

FCM

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



TESINA

TEMA: “EL ROL DEL CUIDADOR EN EL ADULTO MAYOR”

AUTORES: GALLARDO PAOLA

ROJAS MARIANA

MENDOZA, FEBRERO DE 2016

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o de los autores”.

ACTA DE APROBACIÓN

TRIBUNAL EXAMINADOR

Presidente.....

Vocal 1.....

Vocal 2.....

TRABAJO APROBADO EL:/...../.....

RESUMEN

TEMA: “EL ROL DEL CUIDADOR EN EL ADULTO MAYOR”.

AUTORES: Gallardo Jérica Paola; Rojas Mariana Silvia

LUGAR: Hospital Regional Antonio J. Scaravelli, Servicio de Clínica Médica, Mendoza, año 2015.

INTRODUCCIÓN: Se pretende con el siguiente estudio identificar las características y los conocimientos que posee el cuidador, tomando como eje el ROL que cumple el mismo y de esta manera, proponer soluciones que lleven a mejorar la calidad de atención.

OBJETIVO: Identificar el rol que cumple el cuidador en pacientes adultos mayores internados.

MÉTODO: El estudio tiene la característica de ser mixto (cuali-cuantitativo), prospectivo, de corte transversal. Se tomó una muestra de 100 personas que asisten a pacientes en el servicio mencionado.

RESULTADOS: Del total de población de estudio, 100 encuestados, se observa que el (60%) son mujeres y (40%) varones quienes cumplen funciones como cuidador, que un (45%) posee entre 36 y 50 años. Un 80% tiene baja escolaridad o nula, el (60%) tiene experiencias previas. Un 85% tiene relación familiar con el paciente, el (80%) cuida entre 9 y 12 horas al paciente y que esto le genera a un 55% del total de encuestados problemas de algún tipo.

CONCLUSIONES: De los datos estadísticos obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones, que el problema surge del bajo nivel de instrucción de los cuidadores que en su mayoría son mujeres con edades de 36 a 50 años, que en el cumplimiento de su rol realizan una jornada laboral de al menos 12 horas poniendo en riesgo su integridad.

RECOMENDACIONES: Promover e incentivar a la capacitación de los cuidadores, estimulando a interiorizarse en los cuidados que debe recibir el paciente según su patología y concientizar a los familiares sobre la calidad de atención que debe recibir el paciente y la importancia que tiene dicha capacitación.

PALABRAS CLAVE: adulto mayor, teorías del proceso de envejecimiento; características, rol y funciones que desempeña el cuidador, perfil técnico y laboral del cuidador y atención al cuidador.

AGRADECIMIENTOS

El agradecimiento es la expresión de sentimientos de gratitud hacia el logro de un objetivo; por esto debemos agradecer en primer lugar a nuestras familias que son el pilar fundamental sobre el cual se apoya dicho logro obtenido, porque sin su ayuda y apoyo incondicional nada de lo propuesto se haría posible.

En segundo lugar y no por eso menos importante a nuestros amigos, compañeros incansables de largas horas de estudios y hacedores de verdades, a veces dolorosas, que hoy nos ponen acá.

Fundamentalmente a Dios por la fuerza y la fe que nos ayudan a luchar cada día, y ser la guía en nuestros caminos que nos hará llegar más preparados espiritualmente a enfrentar los retos.

PRÓLOGO

El estudio de las patologías de los adultos mayores y sus tratamientos ha generado en el mundo actual un creciente interés, tanto en los profesionales como en los familiares que conviven a diario con personas con estas características.

Debido a los cambios evolutivos de la sociedad y al incremento en la expectativa de vida, es que se hacen importantes los cuidados que los ancianos deben recibir en su hogar o siendo hospitalizados de acuerdo al natural proceso de envejecimiento, teniendo que ser adecuados para la adaptación a la sociedad; favoreciendo su estado de salud y mejorando el autocuidado.

Cada uno de los cuidados impartidos se debe generar en un ambiente profesional poniendo como fin único el mejoramiento de la salud de los pacientes. Tomando como eje fundamental al paciente y su familia y el cambio que produce dentro del núcleo familiar una situación de hospitalización demandando una mayor dedicación de tiempo al afectado y dejando de lado situaciones cotidianas como trabajo, educación, cuidado personal, descanso, etc. Fomentando una situación de estrés y ansiedad que se va incrementando con el tiempo y haciendo de esto una carga, enfermando generalmente al cuidador. Quién en su rol debe cumplir con tareas de apoyo al adulto mayor sin perder de vista su propia salud.

Al identificar estas situaciones se debe sacar al cuidador de su rol exclusivo, para que pueda desarrollar una adecuada imagen personal y analice la situación de cuidado desde afuera, pudiendo visualizar con ésto los problemas que afectan el desempeño de tal rol.

INDICE GENERAL

Carátula	Pág. I
Advertencia	Pág. II
Acta de aprobación	Pág. III
Resumen	Pág. IV
Agradecimiento	Pág. V
Prólogo	Pág. VI
CAPITULO I	Pág.1
Introducción	Pág.2
Descripción del problema	Pág. 3
Formulación del problema	Pág. 4
Objetivo General	Pág. 5
Objetivos Específicos.....	Pág. 5
Justificación del problema.....	Pág. 6
MARCO TEÓRICO	
Adulto mayor definición.....	Pág. 7
Teoría del proceso de envejecimiento	Pág. 8
Cambios celulares y orgánicos en el Adulto Mayor	Pág. 8
Tabla 1	Pág. 10
Alteraciones sensoriales	Pág. 12
La Visión	Pág.13
La Audición	Pág. 15
La Memoria	Pág. 16
Los diez mandamientos para la comunicación con los adultos mayores.....	Pág. 18

El cuidador.....	Pág.20
Rol del cuidador	Pág. 21
Cuidador formal y cuidador informal	Pág. 22
Funciones del cuidador	Pág. 23
Perfil técnico del cuidador.....	Pág. 24
Perfil laboral del cuidador	Pág. 28
Atención al cuidador	Pág. 30
CAPITULO II	Pág. 32
Tipo de estudio	Pág. 33
CAPITULO III	Pág. 39
Resultados.....	Pág. 62
Discusión	Pág. 63
Propuestas.....	Pág. 64
Conclusión	Pág. 65
Citas bibliográficas	Pág. 66
Apéndices y anexos	Pág. 67

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla y gráfico N° 1: SEXO	Pág. 40
Tabla y gráfico N° 2: EDAD.	Pág. 41
Tabla y gráfico N° 3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	Pág. 42
Tabla y gráfico N° 4: ESTADO CIVIL	Pág. 43
Tabla y gráfico N° 5: EXPERIENCIAS PREVIAS EN EL CUIDADO DE PACIENTES	Pág. 44
Tabla y gráfico N° 6: TIEMPO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR	Pág. 45
Tabla y gráfico N° 7: TIPO DE VINCULO QUE LO UNE AL PACIENTE	Pág. 46
Tabla y gráfico N° 8: POSEE OTROS CUIDADORES EL PACIENTE	Pág.47
Tabla y gráfico N° 9: HORAS A CARGO DE LOS CUIDADOS...	Pág.48
Tabla y gráfico N° 10: CONOCIMIENTOS SOBRE CAUSA DE INTERNACIÓN.....	Pág. 49
Tabla y gráfico N° 11: CONOCIMIENTOS SOBRE CUIDADOS.	Pág. 50
Tabla y gráfico N° 12: CONOCIMIENTOS SOBRE LA PATOLOGÍA.....	Pág. 51
Tabla y gráfico N° 13: REACCIÓN FRENTE A UNA COMPLICACIÓN.....	Pág. 52
Tabla y gráfico N° 14: ESTADO DE SALUD	Pág. 53
Tabla y gráfico N° 15: PROBLEMAS EN EL DESENPEÑO DEL ROL.....	Pág. 55
Tabla y gráfico N° 16: SINTOMAS ASOCIADOS.....	Pág. 56

Tabla y gráfico N° 17: AYUDA FAMILIAR	Pág. 58
Tabla y gráficos N 18: RELACIÓN ENTRE EDAD Y SEXO.....	Pág. 59
Tabla y gráficos N° 19: RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD Y SEXO	Pág. 60
Tabla y gráficos N° 20: RELACIÓN ENTRE CANTIDAD DE HORAS Y PROBLEMAS ASOCIADOS.....	Pág. 61
Tabla y gráficos N° 21: RELACIÓN ENTRE APRECIACION DE SALUD Y SINTOMAS	Pág. 62

CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial existe una tendencia de envejecimiento de la población, si bien es un elemento natural de la vida, esto conlleva a una pérdida de autonomía en los adultos mayores. Surge entonces la necesidad de “cuidado”, de contar con ayuda de otras personas para satisfacer las necesidades básicas del paciente, a través del ROL del cuidador.

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provocando un aumento en la carga del cuidador, lo cual sino se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas, por lo tanto, puede comprometer la vida, salud, bienestar, el cuidado y autocuidado no solo del cuidador sino del paciente.

Durante la elaboración de tesis tomamos como eje el ROL que cumple el cuidador hacia el adulto mayor. Donde se lleva a cabo el estudio de las características y los conocimientos que posee el cuidador. Para identificar y proponer soluciones que lleven a mejorar la calidad de atención.

Debido a que los cuidadores representan un recurso muy valioso para alcanzar el bienestar del paciente no debemos descuidar al mismo y ofrecer oportunidades para mejorar su calidad de vida.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Como integrantes del equipo sanitario se pudo observar en la realidad del Hospital Antonio J. Scaravelli, ubicado en el departamento de Tunuyán de la Provincia de Mendoza a 80 km hacia el sur de la Capital de la Provincia, en el Servicio de Clínica Médica que se encuentran pacientes internados adultos mayores que no cuentan con cuidadores, lo que podría desfavorecer al tratamiento y su recuperación, produciendo una internación prolongada; lo que durante la jornada laboral es nuestra responsabilidad como enfermeros.

Éstos pacientes son derivados de hogares de adultos mayores o desde sus domicilios, lo que implica limitaciones en relaciones afectivas y sociales. Llevando a una inadecuada adaptación al medio, por lo que se observa una baja autoestima en los mismos. Los familiares que efectúan visitas regulares, al no conocer la situación de salud, puede desencadenar en un trato no adecuado hacia el paciente. Esta situación provoca preocupación al equipo sanitario al tener que preocuparse por la atención de los pacientes que no reciben visitas de familiares o no cuentan con un cuidador capacitado, lo que origina una sobrecarga en el personal provocando alguna patología como hipertensión arterial, diabetes y estrés.

El servicio de Clínica Médica cuenta con 22 camas de internación hospitalaria de las cuales entre el 60 y el 70% son destinadas a pacientes adultos mayores que deberían contar con cuidadores; éstos cuidadores en su mayoría son de sexo femenino y con una edad entre 30 y 50 años, familiares por lo general del paciente, siendo en muchos casos la misma persona la que se hace cargo en internaciones reiteradas del mismo al servicio.

Consideramos importante ocuparnos de esta problemática. Tratando de buscar soluciones que lleven a mejorar los cuidados del paciente, “cuidar” a los que cuidan, mejorar las relaciones entre el personal de enfermería y el cuidador, como así también cumplir cada uno con las funciones que les competen.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué rol cumple el cuidador a cargo en pacientes Adultos Mayores internados en Clínica Médica del Hospital Antonio J. Scaravelli, Mendoza, durante el tercer trimestre del año 2015?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Identificar el rol que cumple el cuidador en pacientes adultos mayores internados.

Objetivos específicos:

- Identificar el rol del cuidador.
- Identificar las características de los cuidadores en estudio.
- Determinar que conocimientos tiene el cuidador a cargo del paciente

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En el Servicio de Clínica Médica del Hospital Antonio J. Scaravelli, se ha observado que los pacientes adultos mayores hospitalizados reciben cuidados insuficientes por parte de sus familiares o cuidadores; lo que genera en el personal de salud una recarga en las actividades laborales; en el cuidador, cansancio y desesperanza; y en el propio paciente un desinterés por el autocuidado. Lo que lleva a una prolongación en el tiempo de su internación y una baja adhesión al tratamiento.

Con este trabajo se pretende identificar los conocimientos que poseen los cuidadores sobre el estado de salud de los pacientes, para optimizar el tratamiento y de este modo lograr una pronta recuperación.

Existen en la población en estudio diversidad cultural, económica y social. Lo que crea en el personal de salud malestar y estrés, debido a las barreras culturales existentes.

“Los factores socio culturales tienen un peso relevante en el modo en el que se es cuidador, y de alguna manera modulan el impacto que puede tener la situación de cuidado a los mayores que la necesitan. Los patrones de crianza, las presiones grupales, los estilos de educación, religión, raza son algunos de los mecanismos a través de los cuales la sociedad en la que se vive ejerce una influencia sobre el desarrollo de la forma de ser y de actuar en los cuidadores.”¹

El motivo por el cual se realiza este trabajo es lograr identificar cuáles son las tareas competentes del cuidador hacia el adulto mayor, generando mayor interés sobre el bienestar del paciente.

¹ Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. Dr. José Manuel Esteban Sabeviela. International marketing y communication S.A. Madrid. 2008

ADULTO MAYOR

Según la OMS: “una persona es considerada **mayor** cuando alcanza la edad de 60-65 años, independientemente de su historia clínica y situación particular² Si bien esta definición sirve como punto de partida para el estudio del envejecimiento, es esencial tener en cuenta que la situación de salud de cada persona es diferente, y que no se debe usar solamente la edad para su clasificación universal, diagnóstico o tratamiento de enfermedades de la tercera edad. Aún más importante, es que no se use la edad para justificar la discriminación o el trato inequitativo.

