

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO
CONCEPCION-CHILE**



**PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADORES INFORMALES RESPECTO AL CUIDADO
OTORGADO POR ENFERMERAS/OS DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA

CAMILA ANTONIA CHÁVEZ MOLINA

PROFESOR GUÍA: MAG. MAGALI RODRIGUEZ VIDAL

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAYO 2015



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO
CONCEPCION-CHILE**



**PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADORES INFORMALES RESPECTO AL CUIDADO
OTORGADO POR ENFERMERAS/OS DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA

CAMILA ANTONIA CHÁVEZ MOLINA

PROFESOR GUÍA: MAG. MAGALI RODRIGUEZ VIDAL

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAYO 2015

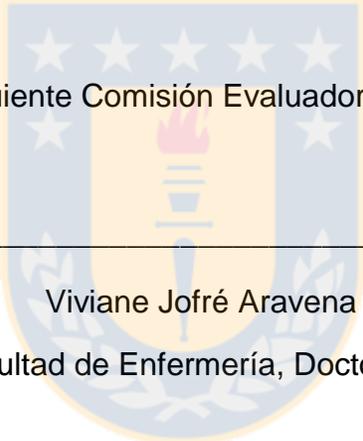
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía:

Magali Rodríguez Vidal
Profesor Asociado, Magister en Enfermería

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:



Viviane Jofré Aravena
Decana (I) Facultad de Enfermería, Doctora en Enfermería

Claudia Carrasco Dájer
Académica, Magister en Enfermería, Magister en Salud Pública

Directora Programa Magíster:

Sandra Valenzuela
Doctora en Enfermería

AGRADECIMIENTOS

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad, ni desfallecer en el intento.

A mis queridos padres y hermano, por su confianza y alentarme en mis años de estudios; quienes durante todos estos años confiaron en mí; comprendiendo mis ideales y el tiempo que no estuve con ellos.

A mii profesora guía Magali Rodríguez, por ser un referente de vida, dándome las fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, por brindarme el soporte incondicional, por su orientación para el desarrollo de la presente. Me encuentro en deuda por el ánimo infundido y la confianza depositada.

Al profesor Luis Luengo por su asesoría técnica en el área estadística.

Finalmente a todas las personas que se cruzaron en este camino y que me dieron palabras de aliento y apoyo.

Camila Chávez M.

*"Y ahora permanecen la fe, la esperanza y el amor, estos tres;
pero el mayor de ellos es el amor."*

1 Corintios 13:13



TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
I. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.2. MARCO REFERENCIAL.....	7
1.2.1. MARCO TEÓRICO.....	7
1.2.1.1. Cuidado humanizado.....	7
1.2.1.2. Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson.....	10
1.2.1.3. Relación del Cuidado Humanizado con la Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson.....	11
1.2.1.4. Teoría de Percepción Social.....	15
1.2.1.5. Enfermedades Crónicas	15
1.2.1.6. Dependencia Severa.....	16
1.2.1.7. Cuidador Informal.....	17
1.2.2. MARCO EMPÍRICO.....	18
1.3. PROPOSITO	24
1.4. HIPÓTESIS.....	24
1.5. OBJETIVOS.....	24
1.5.1. Objetivo General.....	24
1.5.2. Objetivos Específicos.....	25
1.5.2.1. Objetivos Específicos Descriptivos	25
1.5.2.2. Objetivos Específicos de Asociación:	25
1.6. VARIABLES DEL ESTUDIO	26
1.6.1. Variable Dependiente:.....	26
1.6.2. Variables Independientes:.....	26

1.6.2.1.	Variables sociodemográficas del cuidador informal	26
1.6.2.2.	Variables sociodemográficas del adulto mayor con dependencia severa.	27
1.6.2.3.	Condicionantes de salud del adulto mayor con dependencia severa	27
II.	METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN	28
2.1.	DISEÑO	28
2.2.	UNIDAD DE ANÁLISIS	28
2.3.	UNIVERSO	28
2.4.	MUESTRA	28
2.5.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	28
2.5.1.	Criterios de inclusión:.....	28
2.5.2.	Criterios de exclusión:.....	29
2.6.	ASPECTOS ÉTICOS	29
2.7.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
2.8.	CONTROL DE CALIDAD DEL INSTRUMENTO	32
2.8.1.	Prueba Piloto	32
2.8.2.	Calidad de los datos: Fiabilidad de la Prueba Piloto.....	33
2.9.	ADMINISTRACIÓN FINAL DEL CUESTIONARIO	33
2.10.	CALIDAD DE LOS DATOS:	33
2.10.1.	Confiabilidad del Instrumento.....	33
2.10.2.	Validez del Instrumento.....	34
2.11.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:	34
III.	RESULTADOS DEL ESTUDIO	35
3.1.	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE O VARIABLE PRINCIPAL .	35
3.1.1.	Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería.....	35
3.2.	DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES.....	42
3.2.1.	Características del Cuidador Informal	42

