabe las mañas de ellos y por ahí se les va”

b) Poco efectividad en el cuidado / inseguridad y desconocimiento

“Pues ella está ahí con sus males, y a veces siento que no ayudo para nada porque se enferma muy seguido”

Fuente: Ídem Tabla 4

Tabla 11: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Apoyo del equipo de salud del ambulatorio para ayudar en el cuidado del adulto mayor.

Categoría: Apoyo del equipo de salud
Subcategorías: a) Ayuda del equipo de salud / ayuda institucional efectiva; b) Ayuda del equipo de salud / ayuda institucional poco efectiva
Código vivo:

a) Ayuda del equipo de salud / ayuda institucional efectiva

“Si claro, de la enfermera Gloria y de otra doctora que vive por allá cerca de la casa, entonces pasan cada 2 o 3 meses, van y hacen un chequeo”

“Institucionalmente hay un apoyo en ese sentido”

“Si ha habido apoyo”

“La doctora del ambulatorio siempre ha estado muy atenta, hasta nos ha llamado por teléfono. Bueno debe ser que la conoce desde hace mucho tiempo y le ha agarrado cariño”

b) Ayuda del equipo de salud / ayuda institucional poco efectiva

“En mi caso no. No ha habido esa necesidad”

“Si, uno a veces recibe la visita de la enfermera y del médico del ambulatorio, pero hasta ahí, media hora, un ratito y ya”

“Yo tengo que llevarlo casi todas las semanas al ambulatorio, últimamente ha sido un mal tras otro, y allí pues lo atienden y le dan calmantes, pero...”

“Bueno, a veces, otras veces cuando se necesita ellos vienen, y otras hay que llevarlo cuando se pueda”

“Para mi casa no han ido, yo como la llevo a la clínica, será por eso que no van para allá”

“No, yo tengo que llevar a mi mamá para el hospital. Bueno, que yo sepa y tengo muchos años viviendo por acá, a nosotros nunca nos han visitado, bueno una vez y eso creo que fueron estudiantes de enfermería”

“Es rara la vez que ellos pasen por allá. Yo me acuerdo que antes iba una enfermera y un médico, pero no volvieron más. Por allá es a veces tan inseguro”

Fuente: Ídem Tabla 4

Tabla12: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: El adulto mayor requiere de más cuidados del que realmente necesitan.

Categoría: Requerimiento de más cuidado
Subcategorías: a) Satisfacción del cuidado; b) Compañía; c) Vigilancia
Código vivo:

a) Satisfacción del cuidado

“En mi caso uno tiene que brindarle sus gustos en lo que pueda”

“Es verdad, nunca uno debe negarse a su atención, aunque hay días que le provoca no hacer nada, pero sí no es uno ¿Quién lo va a hacer?”

“Sí, la comida y la salud de ellos porque una vez que se enfermen más de lo que están a veces se complica todo”

“Es verdad, ellos van exigiendo y uno va complaciendo en la medida de lo que se pueda”

“Lo más importante creo yo, es la comida y los alimentos. El problema está cuando a veces no hay la medicina, que empieza a preguntar ¿Y las medicinas?”

“Sí, la comida, el baño, y las medicina son las cosas que ella necesita más. A veces por ahí las cuentas del banco, pero eso es rara la vez”

b) Compañía

“Yo creo que él lo que más necesita es compañía, ya que como vive solito”

c) Vigilancia

“Estar vigilante de que no se vaya a caer, que las medicinas que le toque dárselas a la hora y que sea la dosis correcta”

“Yo creo que lo más importante es estar vigilante de la comida, del baño y de las medicinas, eso para un viejito es importante”

“A veces tengo que estar con un ojo abierto y otro cerrado, porque de repente se para y uno no sabe qué está haciendo. La otra vez se salió y nadie sabía para dónde se había ido. Hay que estar vigilante todo el tiempo”

Fuente: Ídem Tabla 4

Tabla 13: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Creencias del adulto mayor que puedan influenciar en el cuidado que les provee.