El envejecimiento es un proceso deteriorativo, asociado a una disminución de la viabilidad y un aumento de la vulnerabilidad manifestado en un aumento de la probabilidad de morir de acuerdo con el incremento de edad cronológica. Comienza a dar evidencias a partir de la sexta década de vida, afectando todos los órganos y sistemas y, por lo tanto, en la medida que el individuo tiene más edad, el compromiso sistémico es mayor y más complejo.

La problemática del envejecimiento poblacional, hasta no hace mucho, había sido considerada una realidad sólo de los países desarrollados. Sin embargo, en el presente, se ha constatado que el número de adultos mayores tiende a crecer con mayor rapidez en los países en vías de desarrollo, constituyéndose en un problema a resolver.

Por otro lado, los pacientes geriátricos padecen con mayor frecuencia de múltiples enfermedades crónicas, agudas o terminales, y es muy probable que se encuentren bajo medicación simultánea para controlar diversas afecciones.

El proceso de envejecimiento comienza con cambios a nivel celular, que luego prosigue con cambios a nivel de los tejidos y órganos de todo el cuerpo humano. También hay que agregar los cambios producidos por los medicamentos o elementos terapéuticos utilizados en estos pacientes.

² 1. Bonita, Ruth. Women, Aging and Health: Achieving Health across the Lifespan. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998. <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>

Teorías del Proceso de Envejecimiento

El conocimiento de los cambios fisiológicos relacionados con la edad nos permitirá diferenciar las características del proceso de envejecimiento de los signos y síntomas de enfermedades como la demencia, que no es consecuencia de éste y debe ser investigada como cualquier otra enfermedad. El envejecimiento es comparado en general a la curva parabólica descrita por un proyectil, cuya trayectoria depende de varios factores:

1.- Fuerza genética primogénita: que permite atravesar la vida siguiendo una trayectoria óptima previsible.

2.- Al concluir el crecimiento, los cambios ambientales y endógenos, la enfermedad, las presiones inherentes al estilo de vida, nutrición y errores metabólicos, serían limitantes del proceso de desarrollo y de la longevidad máxima potencial.

Teorías

a). - **Teoría Molecular:** Esta teoría supone que la duración de la vida de algunas especies está gobernada por los genes que interactúan con los factores ambientales.

Se cree que hay un programa genético que determina el máximo de duración de la vida para cada especie.

b). - **Teoría Celular:** Postula que los cambios en las proteínas (estructura y función) y otras macromoléculas pueden deberse a la edad y que están correlacionados con factores ambientales (nutrición, estrés); factores químicos, morfológicos o ambos.

Cambios Celulares y Orgánicos en el Adulto Mayor

a). Cambios degenerativos celulares:

Se produce lo que se denomina “envejecimiento celular”, que incluye los siguientes procesos:

- Cambios en la membrana celular (composición y excitabilidad), en el citoplasma y en el núcleo.
- Cambios enzimáticos y signos de muerte celular (edema mitocondrial).
- Cambios inmunológicos: aumento de producción de anticuerpos y degeneración de tejidos.
- Cambios funcionales: los desórdenes neurológicos son los que más causan daños en ancianos y entre ellos está la demencia que afecta a un 20% de los pacientes geriátricos sobre los 80 años (25).
- Cambios en la marcha y equilibrio: se pueden asociar a deficiencias en el sistema nervioso central, a la baja en la velocidad de conducción de la masa muscular y al aumento del tono muscular (rigidez).
- Cambios en la composición corporal: entre ellos está la disminución de la estatura por modificaciones en el nivel de los cuerpos vertebrales, lo que origina un tronco corto con extremidades largas.

También ocurre redistribución del volumen graso, con esto baja la adiposidad periférica subcutánea, y produce acentuamiento de los pliegues de la piel y aparición de arrugas. Además, disminuye la elasticidad de los tejidos por acumulación de colágeno entrecruzado (tipo 1) y la calcificación de la elastina.

b). Cambios en la actividad física (TABLA 1)

c). Teoría Sistémica: Se basa en que el envejecimiento es producto del deterioro en la función de sistemas claves, como el nervioso, endocrino (eje hipotálamo-hipófisis) o el inmunológico.

- Control inmunológico: se basa principalmente en la involución del timo a partir de la adolescencia y su atrofia continúa a lo largo de toda la vida. Con la involución, disminuye la hormona llamada timosina, al igual que la habilidad de las células T

para destruir células extrañas. Se sugiere que el timo podría ser como un **reloj del envejecimiento inmunológico**.

TABLA 1

Sistema cardiovascular

Aumenta el tiempo de contracción – relajación

Baja la capacidad ventricular izquierda

Disminuye respuesta simpática

Disminuye la elasticidad de los vasos

Aumenta la presión arterial y la labilidad del control vasopresor

Aumenta el porcentaje de arritmias

Sistema pulmonar

Desciende la elasticidad pulmonar

Baja la fortaleza de la musculatura respiratoria

Baja la respuesta ventilatoria por hipoxia e hipercapnia

Sistema músculo–esquelético

y óseo

Aumenta porosidad de corteza

Trabécula reduce su grosor, número y reabsorción ósea

Cerebro

Disminuye su tamaño y peso

Neurotransmisores sufren cambios

Mayor pérdida de neuronas en circunvolución temporal superior

Páncreas

Órgano muy afectado por envejecimiento

Tolerancia de glucosa varía de 16% a los 65 años a 25%

a los 85 años

Niveles más altos de glucosa que en jóvenes (120 a 140 mg/dl) (9)

Tiroides y otras glándulas

Fibrosis

Aumento de peso y nódulos

Mala absorción intestinal vitamina D

Riñón

Disminuye la masa renal (30%)

Función renal declina un 1% por año

Hígado

Metabolismo de drogas se reduce a la mitad

Visión

Presbicia

Miosis persistente

Baja la secreción lagrimal

Esclerosis nuclear * catarata

Audición

Pérdida de audición (+ de 5 decibeles)

Baja en la agudeza en tonos altos y discriminación del lenguaje

Nariz-Boca

Anosmia y alteraciones del gusto

El envejecimiento involucra una serie de procesos deteriorativos e irreversibles que se producen primariamente a nivel celular y que posteriormente se presentan a nivel orgánico, tanto en órganos vitales como en el Sistema Estomatognático. Esto se explicaría por la conjunción de las teorías molecular, celular y sistémica que nos acercan al porqué de los cambios degenerativos celulares, inmunológicos, funcionales y de la actividad física en el paciente adulto mayor

ALTERACIONES SENSORIALES

La presencia de alteraciones sensoriales en el adulto mayor tiene una alta incidencia, siendo de los factores directamente implicados en la morbimortalidad de la población de edad avanzada. Así, es frecuente encontrar situaciones donde

la evaluación integral y el abordaje diagnóstico se dificultan por una situación de déficit sensorial.

Además de tener consecuencias para la comunicación entre el profesional de salud y el adulto mayor, los déficits sensoriales pueden producir:

- Cambios en el comportamiento.
- Dificultad para la alimentación, limitación en las compras, reducción en la capacidad de autocuidados y disminución de la movilidad.
- Repercusiones en la esfera psicológica: tendencia a la depresión, irritabilidad y aislamiento.

Existen algunos factores que hacen que a los déficits sensoriales del adulto mayor no se les de la relevancia adecuada:

- En los primeros estadios, no existe disminución en las capacidades del adulto mayor.
- El prejuicio y mito del envejecimiento como sinónimo de discapacidad tiende a considerar los déficits sensoriales como algo natural, tanto por el adulto mayor, como por su familia y por los profesionales de la salud.
- Ausencia de programas de detección de estas discapacidades desde la atención primaria de salud.

LA VISIÓN

CAMBIOS VISUALES EN EL ADULTO MAYOR

El deterioro de la visión es común al envejecer y su repercusión funcional suele ser grave. El empleo de las cartas de Snellen o Jaeger para detectar deterioro es indudablemente útil.

Sin embargo, para la detección, basta preguntarle al paciente si puede:

- Leer (o ver) los titulares y el texto normal de un periódico.

La agudeza visual es normal si es posible hacerlo, el deterioro es moderado si sólo lee (o ve) los titulares y grave si no lee (o ve) ni lo uno ni lo otro.

□ La observación de la capacidad para llenar formatos y la deambulaci3n, complementan la observaci3n cl3nica.

- La campimetr3a por confrontaci3n puede ser 3til para detectar secuelas de afecci3n cerebrovascular.

Las principales causas de d3ficit visual incluyen:

- Cambios en el cristalino
- Cambios en la retina
- Cambios en la c3rnea

Las patolog3as oculares de especial incidencia en el adulto mayor son:

- Cataratas
- Retinopat3a
- Glaucoma
- Degeneraci3n macular

T3CNICAS PARA LA COMUNICACI3N CON LOS ADULTOS MAYORES CON IMPEDIMENTOS DE VISI3N

- Siempre identif3quese claramente.
- Narre sus actividades: inf3rmele a la persona mayor cuando entra o sale de la habitaci3n.
- Use lenguaje claro cuando est3 dando indicaciones, tal como "izquierda" o "derecha", en vez de "all3".
- Obtenga y fomente el uso de dispositivos para la visi3n pobre.
- Aseg3rese de que el ambiente est3 bien iluminado.

- Si la persona mayor no está usando anteojos, pregúntele si normalmente los usa y para qué fin. Si necesita anteojos para una situación determinada, asegúrese de que la persona los esté usando.
- Sea consciente de que, si la persona mayor se está alejando de usted, está inclinando la cabeza hacia un lado o parece estar mirando en otra dirección, puede ser sólo para ajustar la distancia y el ángulo, mejorando su capacidad para verle.
- Cuando esté usando material impreso, asegúrese de que la letra sea de un tamaño que la persona mayor pueda leer (tamaño de letra de al menos 14 puntos).
- Use audición y tacto para reforzar su comunicación.

LA AUDICIÓN

CAMBIOS AUDITIVOS

Su compromiso es sumamente frecuente, afecta a un tercio de los sexagenarios, dos tercios de los septuagenarios y tres cuartas partes de los mayores de 80 años. Es típico el deterioro de la capacidad auditiva para las frecuencias altas (las consonantes en el habla), mientras que se conserva la audición para frecuencias bajas (las vocales).

El adulto mayor se queja de que oye sin comprender.

LA FRECUENCIA Y GRAVEDAD DEL PROBLEMA HACE NECESARIA SU BÚSQUEDA SISTEMÁTICA A TRAVÉS DE:

- El interrogatorio para detectar su presencia (observación directa y preguntas acerca de la dificultad para comprender las voces a mujeres y niños, dificultad para oír el teléfono o comprender lo que se dice en lugares ruidosos).
- El interrogatorio para reconocer la repercusión social del déficit.
- El examen otoscópico para buscar impactación de cerumen.
- Prueba de la agudeza auditiva (tictac de un reloj de pulso o frotamiento de los dedos en proximidad del pabellón auricular).
- Prueba de dificultades de comprensión a través de la “prueba del susurro” (incapacidad para repetir el 50% de diez palabras pronunciadas en susurro a 15 centímetros de distancia detrás del paciente).

El adulto mayor con déficit auditivo tiene que hacer frente a una serie de problemas psicológicos que son consecuencia de:

- Indiferencia progresiva hacia el mundo exterior.
- Interpretación de los sonidos del lenguaje.
- “Sólo oye lo que quiere oír” tiende a participar cuando la conversación es lenta o cuando el tema le es muy conocido.

Las principales causas del déficit auditivo en los adultos mayores son:

- Presbiacusia: dificultad progresiva para la audición.
- Aumento de la vellosidad del oído externo.
- Aumento de la producción de cerumen.
- Disminución de la elasticidad de la membrana timpánica.

LA MEMORIA

CAMBIOS COGNITIVOS Y TRASTORNOS DE LA MEMORIA

La mayoría de los adultos mayores no presentan graves problemas cognitivos, confusión o trastornos de memoria. Aproximadamente, sólo un 10% de la población de

60 años y más, presenta algún tipo de demencia. Sin embargo, puede ser relativamente frecuente que el médico o enfermero de atención primaria tenga un paciente que sufra de un estado de confusión. Existen varias situaciones que llevan a la alteración de forma momentánea y transitoria de la función cerebral y, por lo tanto, del estado mental. Este se considera un estado de confusión mental agudo. En momentos de ansiedad y estrés es también posible que el paciente manifieste algunos déficits de memoria transitorios.

El adulto mayor con confusión o con déficit de memoria representa un reto para la comunicación con el médico, enfermera, familiares y cuidadores por:

- Ser incapaz de pensar con la claridad y coherencia adecuadas.
- Se le dificulta o es incapaz de identificar el mundo exterior y la realidad en que se encuentra.
- Su lenguaje es incoherente, con frases inacabadas y preguntas que ponen de manifiesto su desorientación.
- Tiene dificultad para mantener la atención.
- Está desorientado en tiempo y espacio, no sabe la fecha ni el lugar en que se encuentra.
- Puede confundir a personas conocidas, o creer reconocer a otras que no conoce.
- Con frecuencia está agitado.
- Puede tener alucinaciones, sobre todo visuales, muchas veces amenazantes.

La confusión mental puede ser debida a numerosas causas:

- infecciones,
- alcohol,

- anemia,
- problemas cardiovasculares,
- problemas respiratorios,
- traumatismos,
- alteraciones metabólicas,
- medicamentos,
- trastornos orgánicos y psicológicos,
- estrés quirúrgico,
- estados postoperatorios.

TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON IMPEDIMENTOS DE COGNICIÓN

- Mantener realistas sus expectativas.
- Mantener contacto visual y mediante el tacto.
- Informar a la persona de su identidad (nombre, profesión), el lugar en que está y la fecha.
- Explicarle las actividades que va a realizar y llevarlas a cabo con calma, transmitiendo tranquilidad.
- Transmitir sensación de seguridad y confianza. Atención a lo que transmitimos con nuestros gestos y actitudes no verbales.
- Escuchar y responder con sinceridad, usando oraciones simples y dando instrucciones paso a paso.
- Valide el comportamiento del paciente sin ofrecer contradicciones.
- Haga preguntas que puedan contestarse con un “sí” o un “no” y no haga preguntas que requieran esfuerzos de memoria.