3.2.1.1.	Edad.....	42
3.2.1.2.	Sexo.....	44
3.2.1.3.	Estado Civil	44
3.2.1.4.	Nivel educativo.....	45
3.2.1.5.	Ingresos	46
3.2.1.6.	Trabajo Complementario	47
3.2.1.7.	Tiempo Libre Semanal	48
3.2.1.8.	Relación con la Persona que Cuidan.....	49
3.2.2.	Características Sociodemográficas del Adulto Mayor con Dependencia Severa.....	50
3.2.2.1.	Edad.....	50
3.2.2.2.	Sexo	52
3.2.2.3.	Tipo de ingreso.....	52
3.2.3.	Condicionantes de Salud del Adulto Mayor con Dependencia Severa	54
3.2.3.1.	Tiempo de postración.....	54
3.2.3.2.	Enfermedad crónica asociada	55
3.2.3.3.	Causa de la dependencia.....	56
3.2.3.4.	Estado nutricional.....	57
3.2.3.5.	Presencia de Úlceras por Presión (UPP).....	58
3.3.	ASOCIACIÓN DE VARIABLES.....	59
3.3.1.	Relación de las Variables Sociodemográficas del Cuidador Informal con la Variable Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería.....	59
3.3.1.1.	Edad y Percepción de Cuidado Humanizado.....	59
3.3.1.2.	Sexo y Percepción de Cuidado Humanizado.....	60
3.3.1.3.	Estado Civil y Percepción de Cuidado Humanizado	60
3.3.1.4.	Nivel Educativo y Percepción de Cuidado Humanizado	61
3.3.1.5.	Ingreso y Percepción de Cuidado Humanizado	62

3.3.1.6.	Trabajo Complementario y Percepción de Cuidado Humanizado	63
3.3.1.7.	Tiempo Libre Semanal y Percepción de Cuidado Humanizado	63
3.3.1.8.	Relación con la Persona que Cuidan y Percepción de Cuidado Humanizado	65
3.3.2.	Relación de las Variables Sociodemográficas y los Condicionantes de Salud del Adulto Mayor con Dependencia Severa con la Variable Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería	66
3.3.2.1.	Ingreso y Percepción de Cuidado Humanizado	66
3.3.2.2.	Tiempo de Postración y Percepción de Cuidado Humanizado	68
3.3.2.3.	Enfermedad Crónica Asociada y Percepción de Cuidado Humanizado	68
3.3.2.4.	Causa de la Dependencia y Percepción de Cuidado Humanizado	70
3.3.2.5.	Estado Nutricional y Percepción de Cuidado Humanizado	71
3.3.2.6.	Presencia Ulceras por Presión y Percepción de Cuidado Humanizado	72
IV.	ANÁLISIS Y DISCUSION.....	73
V.	CONCLUSIONES.....	80
VI.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	82
VII.	SUGERENCIAS.....	82
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
IX.	ANEXOS.....	96
9.1.	ANEXO 1: DEFINICIÓN DE VARIABLES	96
9.1.1.	Variable dependiente	96
9.1.2.	Variables Independientes.....	96
9.1.2.1.	Variables Sociodemográficas del Cuidador Informal	96
9.1.2.2.	Variables Del Adulto Mayor Con Dependencia Severa.....	99
9.2.	ANEXO 2: ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL INSTRUMENTO.....	103
9.3.	ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	105
9.4.	ANEXO 4: INSTRUMENTO	107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Factores de Cuidado y Proceso Caritas (Carative Factors / Caritas Processes).....	11
Tabla N°2: Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en los Cuidadores Informales del CESFAM Tucapel.....	35
Tabla N°3: Categorización de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado.....	36
Tabla N°4: Categorías de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado.....	37
Tabla N°5: Ítems de la Categoría Apoyo Emocional de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado.....	38
Tabla N°6: Ítems de la Categoría Apoyo Físico de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado.....	38
Tabla N°7: Ítems de la Categoría Empatía de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado.....	39
Tabla N°8: Ítems de la Categoría Cualidades de la Enfermera de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado.....	40
Tabla N°9: Ítems de la Categoría Proactividad de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado.....	40
Tabla N°10: Ítems de la Categoría Priorizar al Ser Cuidado de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado.....	41
Tabla N°11: Edad de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	42

Tabla N°12: Categorización de la Variable Edad de los Cuidadores Informales.....	43
Tabla N°13: Sexo de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	44
Tabla N°14: Estado Civil de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	44
Tabla N°15: Nivel Educativo de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	45
Tabla N°16: Ingreso de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	46
Tabla N°17: Categorización de la Variable Ingreso de los Cuidadores Informales por Quintiles.....	46
Tabla N°18: Trabajo Complementario de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	47
Tabla N°19: Tiempo Libre Semanal de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	48
Tabla N°20: Relación con la Persona que Cuidan de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	49
Tabla N°21 Edad de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	50
Tabla N°22 Categorización de la Variable Edad de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	51
Tabla N°23 Sexo de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	52