Categoría: Influencia de las creencias del adulto mayor
Subcategorías: a) Religión; b) Relación de pareja / relación familiar; c) Hábito / costumbre / tradición
Código vivo:

a) Religión – Iglesia

“Mi mamá es muy religiosa, ella reza el rosario todos los días y a veces hay que acompañarla”

“No, para nada, mamá es muy creyente en Dios”

“A veces hay que estar con ella a solas, le gusta orar”

“Parece mentira, pero el hecho dejarla solo un ratico, como cambia su actitud. Ella reza mucho”

“Ella cree mucho en Jesucristo, eso hace que se sienta bien, creo yo”

“Una de las razones por las cuales siente mejoría, es que ella es muy creyente, siempre está atenta a las actividades de la iglesia, y le gusta que el cura la visite”.

“Todos en casa participamos en la iglesia, eso es muy bonito, eso la hace sentir contenta”

b) Relación de pareja / relación familiar

“Hasta ahora sí. A mí no me dolía nada. Desde que comencé a cuidarla, me salen males a cada rato, y eso afecta hasta en la intimidad”

“Va a llegar el momento donde ella va a necesitar más de nosotros, y debemos estar preparados para eso. Dígame si nos enfermamos. ¡Ay Dios mío!”

“Creo que la dependencia cada vez va a ser mayor”

“Bueno, afectar, afectar, creo que no, pero ojalá y no sea pronto”

“Lo que si es cierto es ella exige demasiado, pero hay que atenderla, y esto no ha afectado mi relación todavía”

“Lo que afecta es el bolsillo, no tienen nada que ver”

“Bueno, si uno se dispone a hacer las cosa bien hechas, no tienen por qué afectar”

“Todos los días debo estar para ellos, quién si no soy yo”

“¡Bueno no! Ya uno conoce lo que le gusta y lo que ella hace. Ya sé la forma de pensar, hay que ir adelante”

c) Hábito / costumbre / Tradición

“Mi mamá a todo le echa limón, si no hay limón en la casa es el acabose (risas)”

“Uno va viendo las cosas y se adapta”

“Bueno ella a veces dice cosas que creen que le van a servir. A ella le gusta tomar mucho té de ramas, que si para el dolor de barriga, que si para el dolor de piernas, que si para el dolor de garganta” “Ella toma cuanto mejurgue le dé uno”

“Si, a veces lo de las creencias es muy delicado. Se molesta si uno le lleva la contraria”

“En mi caso mi papá cree mucho en el sereno para la salud, y es verdad, uno sabe que eso hace daño, más si son niños o viejitos que son muy friolentos”

“Mi mamá me acompaña muchas veces acá en el abasto, pero cuando comienza a correr brisa, hay que llevarla y darle temprano la comidita, ya que se acuesta como las gallinas (risas)”

“Yo no creo, eso depende mucho de la experiencia, ella como lo crió a uno como iba saliendo, con tantos muchachos que parió, no le quedaba tiempo para pensar en esas cosas”

“Nosotros como los cuidamos entre varios, bueno más yo, pero entre varios, a veces nos la llevamos a pasear, sobre todo los domingos”

Fuente: Ídem Tabla 4

Www.bdigital.ula.ve

Tabla 14: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Cansada o cansado por atender al adulto mayor en casa.

Categoría: Cansancio por la atención brindada
Subcategorías: a) Experiencia de agotamiento físico y mental; b) Sin experiencia / no manifiesta
Código vivo:

a) Experiencia de agotamiento físico y mental

“Cansancio físico todos los días, pero todos los días uno amanece llena de energía, tengo que atenderla, tengo que hacer, tengo que ir, llevarla de la mano para donde sea, para el baño”

“Ahora me siento cansada porque me estaban trabajando, echando piso en la cocina, y tengo que estar pendiente de todo”

“Uno lo hace con ese espíritu de que uno se siente bien al hacerlo, porque uno puede decir no lo voy a hacer o no lo quiero hacer, y ahí no hay para dónde”

“Llega un momento que uno no quiere hacer más nada, lo que quiere uno es cama”