- No polemizar o discutir con el paciente, pues provocará ansiedad y frustración progresivas.

LOS DIEZ MANDAMIENTOS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES

1. Sea sensible a la autopercepción de la persona mayor.
2. Piense en cómo usted se está presentando. ¿Está atareado, enojado o tenso?
Mantenga una actitud calmada, suave y práctica.
3. Mire a través del prisma del paciente, no sólo a través de su lente profesional.
4. Suspenda los estereotipos (el ver a las personas como individuos, suspende nuestras expectativas y permite un mayor respeto y participación con los demás).
5. Desarrolle la empatía. La empatía facilita ver las cosas desde la perspectiva de otra persona. Esto es especialmente evidente para el entendimiento de los defectos físicos que impiden la comunicación.
6. Desarrolle la flexibilidad. Es particularmente importante en relación a nuestras expectativas. Si éstas no son rígidas, nos dejan el paso libre a una base en común.
7. Sea cálido y sociable. Una manera de ser abierta, amigable y respetuosa contribuye mucho a engendrar altos niveles de bienestar.
8. Mire a los ojos del paciente al comunicarse, esto crea un equilibrio de poder.
9. Aprenda acerca del lenguaje y las costumbres de la persona mayor. Cuanto más sabemos los unos de los otros, mejor oportunidad tenemos de encontrar una base en común.
10. Desglose los conceptos por partes. Dé tiempo para considerarlos o para cumplirlos en orden.

EL CUIDADOR

“Se cura algunas veces. Se alivia con frecuencia. Se cuida siempre”.

Aforismo anónimo, siglo XV.

La transformación demográfica que se está originando en los países de la región, y particularmente en la Argentina, les permite marcar que tanto la necesidad de cuidados como la atención a las personas mayores dependientes irán incrementándose.

El envejecimiento poblacional propone la necesidad de provocar un gran número de cambios, que registren a reformular y potenciar los servicios sociales y sanitarios de modo que resulten óptimos, adecuados, suficientes y de calidad para la población mayor. Este envejecimiento configura de por sí escenarios que involucran el diseño de nuevas estrategias de acción exhaustivas y la readecuación de los apoyos informales como de los formales.

La necesidad de cuidado en las edades más adelantadas no es asunto nuevo: en todas las sociedades siempre ha tenido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo como se ha dado respuesta a las necesidades de cuidado ha experimentado valiosos cambios.

De esta manera, el cuidado se ha ido creando en un problema moderno debido a las particularidades del entorno actual, que los desafía día a día a seguir profundizando sobre este tema, repensando estrategias y readecuando características y potencialidades, que impacten en una mejor calidad de vida de las personas mayores.

El cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria”.

Rol del cuidador

El rol "(...)" es un modelo organizado de conducta, relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacciones ligado a expectativas propias y de los otros".

Se denomina "rol" al desempeño de una persona en una situación dada, a la manera en que demuestra lo que se espera de su posición.

Podemos decir que **el rol es el papel que se representa**. Es el mando esperado en el seno de un grupo, de una sociedad, e involucra un interjuego entre el conjunto de conductas otorgadas y asumidas, las que se esperan y las que se demuestran.

El rol del cuidador domiciliario, como otros roles, requiere de una construcción, y para practicar se necesita la presencia del otro que demande sus servicios. En esta construcción e interrelación entre cuidadores y personas cuidadas, precisamente deben surgir el ajuste recíproco de comportamientos, y la asociación para que se origine la concreción del rol.

Podemos decir que es un rol nuevo, que su aparición se concierne con el envejecimiento poblacional y la necesidad de formar estrategias de atención al adulto mayor evitando, o retrasando, su institucionalización residencial.

El buen ejercicio del rol del cuidador domiciliario pretende de la incorporación de conocimientos y de una fuerte estimulación vocacional y actitudinal. "Cuidar" es diferente a "asistir", ya que requiere una particular implicación y compromiso técnico.

En la construcción de su rol, el cuidador domiciliario recibe la demanda de sus servicios por parte del adulto mayor, es decir que no produce bienes materiales, sino que realiza prestaciones de apoyo al desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas.

En el imaginario social este rol suele asociarse con la demanda de tareas suministradas por el personal de los servicios doméstico o auxiliar de enfermería. En este sentido es significativo afirmar que **el rol de cuidador es aquel que se halla inserto en servicios de atención domiciliaria de baja tecnología.**

Es un rol que en su ejercicio brinda apoyo al adulto mayor en las actividades de la vida diaria, manteniéndolo en su hogar el mayor tiempo posible y conveniente, inserto en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Cuidador formal y cuidador informal

Otro aspecto a distinguir en el ejercicio del rol de cuidador domiciliario, es distinguir si quien lo ejerce es un **cuidador informal o un cuidador formal.**

Los **cuidadores informales**, personificados habitualmente por familiares, amigos o vecinos, no disponen de capacitación, muchas veces no perciben remuneración, o si las perciben son insuficientes, tienen una elevada responsabilidad afectiva y con asiduidad no tienen límite de horario. Dentro de este grupo suelen identificarse el **cuidador principal** (cónyuge o familiar femenino más próximo) y los **cuidadores secundarios** que no tienen la central responsabilidad del cuidado del adulto mayor sino que secundan al principal.

El **cuidador formal**, es quien adopta una capacitación teórico práctica desde una concepción bio-psico-social de la vejez y del envejecimiento en interacción con su ambiente, que apunta a crear habilidades de autovaloración y autocuidado, desenvuelve prácticas, habilidades a través de las tareas habituales como cuidador domiciliario toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan.

Esta formación se realiza desde una mirada interdisciplinaria de la vejez y el envejecimiento. Apunta a la apropiación de conocimientos y prácticas, destinadas a promover la autonomía de las personas mayores, a través del acompañamiento,

apoyo y sustitución (en el caso que la situación lo requiera) en las actividades de la vida cotidiana.

Un aspecto primordial a tener en cuenta en los sistemas de cuidados domiciliarios es el paralizar en el reconocimiento e identificación de las **funciones del cuidador** y en especial en su **perfil**, determinando dos niveles bien diferenciados del mismo: el **perfil laboral** y el **perfil técnico**.

*El cuidador formal no lo es sólo a partir del aprendizaje específico que recibe, sino también a partir de las **funciones que desenvuelve** y de la **construcción de su perfil técnico y laboral**.*

El **concepto de perfil** se define como la expresión de cada una de las cualidades que define a una determinada persona. Es el conjunto de condiciones o rasgos propios de una persona o cosa.

Las funciones del cuidador domiciliario y sus perfiles técnico y laboral.

Funciones del cuidador

A partir del rol del cuidador domiciliario, se identifican funciones inherentes a su tarea, agrupándolas y categorizándolas en cuatro competencias:

- **Prevención:** accionar del cuidador domiciliario que permite advertir y revelar precozmente aquellas situaciones que se muestren como mediadores y/o conducentes a deterioros en los aspectos bio-psico-social de las personas que reciben el cuidado domiciliario.
- **Promoción:** centrar la mirada en la identificación y la optimización de las posibilidades existentes que presenta cada persona cuidada, de las conductas **resilientes** y promover acciones de estimulación que permitan o fortalezcan, según corresponda, la integración social a fin de lograr una mejor calidad de vida.
- **Educación:** pretende que el cuidador domiciliario sea el interlocutor para difundir aquellos conocimientos específicos incorporados, a quien cuida y a su grupo

familiar. Transferir conceptos acerca de cuidados y autocuidados; proporcionar información sobre la disponibilidad y acceso de recursos existentes a nivel comunitario.

- **Asistencia:** proporcionar apoyo y entrenamiento en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria del adulto mayor, en el cuidado de la salud, en la rehabilitación posible en cada caso y situación particular, y en todo aquello que incida en una mejor calidad de vida, de aquellas personas que reciben el cuidado.

Perfil técnico del cuidador

El perfil técnico es “*el conjunto de aptitudes, conocimientos y experiencia laboral de una persona*”. Se entiende como el conjunto de requisitos requeridos, cualidades y conocimientos que deben añadir los educandos o potenciales cuidadores, con el fin de proporcionar en forma óptima y adecuada servicios de cuidados.

Instituir y regular el perfil técnico del cuidador involucra la necesidad de conexión y coherencia con las funciones y las tareas que se pretendan para dar cumplimiento al perfil laboral de quien se desempeña como tal. Es necesario por lo tanto, enumerar los requisitos a tener en cuenta al momento de evaluar la aptitud del perfil técnico.

Describir este perfil incluye:

- Conocer objetivamente **datos como la edad, el nivel de educación y la experiencia,**
- Aspectos relacionados a las **características de la personalidad** que influyen en la aptitud, habilidad o destreza de quien se formará como cuidador,
- Y en igualdad de importancia la correspondiente **capacitación e incorporación de saberes y conceptos,** requisito fundamental para la formación y el desarrollo de recurso humano calificado e idóneo para la tarea.

Los requisitos mencionados deben concentrarse en cuatro variables, que pueden enunciarse como las de índole **personal, socio-económica, psicológica y formativa.**

Variables de índole personal

Incluye los **indicadores a edad, sexo, y salud.**

La edad se transforma en un indicador de relevancia al momento de determinar el perfil técnico del cuidador domiciliario, la franja etárea que se propone y se considera adecuada es la de 25 a 50 años, y se corresponde con los requisitos madurativos de los cuidadores.

Personas de poca edad podrían tener dificultades al momento de la toma de decisiones o en situaciones en las que se ponen en juego relaciones intrafamiliares. Y aquellos que tuvieren una edad cercana a los adultos mayores que cuidan, seguramente tendrían un alto grado de involucramiento emocional que no les permitirá mantener la distancia óptima y obstaculizaría el desarrollo de la tarea.

De todas maneras, estas consideraciones no pretenden ser categóricas, será incumbencia de quien valora este indicador, proponiendo en cada caso particular la flexibilidad necesaria, sin dejar de visualizar que su modificación no incidirá en la realización de la tarea de cuidados domiciliarios de manera eficaz y eficiente.

El **sexo es un indicador de poca incidencia** al momento de evaluar el perfil técnico de quien recibirá la capacitación, no es excluyente y no existe diferenciación alguna. Mujeres y varones tienen capacidades y están en condiciones de prestar servicios de cuidados.

La **salud sí se convierte en un indicador fundamental**, permite determinar las condiciones adecuadas y necesarias que el cuidador debe tener para el desarrollo de su tarea. Tener un buen estado de salud, implica la evaluación de los aspectos físicos y psíquicos del cuidador.

La variable socioeconómica

Concentra indicadores como los sociales y los económicos. **Los indicadores sociales deben ser evaluados en profundidad pero para nada deben considerarse excluyentes.**

Si bien la persona que se propone para la tarea de cuidador asume un rol social que implica un gran compromiso y responsabilidad en el ámbito comunitario, seguramente son personas que tienen una carga familiar importante, poca disponibilidad y flexibilidad horaria y situaciones imponderables a resolver en el día a día.

Cuestiones que por supuesto requieren de una evaluación profunda y deben ser consideradas relevantes pero nunca determinantes de la exclusión, pues una buena intervención de los profesionales evaluadores puede contribuir a la identificación y organización de estos aspectos, contribuyendo no sólo la posibilidad de aplicar paliativos a las dificultades planteadas, sino especialmente propiciar la inclusión social a partir de la formación, permitiendo no sólo la incorporación de conceptos sino propiciando la elevación de la autoestima y autovaloración de las personas que participen de la capacitación.

Los **indicadores económicos** cumplen un rol relevante, relacionados con la remuneración o pago que van a percibir por la tarea como cuidador, la satisfacción por el desempeño del rol y sus funciones, y la capacidad para el trabajo. Este indicador también asume un carácter relevante, pues nos obliga a diferenciar y valorar si la elección de formarse como cuidador está más motivada por la posibilidad de generar recursos e ingresos económicos que optar por una razón verdaderamente vocacional. O bien la confluencia de ambas.

La variable psicológica

Concentra aspectos claves en la constitución del perfil técnico del cuidador , pues influye sustancialmente en la construcción de vínculos con la persona que recibe el cuidado, su entorno y grupo familiar y sus redes sociales de apoyo. Esta

variable considera los siguientes indicadores: **cualidades personales y cualidades actitudinales.**

Las cualidades personales son aquellas que representan al cuidador domiciliario en el desempeño de su tarea y se relacionan con las características de personalidad. La responsabilidad, el compromiso, la autoestima, la autovaloración, la integridad ética y moral, son algunas.

Las cualidades actitudinales se refieren a aquellas capacidades cognitivo-afectivas que respaldarían una adecuada atención al destinatario del servicio de cuidados. Son el conjunto de valores, creencias, conocimientos y expectativas propias de cada individuo. Representan lo que una persona considera como verdadero-falso, bueno-malo.

La variable formativa

Implica el aprendizaje desde tres perspectivas o ámbitos: el conocimiento, el desarrollo de habilidades y la presencia de valores y actitudes. Este proceso producirá como resultado final mejor rendimiento, nuevas habilidades, nuevos conocimientos y nuevas actitudes.

La educación formal, se valora el nivel primario completo como el adecuado, teniendo en cuenta que es necesario que quien va a recibir la capacitación específica de cuidador domiciliario cuente con herramientas tales como lectura fluida, comprensión de textos, redacción coherente y otros.

La educación no formal, concentra el recorrido de las personas en áreas por fuera del sistema educativo formal. Este indicador permite inducir al momento de evaluar a personas con deseos de capacitarse, la motivación que presentan en relación a la temática y la iniciativa para la formación.