“Muchas veces siento que ella requiere de más tiempo o más ayuda del que realmente le puedo yo brindar, y eso a veces se acuesta uno que no sirve para nada, y al otro día a seguir”

“Bueno, a veces dejo de hacer cosas para mí, o para mi esposos o para los hijos, para cuidarlo a él. Eso me preocupa un poco porque va a llegar el momento de que necesite más de uno”

“A veces pienso que el hecho de cuidar mucho tiempo a mis papás, afecta los quehaceres de la casa y la atención de los hijos”

“Yo conozco el caso de un familiar donde el hombre se buscó a otra mujer. La esposa le dedicaba más tiempo a la mamá que a él, eso sería una vergüenza”

“Yo siento que ella depende mucho de mí. Cuando esté más viejita, quién sabe cómo serán las cosas”

“Se agota uno es verdad, y más cuando hay que atenderlo en casa, con lo que haya ni modo”

“Uno busca que todo salga bien, de manera que se sienta menos agotado a la hora de descansar”

“Cuento más haya para atenderlo creo que es mejor, a veces uno no cuenta con lo necesario para ello, y eso hace que uno se agote”

b) Sin experiencia / no manifiesta

“Cansancio así, No”

“Algunas veces aprovecho cuando ella descansa. No le gusta estar sola, ella dice que ve, que siente, que oye cosas”

“Yo me olvidé de aquella época en que dormía hasta las 8 y media 9 de la mañana. Todos los días a las 6 y media de la mañana estoy despierto. Uno se adapta al horario, cuando ella está dormidita yo hago otra tarea”

“Ella sabe dónde estoy siempre. Ella no duerme si no está la luz del baño prendida, y eso me tranquiliza”

“A pesar de todo yo trabajo, pero cuando llego a la casa encuentro loza sucia, los cuartos desordenados. Mi esposo me ayuda a veces, pero no todo el tiempo. Cuando yo llego, él hasta ahí, se pone a hacer otra cosa y yo sigo con mi mamá”

Fuente: Ídem Tabla 4

Tabla 15: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Obligación en el suministro de cuidados al adulto mayor.

Categoría: Obligación en el suministro de cuidados al adulto mayor
Subcategorías: a) Se siente obligada (o); b) No se siente obligada (o)
Código vivo:

a) Se siente obligada (o)

“Si, lo he sentido, lo tengo que hacer, callada la boca, sin presión física mía, ni mental. Lo debo de hacer y con mucho amor y callada la boca, sin recriminarle nada a nadie”

“Allá hemos discutido mucho eso. Ella es la mamá de todos nosotros. ¿Por qué yo sí y ellos no? ¡Pero bueno!”

“A veces hay que hacer las cosas obligadas, que más le toca a uno, pero hay que hacerlo. ¿Quién más si no es uno el que haces las cosas? Mas nadie vela por uno”

“Yo me siento obligado. Yo soy la única persona con que cuenta ella, yo soy todo para ella. Así pasó con mi papá. Él cuando murió quien lo atendió fui yo, los demás desde lejos. Así pasa ahorita”

“Yo lo hago por amor, porque me toca también, pero si no soy yo quien más lo hace en casa? Más nadie!”

b) No se siente obligada (o)

“Yo lo hago por amor, con mucho cariño. Mis hijas y yo para ella. Ella dice, yo las quiero son las que están conmigo”

“Para mí es un privilegio poder darle toda la ayuda que pueda. Es un privilegio tenerla cerca, sentir su calor, que me abraza, que me de besos. Sé que va a ser muy difícil cuando ella no esté. Por eso hay que evitar las peleas”

“Yo no es que me sienta obligada, es que le he agarrado tanto cariño que a veces pienso en dejarlo solito, y eso que no es familia mía”

“Acá, o se hace o se hace (risas). Lo más importante es que se haga. Cuando uno ya no pueda más pues vendrá otro. Aunque falta mucho tiempo para eso. ¡La mamá es la mamá!”