La experiencia es un factor motivador de importancia, pretende que las personas que realizan esta actividad de manera empírica a transformarse en un recurso humano calificado para la tarea.

Su formación, desde una perspectiva integral e integrada de la vejez y del envejecimiento, busca potenciar aquellos aspectos ligados a la relación cuidador domiciliario-persona cuidada, priorizando la flexibilidad en el trato personal, la adaptación al desempeño de sus funciones, el acompañamiento con una actitud de comprensión y escucha, respetando la autonomía y favoreciendo la autoestima de la persona atendida y la madurez para superar situaciones de pérdida o duelos.

En la construcción del perfil técnico, será importante **trabajar aspectos relacionados a sentimientos de omnipotencia y su contracara de impotencia o frustración** ante la imposibilidad de dar respuestas a todas las demandas que puede realizar el adulto mayor. Por lo tanto será importante que el cuidador pueda con la supervisión de los profesionales trabajar en la identificación y delimitación de metas posibles.

Otro aspecto que contribuye al perfil técnico es el motivacional, en la elección de este rol; el por qué desea y elige ser cuidador .

- ¿Tiene en su familia alguna persona adulta mayor, discapacitada o con una enfermedad que requiere o ha requerido cuidados y se profesionaliza para ofrecer sus servicios?
- ¿Ve su tarea como un acto de solidaridad y conmiseración con el otro? ¿Cree que se trata de un perfil asistencial basado en la compasión y en la satisfacción personal que da ayuda al prójimo?
- ¿Entiende que esta capacitación se convertirá en un facilitador para su inclusión socio-laboral?

Las respuestas a estas preguntas les servirán también como insumos para los profesionales que coordinan o supervisan los sistemas de cuidados. Les permitirá trabajar específicamente en la apropiación del rol por parte del cuidador para

poder a través del mismo transmitir la especificidad de su tarea, plasmar en cuidados idóneos y adecuados la prestación, e identificar, cuando se posee, la vocación.

Perfil laboral del cuidador

El perfil laboral es el conjunto de las tareas, funciones, acciones y características de una ocupación o trabajo determinado.

En el perfil laboral del cuidador deben considerarse las tareas que se espera que él desarrolle en correspondencia con los conocimientos y saberes adquiridos durante la formación. Se refiere a las tareas, rol y funciones, relacionadas a las características propias del desenvolvimiento de la vida diaria del adulto mayor.

El logro de un perfil laboral adecuado debe ser prioritario en la escala de objetivos de quienes tienen la responsabilidad de capacitar y formar recurso humano para la atención.

Calificar a este grupo requiere de un gran compromiso académico para la implementación del programa educativo y por supuesto implica la necesidad de generar aquellas herramientas necesarias, que permitan, en proyección, visualizar la inclusión socio-laboral de los cuidadores en el mercado formal de trabajo.

Tareas inherentes al perfil laboral del cuidador

Se detallan a continuación aquellas tareas inherentes al perfil laboral del cuidador, que deben ser propuestas en el marco formativo desde un enfoque integral (bio-psico-social) de la vejez y basado en el paradigma de derechos:

- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria.
- Administración de medicamentos por vía oral y de uso externo, indicado y prescripto por profesionales.
- Preparación de alimentos. Ingesta asistida.
- Higiene y arreglo personal y del hábitat.

- Acciones preventivas de accidentes.
- Actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades.
- Colaboración en las prácticas indicadas por el profesional.
- Difusión de acciones de promoción de la salud y reinserción social.

En resumen

La conjunción del perfil técnico y laboral en el perfil “**cuidador** ” implica formación, idoneidad, responsabilidad, compromiso, disposición para trabajar en equipo, aceptación de indicaciones emanadas de los profesionales intervinientes, capacidad para realizar aportes criteriosos, confidencialidad, ética. Requerimientos excluyentes, entre otros, que debe reunir una persona para desempeñarse en los servicios de cuidados.

El cuidador, cualquiera sea su ámbito de actuación, ya sea bajo relación de dependencia, como integrante de una cooperativa, o como trabajador independiente, necesitará desarrollar sus actitudes personales, sus conocimientos, su experiencia, y sus habilidades y destrezas adquiridas a fin de afianzarse en su desarrollo laboral.

ATENCIÓN AL CUIDADOR

Se debe prestar especial atención al cuidador –en la enorme mayoría de los casos mujeres- en los que la edad media, es superior a los 65 años.

El cuidador se siente solo, sin apoyo, triste. Oscila entre la irritabilidad y la culpa. En la mayoría de los casos, se encuentra cansado, deprimido o sometido de forma permanente al estrés emocional. Percibe sentimientos contradictorios de los que se avergüenza porque cree que es el único que los sufre. Las emociones van

desde la preocupación al rechazo, resentimiento, hostilidad, frustración. El cuidador se siente perdido y desconcertado.

Se debe trabajar con él, marcando que no existen sentimientos “correctos”. Mostrar de dónde proceden esas emociones y por qué son así. El fastidio y la irritación pueden ser comprensibles y no es una persona despreciable por sentirlos. Su enfado tiene justificación porque existen personas que deberían ayudarlo y no lo hacen. se puede admitir su frustración y enojo.

Habitualmente los alivia compartir sus inquietudes y temores con otras personas que se hallan en la misma situación. Les permite compartir ideas, comprobar que otros sufren problemas semejantes, calmar sentimientos de culpa y conocer recursos.

El sentimiento de culpa a veces aparece en el análisis de lo que se hizo dejó de hacer en el pasado; el grado de paciencia que se muestra, si se siente vergüenza por la forma de comportarse en público.

Es conveniente que el cuidador pase algún tiempo fuera del ámbito de la persona cuidada. Saber que va a disponer de este tiempo para sí mismo le ayudará a soportar la situación. Es una vacación emocional imprescindible para poder dar lo mejor de sí. se le debe señalar que la única forma de que pueda entregarse a los demás es encontrarse bien él mismo y sentirse a gusto.

En el equilibrio del cuidador va a influir la personalidad previa, relación afectiva que se mantenía o mantiene con la persona a la que se cuida, ritmo de trabajo, nivel de formación, alteraciones de conducta que se muestren, conflictos personales y salud física.

Siempre se debe informar de los recursos socio-sanitarios existentes, que pueden ayudar a sobrellevar tan difícil situación.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio mixto (cuali – cuantitativo), ya que se recolectaron datos numéricos como así también datos sin medición numérica en forma sistemática, mediante la realización de un método predeterminado para su recolección y luego analizados mediante un proceso estadístico.

Con respecto al tiempo, el mismo es un estudio prospectivo ya que los datos se registraron en el lapso del tiempo determinado en el transcurso de la fecha establecida.

Es de corte transversal, ya que se realizaron las encuestas en un periodo definido haciendo un corte en la realidad.

Instrumento de recolección de datos: se realizaron encuestas a personas cuidadoras de adultos mayores hospitalizados en el servicio de Cl. Médica del Hospital Regional Antonio J. Scaravelli durante el tercer trimestre del año 2015.

Área de estudio: el presente estudio se realizó en el servicio de Cl. Médica del Hospital Regional Dr. Antonio J. Scaravelli de Tunuyán, Mendoza.

Universo y Muestra: La investigación tomó una muestra de 100 personas que cuidan a pacientes en el servicio de Cl. Médica del Hospital.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES:

En éste estudio de investigación se desprenden las siguientes variables que fueron obtenidas en base a las encuestas realizadas en el servicio de Cl. Médica del Hospital A. J. Scaravelli durante el tercer trimestre del 2015:

Datos sociodemográficos

1-Sexo: condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

En esta variable se midió el género humano:

A- Femenino

B- Masculino

2- Edad: Tiempo que una persona ha vivido. Cada uno de los periodos en que se divide la vida. Para facilitar la operacionalización de ésta variable se utilizan indicadores en intervalos con un rango de 15 años, tomando como base a las personas menores de 20 años y hasta los 66 años o más.

- A. Menores de 20 años
- B. De 21 a 35 años
- C. De 36 a 50 años
- D. De 51 a 65 años
- E. De 66 o mas

3- Nivel de instrucción: Nivel alcanzado por una persona profesionalmente. En éste trabajo se utilizó diferentes categorías.

- A. Primario incompleto
- B. Primario completo
- C. Secundario incompleto
- D. Secundario completo
- E. Nivel superior
- F. Sin escolaridad

4- Estado Civil: Condición particular que caracteriza a la persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

- A. Soltero
- B. Casado
- C. Divorciado
- D. Viudo

Datos relativos al rol del cuidador

5- Experiencias previas en el cuidado de pacientes: Entendiéndose por cuidados al conjunto de actividades propuestas con el fin de proporcionar alivio para el dolor y otros síntomas.

- A. SI
- B. NO

6- Tiempo que lleva desempeñando el rol del cuidador: es la unidad de medida, expresada en años, que la persona que brinda cuidados lleva desempeñando ese rol.

- A. De 0 a 1 año
- B. De 2 a 3 años
- C. De 4 a 5 años
- D. Y más de 5 años.

7- Tipo de vínculo que lo une al paciente: es la unión o relación de una persona con otra. Por lo tanto, dos personas vinculadas están unidas, emparentadas, ya sea de forma física o simbólica.

- A. Familiar
- B. Amigo
- C. Conocido.
- D. Remunerado

8- Posee el paciente otros cuidadores: hace referencia a la/as personas que cumplen las mismas funciones que el encuestado.

- A. SI
- B. NO

9- Cantidad de horas que le brinda cuidados al paciente: es el tiempo que el cuidador dedica exclusivamente a brindar cuidados al paciente en un día, expresado en horas.

- A. De 1 a 4 horas
- B. DE 5 a 8 horas
- C. Y de 9 a 12 horas

10- Conoce la causa de internación: información que posee el cuidador a cerca de los factores que desencadenaron la situación actual de salud del hospitalizado.

- A. SI
- B. NO

11- Conoce los cuidados que se deben dar al paciente: cuidados son las acciones encaminadas a mejorar el estado de salud del paciente, dependiendo de las necesidades que presente el mismo.

- A. SI
- B. NO

12- Tiene conocimientos sobre la patología que presenta o cursa el paciente: es el conjunto de ideas formadas sobre aquella enfermedad o dolencia que padece una persona en un momento determinado y que persiste en el tiempo.

- A. SI
- B. NO

En caso de respuesta afirmativa indique cuales: es una apreciación subjetiva del conocimiento que posee la población referente al estado de salud del paciente hospitalizado.

El cuidador refiere la patología, tratamiento/os, tipos de cuidados o cualquier otra cosa que le parezca pertinente en cuanto a sus conocimientos.

13- En caso de presentar el paciente una complicación en su patología ¿Cuál sería su reacción?: es el estímulo que se presenta al cuidador generándole una respuesta hacia el acto del paciente.

- A. Espera la reacción del paciente
- B. Llama a la enfermera
- C. Pide ayuda a su entorno

Salud percibida

14- ¿Cómo considera su estado de salud?: según la OMS la Salud es “el estado de completo bienestar físico, social y mental y no solamente la ausencia de enfermedad”

- A. Muy bueno

- B. Bueno
- C. Regular
- D. Malo
- E. Muy malo

15- Le ha generado a usted algún problema el desempeñar este rol: es una situación en la que el propio cuidador se ve afectado y que genera en él no encontrar las soluciones suficientes para lograr los resultados esperados.

- A. Si
- B. No

En caso de ser afirmativa indique de que tipo: son los factores asociados por los cuales se ve afectada la vida del cuidador. Ejemplo; económicos, sociales, afectivos, familiares.

16- Presenta usted algún síntoma relacionado al tiempo que lleva desempeñándose como cuidador: señale que aparecen en el cuidador en respuestas a posibles causas de estrés o alguna patología de base.

Se le brinda una lista con diez posibles síntomas que podrían presentar durante un periodo prolongado de cuidados hacia un paciente. Estos son: Apatía, nerviosismo, alteración del sueño, cansancio, pesadez de piernas, dolores musculares, dolores de espalda, cefalea, ansiedad, estado depresivo.

- A. Ninguno
- B. 1 a 3
- C. 4 a 6
- D. 7 a 9
- E. 10 o más.

Apoyo social

17-Recibe ayuda familiar para el desempeño de este rol: supone una acción que realiza otra persona de manera desinteresada para aliviarle el trabajo, para

que consiga un determinado fin, para paliar o evitar una situación de riesgo que lo pueda afectar.

A. SI

B. NO

Análisis y presentación de resultados: los resultados derivados de las encuestas se reflejarán en una planilla de tabulación de datos, donde se asignarán distintas categorías con el propósito de facilitar el análisis de los mismos y se presentarán en tablas y gráficos correspondientes.

CAPITULO III

RESULTADOS: DISCUSIÓN Y

PROPUESTAS

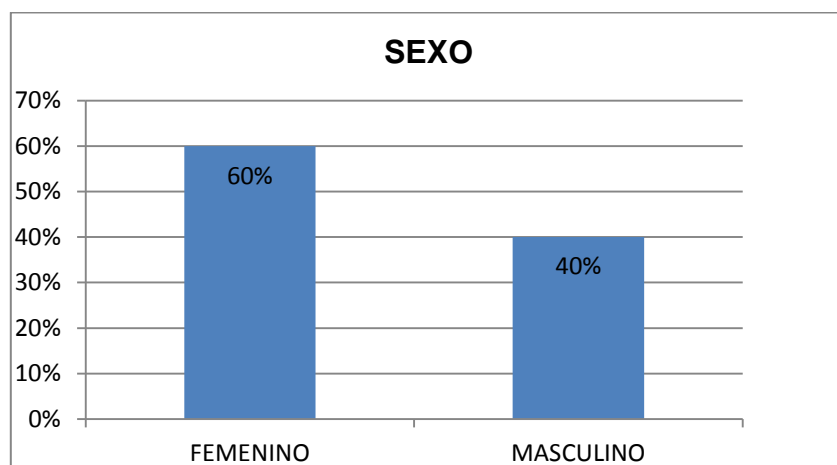
TABLA N° 1

Cuidadores a cargo de pacientes adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital A.J. Scaravelli en el tercer trimestre del año 2015, según sexo.

SEXO	FR	FR %
FEMENINO	60	60%
MASCULINO	40	40%
Total	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°1: SEXO



ANÁLISIS: Como enuncia el gráfico n°1 el 60% de 100 personas encuestadas que realizan tareas de cuidados de pacientes adultos mayores, pertenecen al sexo femenino.

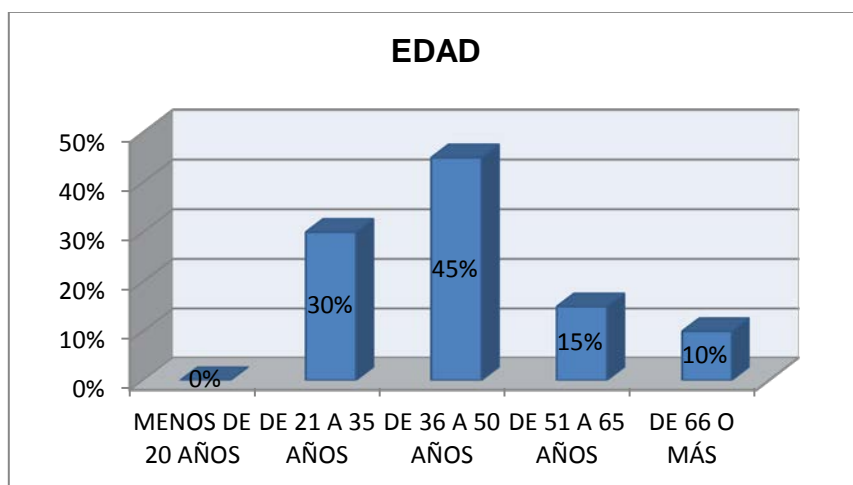
TABLA N°2

Cuidadores a cargo de pacientes adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital A. J. Scaravelli durante el tercer trimestre del año 2015 según edad.

EDAD	FR	FR %
MENOS DE 20 AÑOS	0	0%
DE 21 A 35 AÑOS	30	30%
DE 36 A 50 AÑOS	45	45%
DE 51 A 65 AÑOS	15	15%
DE 66 O MÁS	10	10%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°2: EDAD



ANÁLISIS: Como expresa la tabla, el 45% del total (100%) de personas que desempeñan tareas de cuidados de pacientes hospitalizados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Antonio J. Scaravelli, en el tercer trimestre del año 2015, tienen entre 36 y 50 años.

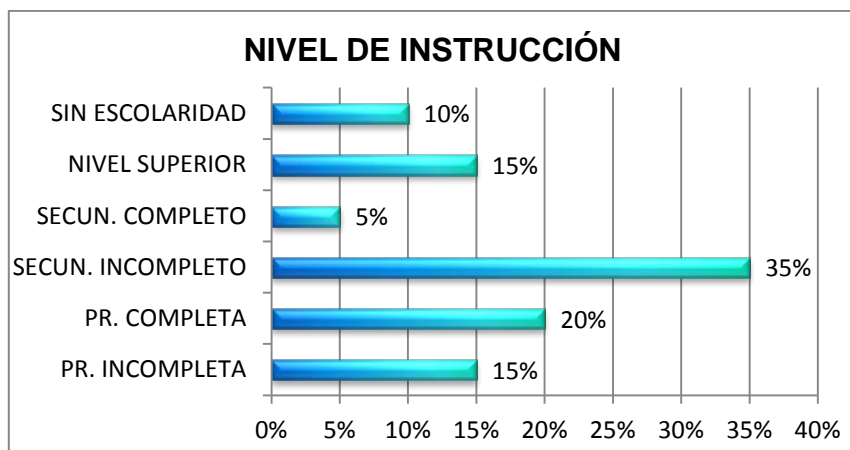
TABLA N°3

Nivel de instrucción de los cuidadores de adultos mayores hospitalizados en Clínica Médica del Hospital A.J Scaravelli en el tercer trimestre de 2015

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FR	FR %
PR. INCOMPLETA	15	15%
PR. COMPLETA	20	20%
SECUN. INCOMPLETO	35	35%
SECUN. COMPLETO	5	5%
NIVEL SUPERIOR	15	15%
SIN ESCOLARIDAD	10	10%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN



ANÁLISIS: Como se expresa en la tabla el 35% del total de personas encuestadas que brindan cuidados a adultos mayores hospitalizados en el servicio de Clínica Médica del Hospital Antonio J. Scaravelli en el tercer trimestre del año 2015, poseen nivel de instrucción secundario incompleto.

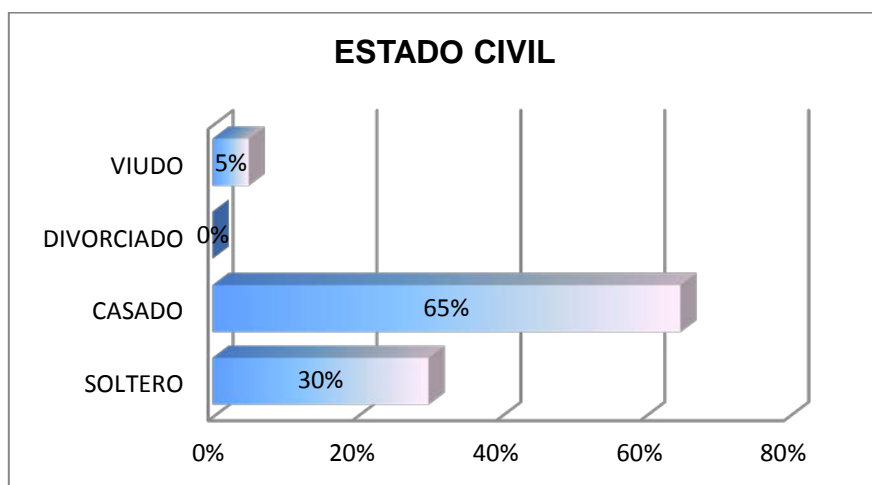
TABLA N°4

Estado civil de las personas que brindan cuidados a pacientes adultos mayores que se encuentran hospitalizados durante el tercer trimestre del año 2015 en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Scaravelli.

ESTADOCIVIL	FR	FR %
SOLTERO	30	30%
CASADO	65	65%
DIVORCIADO	0	0%
VIUDO	5	5%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°4: ESTADO CIVIL



ANÁLISIS: Como se puede observar en el gráfico las personas a cargo de los cuidados de pacientes hospitalizados, adultos mayores, son en un 65% del total de estado civil casado.

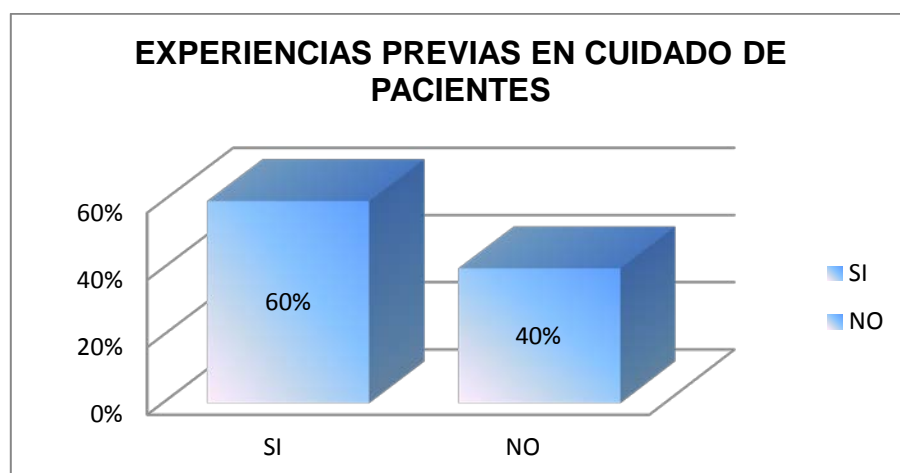
TABLA N°5

Experiencias previas de las personas a cargo de los cuidados de pacientes hospitalizados adultos mayores en el Servicio de Clínica Médica del Hospital A.J. Scaravelli.

EXPERIENCIAS PREVIAS	FR	FR%
SI	60	60%
NO	40	40%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°5: EXPERIENCIAS PREVIAS EN CUIDADO DE PACIENTES



ANÁLISIS: Se observa en el gráfico precedente que el 60% del total de las personas encuestas poseen al menos una experiencia previa en el cuidado de pacientes hospitalizados.

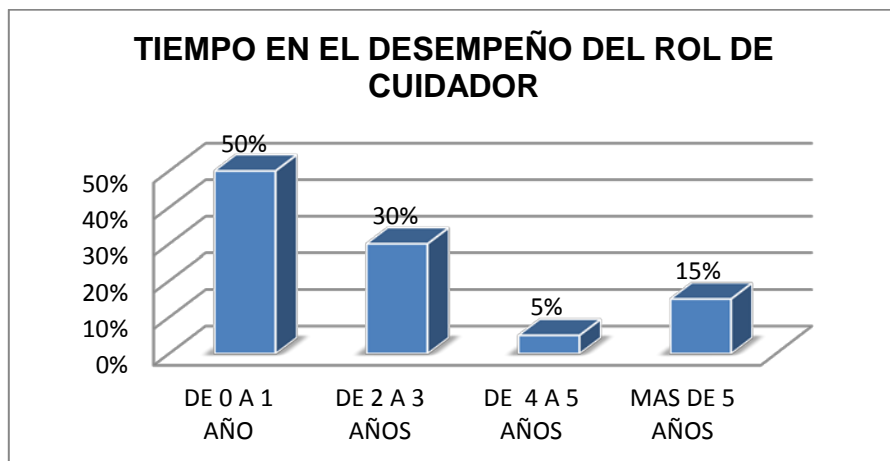
TABLA N°6

Tiempo que lleva el cuidador desempeñando dicho rol con pacientes adultos mayores según su dedicación expresada en años.

TIEMPO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL	FR	FR %
DE 0 A 1 AÑO	50	50%
DE 2 A 3 AÑOS	30	30%
DE 4 A 5 AÑOS	5	5%
MAS DE 5 AÑOS	15	15%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°6: TIEMPO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR



ANÁLISIS: Se observa en el gráfico que el 50% de un total de 100 personas encuestadas posee escasa experiencia o casi nula al cuidado de pacientes adultos mayores hospitalizados.

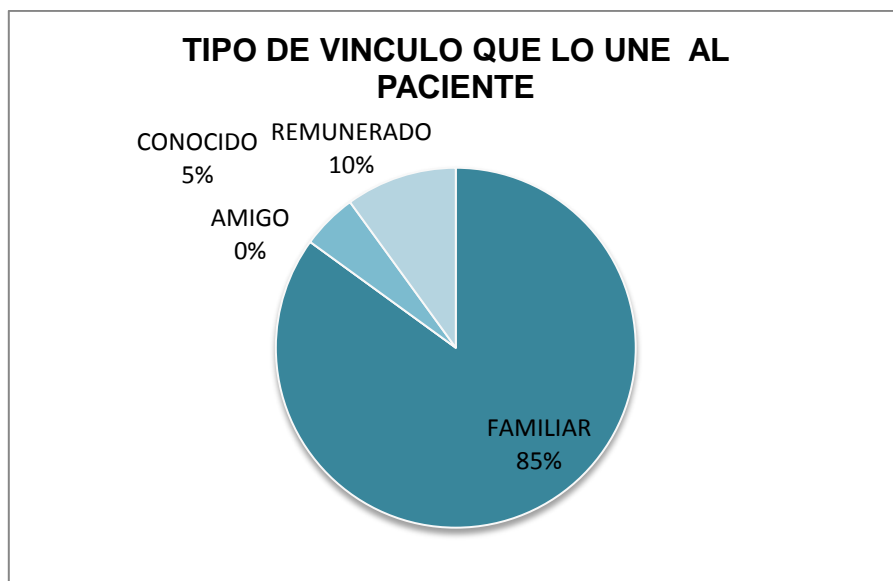
TABLA N°7

Vínculo que une al cuidador con el paciente adulto mayor a su cargo en el Servicio de Clínica Médica del Hospital A. J. Scaravelli durante el tercer trimestre del año 2015.

TIPO DE VINCULO	FR	FR %
FAMILIAR	85	85%
AMIGO	0	0%
CONOCIDO	5	5%
REMUNERADO	10	10%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N° 7: TIPO DE VINCULO QUE LO UNE AL PACIENTE



ANÁLISIS: Como se enuncia en la tabla anterior en base al 100% de los encuestados a cargo de los cuidados en pacientes hospitalizados, el 85% comparten un vínculo del tipo familiar.

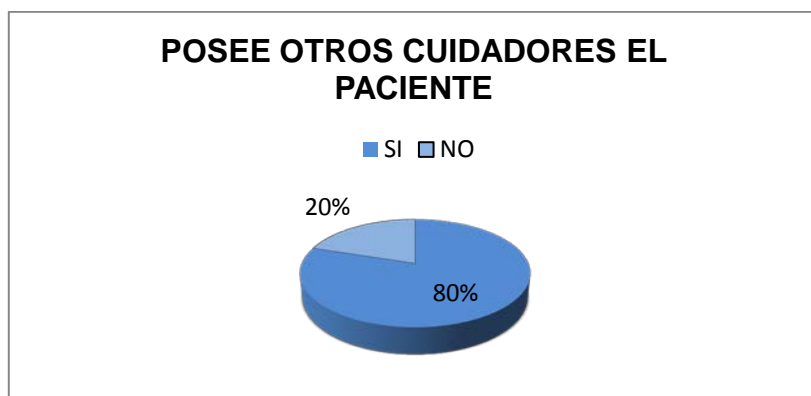
TABLA N°8

Personas secundarias que desempeñan funciones similares al del cuidador principal del paciente hospitalizado en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Antonio Scaravelli durante el tercer trimestre de 2015.