“Pues yo no siento que esté obligada, pero que más, hay que hacerlo”

Fuente: Ídem Tabla 4

Tabla 16: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Experiencia en la práctica del cuidado.

Categoría: Experiencia en la práctica del cuidado
Subcategorías: a) Experiencia positiva; b) Falta de experiencia / incertidumbre / Temor
Código vivo:

a) Experiencia positiva

“Todos los días me contaba los días que estaba por allá, yo sufría. Cuando no quiere comer le digo que me voy a estar tres días por fuera....”

“Si uno lograr coordinar los horarios uno puede disfrutar tranquilamente”

“Bastante, no me imaginé que yo fuera ser su enfermera”

“Uno, aprende o aprende. No queda de otra, como dicen los mexicanos (risas)”

“Yo como tuve que lidiar con mi papá, pues se me ha hecho más fácil. Aunque a veces me cuesta para el momento del baño, yo siento que a ella le da pena, pero yo como si nada”

“Mis padres como murieron cuando yo estaba pequeña, Dios me ha dado la oportunidad de cuidar a éste Señor. Yo me siento bien aunque haya gente que me critique”

“Entre uno mejor la cuide, creo que va a tener menos problemas, creo yo”

b) Falta de experiencia / incertidumbre / temor

“Hay que pedirle mucho a Dios para tener mucha fuerza de voluntad”

“Yo creo que esto es una bendición”

“No he tenido la oportunidad de dejarlos solos por mucho tiempo”

“....ver a mamá en el estado en que está, me duele mucho, porque era una mujer muy activa, una mujer que compraba la prensa todos los días, y esas cosas a mí me afectan....”

“Yo voy con el tiempo. Esa semana la soledad fue demasiado, el no sentirla, el no verla en ningún lado de la casa fue terrible, entonces la llamaba tres veces al día”

“Eso es lo que estoy pensando a futuro, yo sé que eso va a suceder”

“Fue muy angustiante no tenerla”

“Yo le pido a Dios que me de mucha fuerza para cuando llegue ese día. No sé, me irá a hacer falta, creo yo”

“Ella tejía y bordaba y ahora ya no lo hace. Me tengo parar antes de la hora y acostarme después de la hora”

Fuente: Ídem Tabla 4

Tabla 17: Respuesta y categorización de la información obtenida por parte del cuidador familiar: Relación con los familiares del adulto mayor que cuida.

Categoría: Relación con la familia como cuidador del adulto mayor
Subcategorías: a) Relación favorable / fructífera; b) Relación poco favorable
Código vivo:

a) Relación favorable / fructífera

“Bueno mire, yo me la llevo bien con todos. Aquí lo que hay es que tener ¿Cómo se dice? ¡Mucha voluntad!”

“La familia es una ayuda para muchas cosas, pero para participar en el cuidado de una persona, ahí es dónde está el detalle”

“Bueno yo me la llevo bien. Mamá está conmigo desde que murió papá. Mis hermanos siempre vienen, le traen frutas, se están un rato con ella, me ayudan a cuidarla, y eso hay que reconocerlo”

¡Hasta ahora todo bien gracias a Dios. Nosotros somos muy unidos. Siempre estamos pendientes de las cosas que hagan falta, de las medicina que es lo que más ellos gastan”

b) Relación poco favorable

“Son mis hermanos, a veces los peleo porque no ayudan, solo están ahí los fines de semana o cuando hay un cumpleaños o una reunión familiar, del resto nada que ver”

“Ella tiene razón, la familia ayuda y no ayuda (risas)”

“Yo conozco a los hijos del Señor Francisco pero ellos como si nada. Es rara la vez que me preguntan por su papá. Dios, cómo puede haber gente así, tan indiferente. ¡Es su papá!”

“Pues nosotros somos dos nada más. Mi hijo que vive acá en Mérida viene de vez en cuando, pero hasta ahí. La familia está tan vieja que ya cada quien anda por su lado”

“Bien, pero como les dije, ellos solo vienen por un rato o preguntan por teléfono por ella. A veces ni los llamo, ¡Ellos sabrán!”

Fuente: Ídem Tabla 4