OTROS CUIDADORES	FR	FR %
SI	80	80%
NO	20	20%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°8: POSEE OTROS CUIDADORES EL PACIENTE



ANÁLISIS: Se evidencia en este gráfico que el 80% del total de personas encuestadas durante el tercer trimestre del año 2015 en el Servicio de Clínica Médica, manifiesta tener a otras personas que colaboran en el cuidado del paciente.

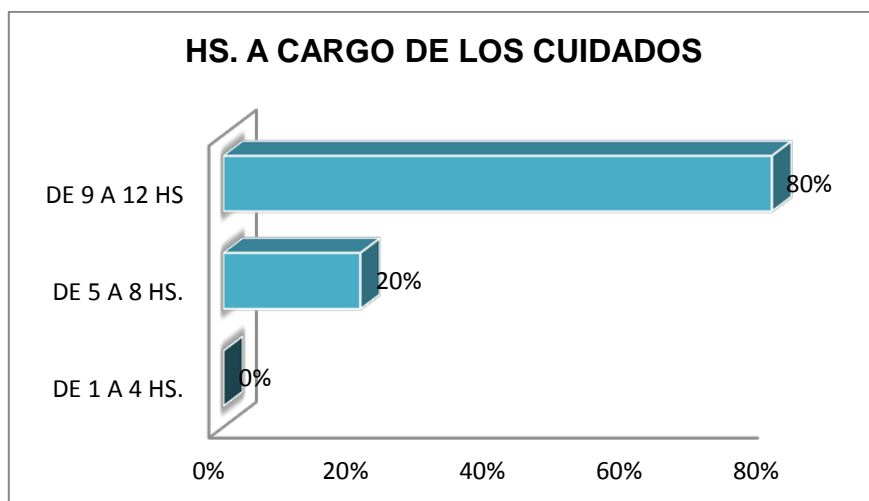
TABLA N°9

Cantidad de horas que el cuidador brinda atención al paciente adulto mayor a su cargo durante su hospitalización en el Servicio de Clínica Médica del Hospital A. J: Scaravelli en un día.

CANTIDAD DE HS.	FR	FR %
DE 1 A 4 HS.	0	0%
DE 5 A 8 HS.	20	20%
DE 9 A 12 HS	80	80%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°9: HORAS A CARGO DE LOS CUIDADOS



ANÁLISIS: Como indica claramente el Gráfico N°9 el 80% de los cuidadores realiza una jornada laboral de al menos 12hs, teniendo a su cargo la atención de pacientes adultos mayores hospitalizados.

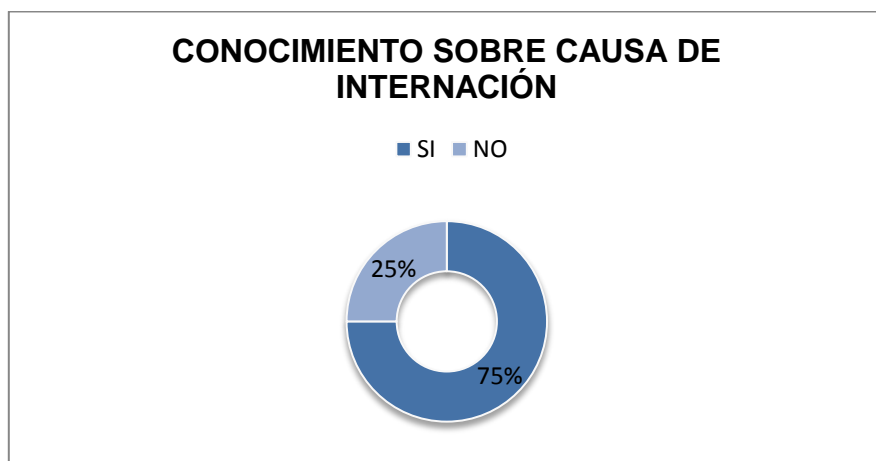
TABLA N°10

Conocimiento del cuidador sobre la causa de internación del paciente adulto mayor en el Servicio de clínica Médica en el Hospital Antonio J. Scaravelli durante el tercer trimestre del año 2015.

CONOCIMIENTOS SOBRE CAUSA DE INTERNACION	FR	FR %
SI	75	75%
NO	25	25%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°10: CONOCIMIENTO SOBRE CAUSA DE INTERNACIÓN



ANÁLISIS: Como se expresa en el gráfico N° 10 el 75 % del total de las personas encuestadas cuidadoras de adultos mayores hospitalizados en el Servicio de clínica Médica conoce la causa de internación.

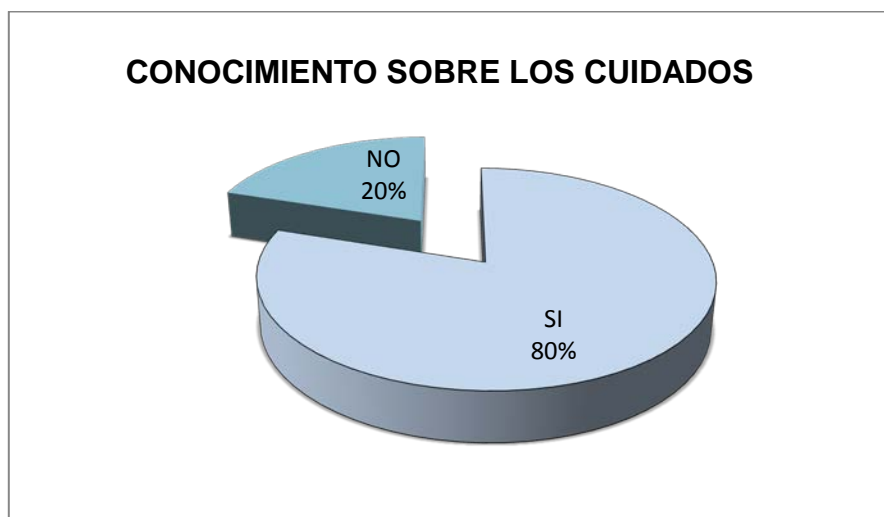
TABLA N°11

Conocimientos que posee la persona a cargo sobre cuidados que se deben prestar al paciente adulto mayor en el Hospital A.J. Scaravelli en el servicio de Clínica Médica durante el tercer trimestre.

CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS	FR	FR %
SI	80	80%
NO	20	20%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°11: CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS



ANÁLISIS: Como se evidencia en el gráfico precedente el 80 % de un total de 100 personas encuestadas posee conocimientos sobre la causa de internación de la persona que tiene a su cargo.

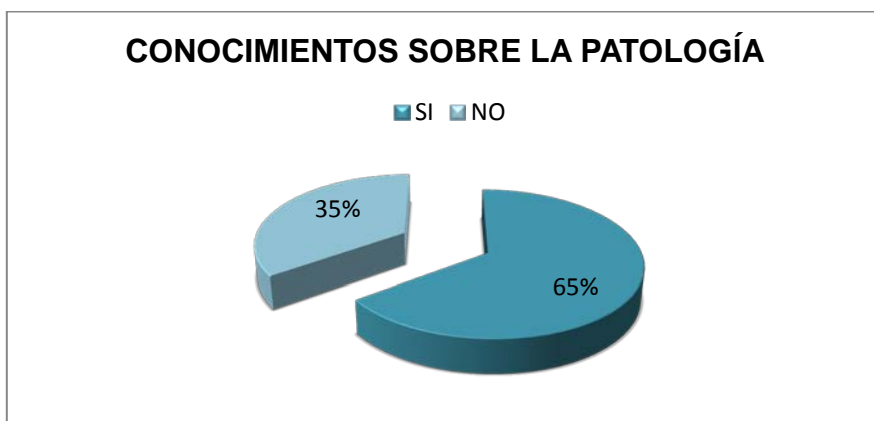
TABLA N°12

Conocimientos que posee el cuidador a cargo sobre la patología del paciente hospitalizado a quien brinda cuidados durante su internación en Clínica Médica del Hospital A.J: Scaravelli.

CONOCIMIENTOS SOBRE LA PATOLOGÍA	FR	FR %
SI	65	65%
NO	35	35%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°12: CONOCIMIENTOS SOBRE LA PATOLOGÍA



ANÁLISIS: Se muestra en el grafico anterior que poseen conocimientos sobre la patología del adulto mayor el 65 % de los encuestados a cargo de los cuidados del paciente.

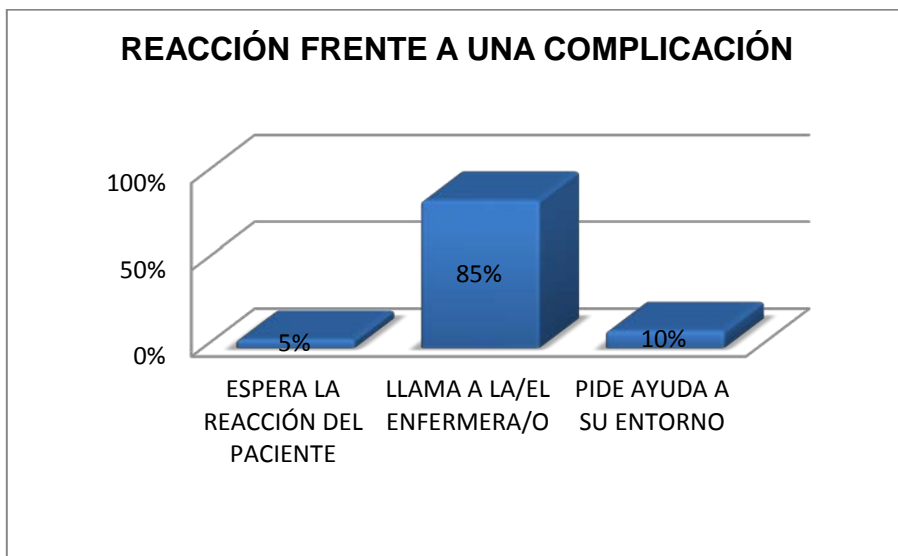
TABLA N°13

Reacción que presenta el cuidador frente a una complicación durante la hospitalización del paciente adulto mayor en el servicio de Clínica Médica del Hospital Antonio J. Scaravelli.

REACCION FRENTEA UNA COMPLICACIÓN	FR	FR %
ESPERA LA REACCIÓN DEL PACIENTE	5	5%
LLAMA A LA/EL ENFERMERA/O	85	85%
PIDE AYUDA A SU ENTORNO	10	10%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°13: REACCIÓN FRENTE A UNA COMPLICACIÓN



ANÁLISIS: Un 85% del total de personas encuestadas manifiesta que su reacción frente a una complicación en la patología es llamar a la/el enfermera/o para la atención del paciente.

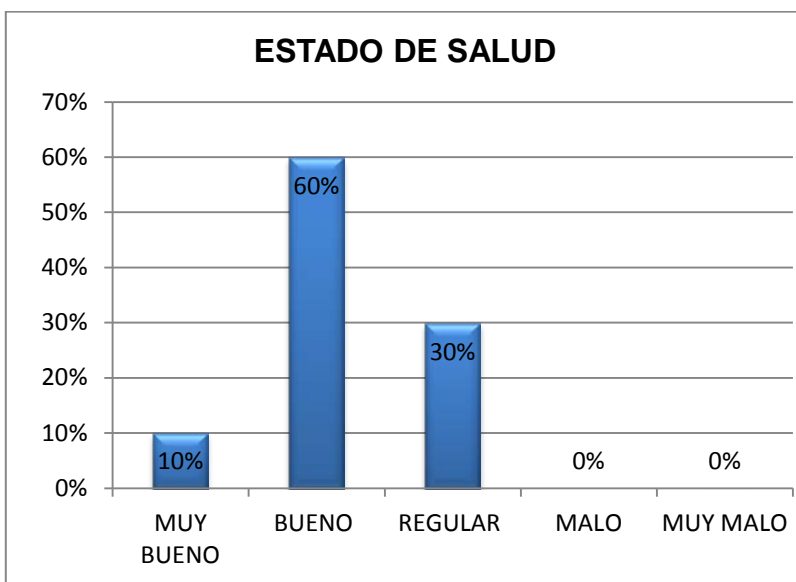
TABLA N°14

Apreciación del cuidador a cerca de su propio estado de salud durante la hospitalización del paciente adulto mayor en el servicio de Clínica Médica del Hospital Scaravelli.

ESTADO DE SALUD	FR	FR %
MUY BUENO	10	10%
BUENO	60	60%
REGULAR	30	30%
MALO	0	0%
MUY MALO	0	0%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°14: ESTADO DE SALUD



ANÁLISIS: Como se puede observar en el gráfico anterior el 60% de la población encuestada considera que su estado de salud durante el tiempo que transcurre la hospitalización es bueno.

TABLA N°15

Problemas que le ha generado al cuidador desempeñar dicho rol, ya sea de índole familiar, económico o de salud, durante la hospitalización del paciente adulto mayor en el Hospital Antonio J. Scaravelli.

PROBLEMAS EN EL DESMPEÑO	FR	FR
SI	55	55%
NO	45	45%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°15: PROBLEMAS EN EL DESEMPEÑO DEL ROL



ANÁLISIS: Éste grafico pone en evidencia que el 55% de las personas que realizan la tarea de cuidar a los pacientes Adultos mayores hospitalizadas se le generan problemas familiares, sociales o económicos.

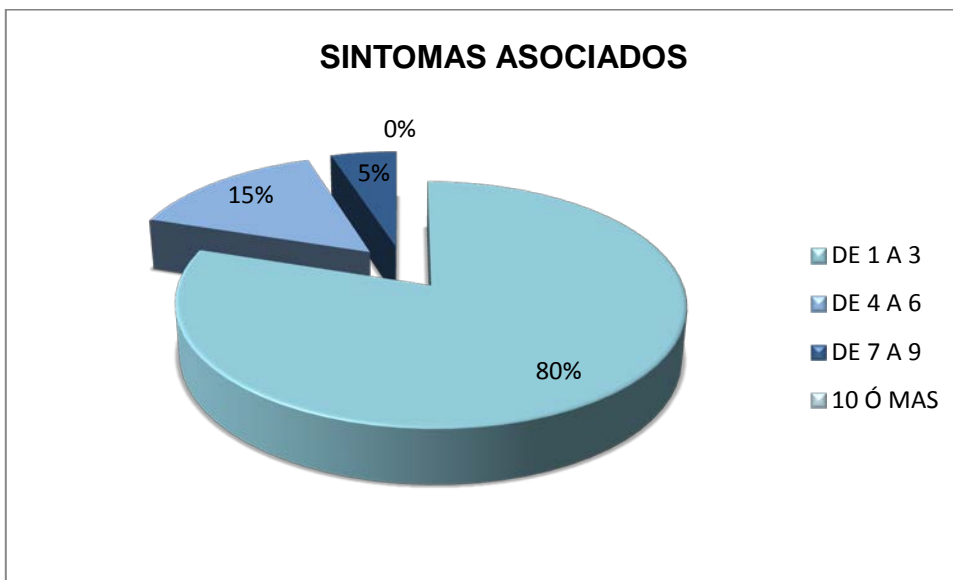
TABLA N°16

Presencia de algún síntoma de deterioro del estado de salud de las personas a cargo de los cuidados de pacientes hospitalizados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Scaravelli.

SINTOMAS ASOCIADOS	FR	FR %
DE 1 A 3	80	80%
DE 4 A 6	15	15%
DE 7 A 9	5	5%
10 Ó MAS	0	0%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N°16: SINTOMAS ASOCIADOS



ANÁLISIS: El 80 % de las personas que estuvieron a cargo de los cuidados de pacientes hospitalizados presenta de 1 a 3 síntomas de deterioro de su salud tales como: nerviosismo, cansancio, dolores musculares, ansiedad; entre los más frecuentes.

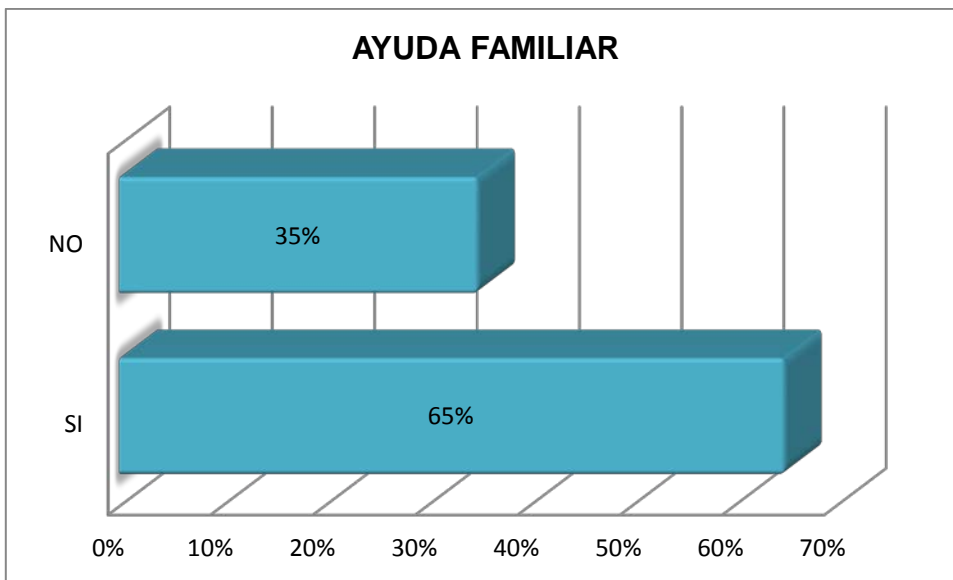
TABLA N°17

La siguiente tabla hace mención sobre si el cuidador recibe algún tipo de apoyo o ayuda familiar para desempeñar dicha tarea en la hospitalización del paciente Adulto Mayor.

RECIBE AYUDA FAMILIAR	FR	FR %
SI	65	65%
NO	35	35%
TOTAL	100	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

GRÁFICO N° 17: AYUDA FAMILIAR

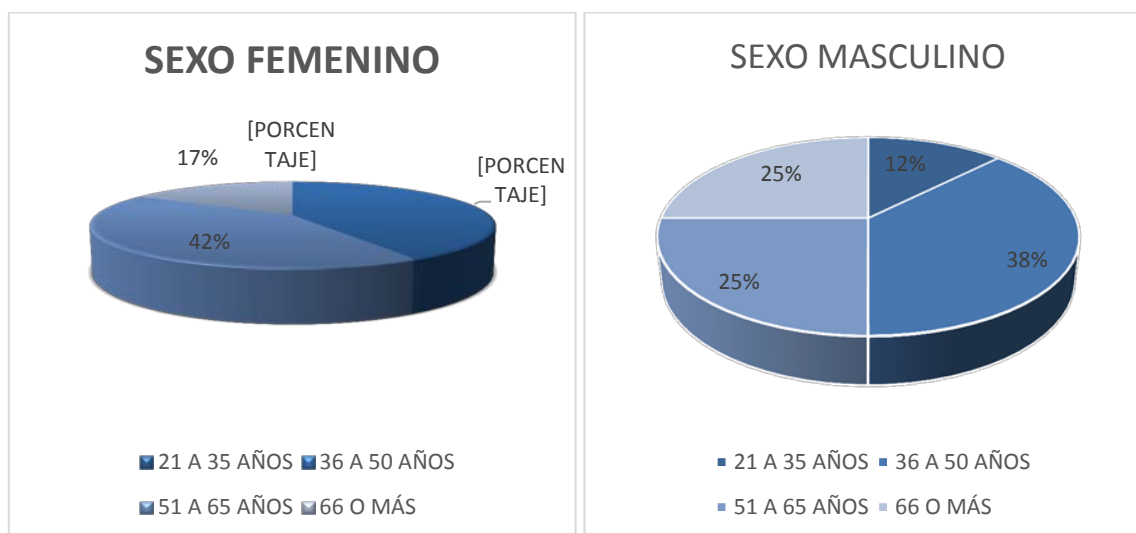


ANÁLISIS: En el gráfico anterior se pone de manifiesto el reconocimiento y el apoyo que en un 65% del total de encuestados recibe el cuidador por parte de las familias que tienen hospitalizados a pacientes Adultos Mayores en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Scaravelli.

TABLA N°18: RELACION ENTRE EDAD Y SEXO DE LOS ENCUESTADOS

VARIABLE	SEXO					
		F		M		
		FR	FR %		FR	FR%
E D A D	21 A 35 AÑOS	0	0%	21 A 35 AÑOS	5	12,50%
	36 A 50 AÑOS	25	41,66%	36 A 50 AÑOS	15	37,50%
	51 A 65 AÑOS	25	41,66%	51 A 65 AÑOS	10	25%
	66 O MÁS	10	16,66%	66 O MÁS	10	25%
	TOTAL	60	100%	TOTAL	40	100,00%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

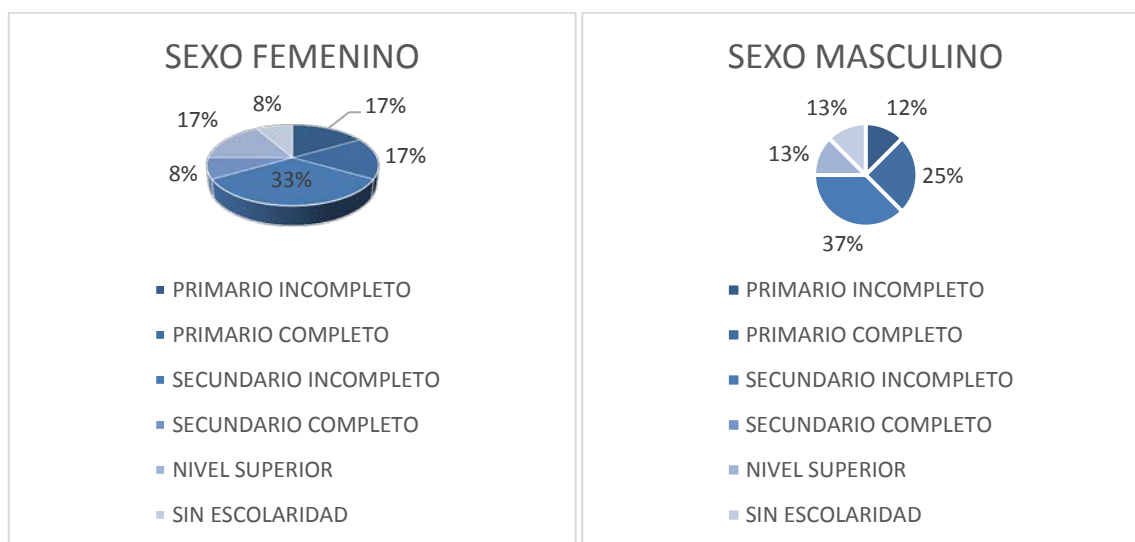


La relación entre la edad y el sexo de las personas encuestadas arroja los siguientes datos: de un total de 100 personas encuestadas 60 son mujeres de las cuales el 41,66% posee entre 36 a 50 años y entre 51 y 65 años de edad respectivamente. Solo el 16,66% se encuentra en el grupo etario mayor de 66 años. El resultado para los encuestados de sexo masculino difiere un poco ya que, si bien el porcentaje es del 38% para la categoría de edad entre 36 y 50 años, siendo esta la mas importante, del total de la población encuestada los mismos representan sólo el 15%. Si observamos el 50% del total (40) de los encuestados masculinos supera los 50 años de edad.

TABLA N°19: RELACION ESCOLARIDAD Y SEXO

VARIABLES	SEXO				
		F		M	
		FR	FR%	FR	FR%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIO INCOMPLETO	10	16,66	5	12,5
	PRIMARIO COMPLETO	10	16,66	10	25
	SECUNDARIO INCOMPLETO	20	33,32	15	37,5
	SECUNDARIO COMPLETO	5	8,33		
	NIVEL SUPERIOR	10	16,66	5	12,5
	SIN ESCOLARIDAD	5	8,33	5	12,5
	TOTAL	60	99,96	40	100

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.

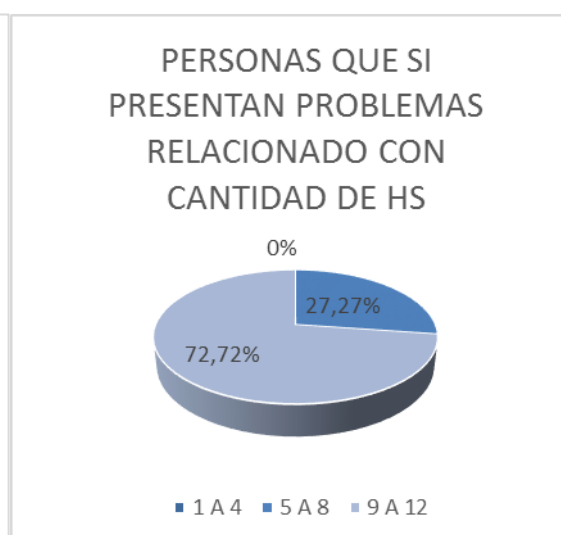
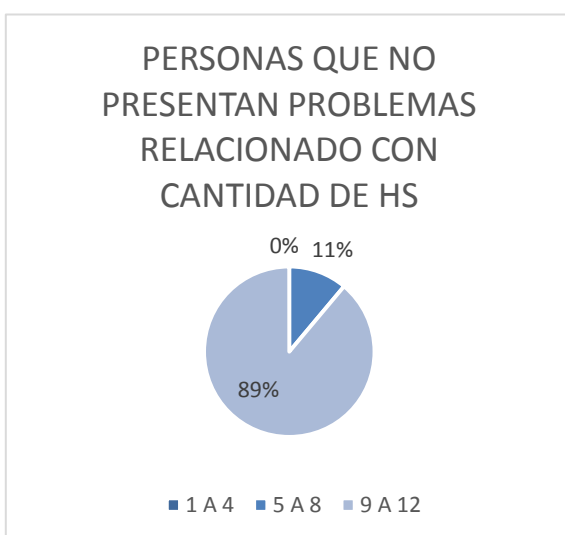
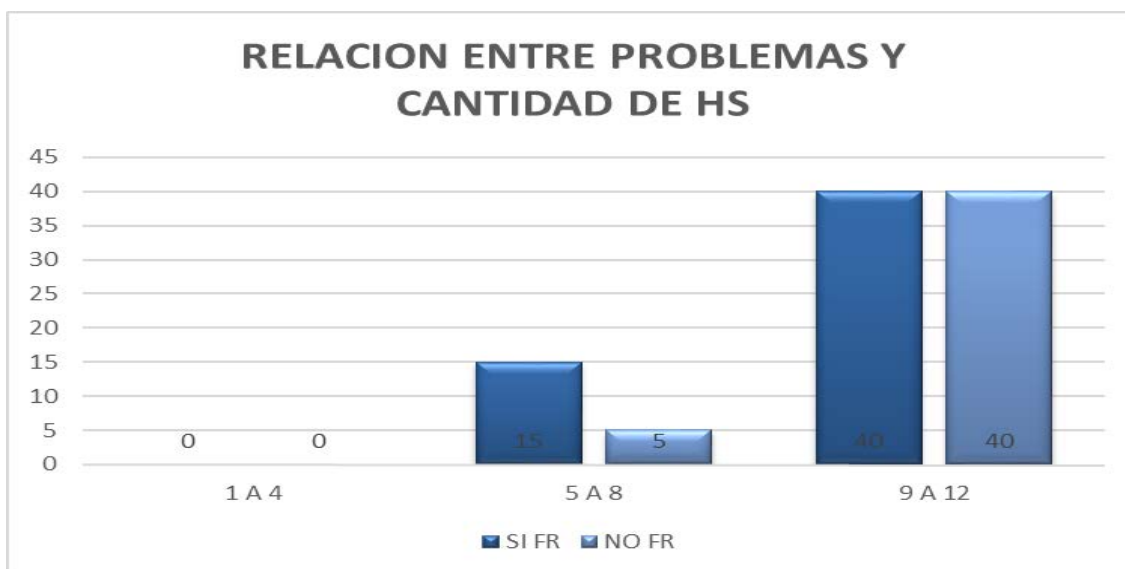


El nivel educativo alcanzado por las personas del sexo femenino encuestadas que corresponden al 60% del total, es en un 33% de secundario incompleto mientras que para los hombres (40% del total) es de 37%. Pero se puede observar que el 50% de la poblacion masculina encuestada posee mas baja escolaridad frente a un 42% en el sexo femenino.

TABLA N°20: RELACIÓN ENTRE CANTIDAD DE HORAS Y PROBLEMAS ASOCIADOS

VARIABLES	CANTIDAD DE HORAS					TOTAL
	PROBLEMAS	SI	1 A 4	5 A 8	9 A 12	
			SI	FR	0	15
	SI	FR%	0%	27,27%	72,72%	99,99%
	NO	FR	0	5	40	45
	NO	FR%	0,00%	11,11%	88,88%	99,99%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a los cuidadores de adultos mayores hospitalizados durante el tercer trimestre, en el departamento de Tunuyán.



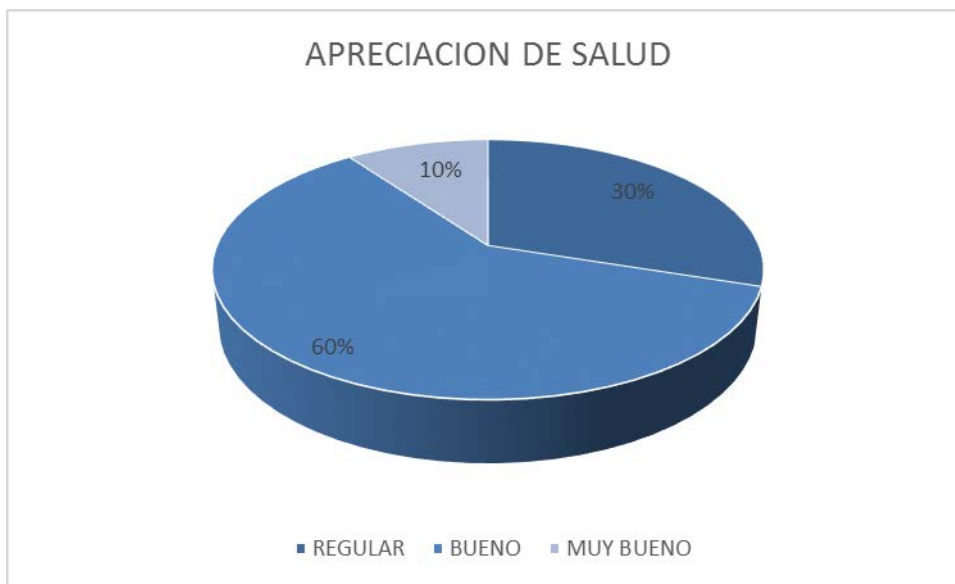
Como se puede observar en el gráfico existe una paridad entre las personas que tienen o no problemas relacionados con la cantidad de horas que realizan la tarea

de cuidar al paciente. En el caso de los que no presentan problemas significan el 89% (45% del total de encuestados), mientras que los que presentan algún problema son el 72,72% (55% del total de encuestados).

En el caso de las personas que realizan sus tareas con una carga horaria de 5 a 8 horas presentan problemas de algún tipo el 27,27% de los casos siendo más del doble de los que no los presentan (11%).

TABLA N°21: RELACION ENTRE APRECIACION DE SALUD Y SINTOMAS

VARIABLES	SINTOMAS						TOTAL	
	1 A 3		4 A 6		7 A 9		FR %	FR
	FR%	FR	FR%	FR	FR%	FR	30%	30
REGULAR	18,75%	15	100%	15		0	60%	60
BUENO	68,75%	55		0	100%	5	10%	10
MUY BUENO	12,50%	10		0		0		



Los datos más relevantes indican que un 60 % de la población indica que su estado de salud es bueno de lo que se desprende el siguiente gráfico que relaciona a este 60% con la cantidad de síntomas que presentan:



Un 68,75% de las personas que presentan un estado de salud bueno según su apreciación presentan de 1 a 3 síntomas tales como cansancio, nerviosismo, dolores musculares, ansiedad; entre los más importantes.

RESULTADOS

Las observaciones realizadas se han hecho en base a 100 encuestas realizadas durante el tercer trimestre del año 2015 a personas que brindan cuidados a pacientes hospitalizados adultos mayores, de ésta población observada es que surge el 65% de las personas que realizan esta tarea son mujeres, comprendidas en un grupo etario de 36 a 50 años (45% del total), considerandose muy importante que poseen una baja escolaridad el 80% de los mismos, de los cuales un 10% no poseen escolaridad, lo que podemos identificar como una barrera para el desempeño de sus tareas de manera efectiva y brindar calidad en los servicios de atención al paciente.

Se puede concluir que el 60% de los encuestados tiene experiencias previas sobre cuidados de pacientes; pero el 50% tiene escaso tiempo desempeñando este rol, en un 85% son familiares del hospitalizado y en un 80% cuentan con otros cuidadores. Lo que resulta preocupante y genera problemas familiares, sociales, de salud, económicos; es que estos cuidadores en el 80% de los casos están a cargo de la atención entre 9 y 12 horas, generando como dijimos anteriormente algún tipo de problema al 55% de los mismos y también asociados al tiempo que prestan cuidados, siendo en un 80% relacionados al deterioro de su propia salud, entre los que se destaca cansancio, dolores musculares, nerviosismo y ansiedad.

Una consideración importante surge de los interrogantes sobre el conocimiento acerca de la patología que cursa el paciente y los cuidados que deben brindarse, en 80 % y 65% de los casos respectivamente, la respuesta es afirmativa pero se observa en esto que el tipo de cuidado es insuficiente e incluso el enfermero/a es quién realiza los mismos, creando una sobrecarga al personal, ya que se observa que conocen el nombre solamente de la patología, pero no reconocen signos y síntomas, ni tampoco que se debe hacer en cuanto a posición, horarios, tratamientos, alimentación, higiene del paciente.

DISCUSIÓN

Lo que se puede rescatar con esta investigación es que las personas que cumplen funciones como cuidador no tienen conocimientos sobre la patología que cursa el paciente ni las necesidades a satisfacer de los mismos. Debido a que existen otras barreras como lo son: bajo nivel de escolaridad, sexo (en su mayoría mujeres) y la edad de los cuidadores además de la escasa experiencia.

El desempeño del rol requiere de dicha experiencia como así también de disponibilidad de tiempo sin dejar de lado el propio descanso del cuidador; quien es el encargado de cubrir las necesidades del paciente y de cuidar su propia salud tanto física como emocional, sin que esto cree problemas familiares, económicos y aislamiento social que deviene en el deterioro de la integridad del cuidador.

Es primordial que el paciente reciba una atención eficiente para ello se debe ofrecer información e instrucciones a los cuidadores, pero resulta muchas veces insuficiente el personal debido a la demanda de atención en el servicio mencionado.

PROPUESTA

En base a los resultados obtenidos las autoras de la investigación consideran que las sugerencias deberían estar centradas en la educación de los cuidadores a cargo de pacientes hospitalizados, la instrucción de las personas es fundamental para lograr una atención de calidad y así disminuir o ayudar al enfermero/a que muchas veces se encuentra con el servicio colapsado y una gran demanda de atención.

También es importante que el cuidador reconozca la aparición de signos y síntomas de deterioro de su integridad y sepa pedir ayuda de manera pertinente. Además, la familia debe reconocer la importancia de dicho papel y facilitar los recursos necesarios para no agotar al cuidador y favorecer la hospitalización del adulto mayor.

Se sugiere:

- Promover e incentivar a la capacitación de los cuidadores.
- Concientizar a los familiares sobre la calidad de atención que debe recibir el paciente.
- Incentivar a involucrarse de manera activa en la toma de decisiones acerca de su propia salud.
- Estimular a los cuidadores a interiorizarse en los cuidados que debe recibir el paciente según su patología.
- Planificar estrategias para disminuir la sobrecarga de trabajo del personal de enfermería.
- Identificar el interés que presentan los cuidadores sobre recibir información para desarrollar su tarea de forma oportuna.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito identificar y describir el rol del cuidador en el paciente Adulto Mayor. Sobre todo, se pretendía examinar cuales son aquellos eventos que en mayor o menor intensidad influyen en los cuidados hacia los pacientes teniendo que ver con el nivel de conocimientos de los cuidadores.

Como así también se identificaron aquellos factores ambientales, culturales físicos y de salud que se presentan en el cuidador durante las internaciones; que resultan en un deterioro directo de su vida.

De esto resulta muy importante trabajar con el cuidador, haciéndolo desde un punto de vista humanístico con el objetivo de sembrar en ellos los conocimientos básicos para lograr satisfacer las necesidades del paciente, conjugando la salud integral de los mismos con la prevención y el tratamiento de la salud de los pacientes en un marco de armonía y seguridad para ambos.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. Dr. José Manuel Esteban Sabeviela. International marketing y communication S.A. Madrid. 2008
2. Women, Aging and Health: Achieving Health across the Lifespan. Bonita, Ruth. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998.
<http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>
3. "Manual de cuidados domiciliarios." Capítulo 3: El Cuidador domiciliario en el siglo XXI. Dra. Mónica Roqué (compiladora). Argentina. 2010
4. "La vejez desconocida: una mirada desde la biología a la cultura". Inmaculada de la Serna de Pedro. Ediciones Díaz de Santos. España. 2003
5. "El envejecimiento sus desafíos y esperanzas". Marcelino Cerejido, Hugo Arechiga. Ilustrada. Siglo XXI. España. 1999.
6. "Características y necesidades de atención higiénico-sanitaria de las personas dependientes". Ruth Garcia Moya Sanchez. Ediciones Paraninfo. S.A. Malaga. 2014.
7. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, 1986. 8. Manual de Normas y Procedimientos OPS-OMS 1990.

APENDICES Y ANEXOS

ENCUESTAS REALIZADAS A LA/LAS PERSONAS QUE ACOMPAÑAN AL
PACIENTE DURANTE LA INTERNACIÓN EN EL SERVICIO DE CLINICA
MÉDICA DEL HOSPITAL “ANTONIO J. SCARAVELLI”

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. SEXO:

- A. Femenino
- B. Masculino

2. EDAD:

- F. Menores de 20 años
- G. De 21 a 35 años
- H. De 36 a 50 años
- I. De 51 a 65 años
- J. De 66 o mas

3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

- G. Primario incompleto
- H. Primario completo
- I. Secundario incompleto
- J. Secundario completo
- K. Nivel superior
- L. Sin escolaridad

4. ESTADO CIVIL

- E. Soltero
- F. Casado
- G. Divorciado
- H. Viudo

DATOS RELATIVOS AL ROL DEL CUIDADOR

5. EXPERIENCIAS PREVIAS EN CUIDADO DE PACIENTES

- C. SI
- D. NO

6. TIEMPO QUE LLEVA DESEMPEÑANDO EL ROL DEL CUIDADOR

- E. De 0 a 1 año
- F. De 2 a 3 años
- G. De 4 a 5 años
- H. Y más de 5 años.

7. TIPO DE VINCULO QUE LO UNE AL PACIENTE

- E. Familiar
- F. Amigo
- G. Conocido.
- H. Remunerado

8. POSEE EL PACIENTE OTROS CUIDADORES:

- C. SI
- D. NO

9. CANTIDAD DE HORAS LE BRINDA CUIDADOS AL PACIENTE

- D. De 1 4 horas
- E. DE 5 a 8 horas
- F. Y de 9 a 12 horas

10. CONOCE USTED LA CAUSA DE INTERNACION

- C. SI
- D. NO

11. USTED CONOCE LOS CUIDADOS QUE SE LE DEBEN DAR AL PACIENTE

- C. SI
- D. NO

12. TIENE CONOCIMIENTOS SOBRE LA PATOLOGIA QUE PRESENTA O CURSA EL PACIENTE:

- C. SI
- D. NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA INDIQUE CUÁLES:

.....

.....
.....

13. EN CASO DE PRESENTAR EL PACIENTE UNA COMPLICACION EN SU PATOLOGIA CUAL SERIA SU REACCION:

- D. Espera la reaccion del paciente
- E. Llama a la enfermera
- F. Pide ayuda a su entorno

SALUD PERCIBIDA

14. ¿COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD?

- F. Muy bueno
- G. Bueno
- H. Regular
- I. Malo
- J. Muy malo

15. LE HA GENERADO A USTED ALGUN PROBLEMA DESEMPEÑAR ESTE ROL. DE ¿QUE TIPO?

- A. SI
- B. NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA INDIQUE CUÁLES:

.....
.....
.....

16. PRESENTA UD. ALGÚN SINTOMA RELACIONADO AL TIEMPO QUE LLEVA DESEMPEÑANDOSÉ COMO CUIDADOR:

- A. Ninguno
- B. 1 a 3
- C. 4 a 6
- D. 7 a 9
- E. 10 ó más

APOYO SOCIAL

17. RECIBE AYUDA FAMILIAR PARA EL DESEMPEÑO DE ESTE ROL

C. SI

D. NO