Tabla N°24 Ingreso de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	52
Tabla N°25 Tipo de Ingreso de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	53
Tabla N°26 Tiempo de Postración de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	54
Tabla N°27 Causa de la Dependencia de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	56
Tabla N°28 Estado Nutricional de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	57
Tabla N°29 Presencia de Úlceras por Presión en los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel.....	58
Tabla N°30 Coeficiente de Correlación Entre Variables Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería y Edad.....	59
Tabla N°31 Cruce de Variables: Grupo Etario y Percepción de Cuidado Humanizado.....	59
Tabla N°32 Cruce de Variables: Sexo y Percepción de Cuidado Humanizado.....	60
Tabla N°33 Cruce de Variables: Estado Civil y Percepción de Cuidado Humanizado.....	60
Tabla N°34 Cruce de Variables: Nivel Educativo y Percepción de Cuidado Humanizado.....	61
Tabla N°35 Coeficiente de Correlación Entre Variables Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería e Ingreso.....	62

Tabla N°36 Cruce de Variables: Ingresos y Percepción de Cuidado Humanizado.....	62
Tabla N°37 Cruce de Variables: Trabajo Complementario y Percepción de Cuidado Humanizado.....	63
Tabla N°38 Coeficiente de Correlación Entre Variables Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería y Tiempo Libre Semanal.....	63
Tabla N°39 Cruce de Variables: Tiempo Libre Semanal y Percepción de Cuidado Humanizado.....	64
Tabla N°40 Cruce de Variables: Relación con Persona que Cuidan y Percepción de Cuidado Humanizado.....	65
Tabla N°41 Coeficiente de Correlación Entre Variables Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería e Ingreso del Adulto Mayor con Dependencia Severa.....	66
Tabla N°42 Cruce de Variables: Ingreso del Adulto Mayor con Dependencia Severa y Percepción de Cuidado Humanizado.....	66
Tabla N°43 Cruce de Variables: Tipo de Ingreso del Adulto Mayor con Dependencia Severa y Percepción de Cuidado Humanizado.....	67
Tabla N°44 Coeficiente de Correlación Entre Variables Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería y Tiempo de Postración del Adulto Mayor con Dependencia Severa.....	68
Tabla N°45 Cruce de Variables: Enfermedad Crónica Asociada del Adulto Mayor con Dependencia Severa y Percepción de Cuidado Humanizado.....	68
Tabla N°46 Cruce de Variables: Causa de Dependencia del Adulto Mayor y Percepción de Cuidado Humanizado.....	70

Tabla N°47 Cruce de Variables: Estado Nutricional del Adulto Mayor con Dependencia Severa y Percepción de Cuidado Humanizado.....71

Tabla N°48 Cruce de Variables: Presencia de Úlceras por Presión en los Adultos Mayores con Dependencia Severa y Percepción de Cuidado Humanizado.....72



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración N°1: Esquema de Aplicación Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson.....	14
Ilustración N°2: Histograma de Distribución de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado.....	35
Ilustración N°3: Histograma de Distribución de la Edad de los Cuidadores Informales.....	42
Ilustración N°4: Histograma de Distribución de la Edad de los Adultos Mayores con Dependencia Severa.....	50
Ilustración N°5: Gráfico de Distribución de las Enfermedades Crónicas Asociadas de los Adultos Mayores con Dependencia Severa.....	55

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la relación entre las características sociodemográficas y la percepción de cuidado humanizado de enfermería de los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia severa del CESFAM Tucapel de la comuna de Concepción año 2015. Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal. La población estudiada fue de 61 personas, que corresponden al total de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia severa. El instrumento utilizado estuvo constituido por tres secciones, datos sociodemográficos del cuidador, datos sociodemográficos y condicionantes de salud del adulto mayor y por el cuestionario “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería segunda versión” (PCHE), diseñado por los investigadores Luz Nelly Rivera, Sonia Espitia y Álvaro Triana (2011).

Los resultados señalaron que la media fue 124,39 y la mediana de 128,00 (puntaje total entre 104,1 -128), por lo que la percepción de los cuidadores informales del cuidado humanizado de enfermería es alta, ya que el 98,4% siempre percibe cuidado humanizado por parte del enfermero/a en la atención brindada al adulto mayor con dependencia severa; no se encontró asociación significativa entre las variables. Concluyendo que a nivel comunitario la relación enfermera-usuario-familia es cercana y cálida desde la perspectiva de los cuidadores informales.

PALABRAS CLAVE:

Enfermería en Salud Comunitaria, Percepción, Humanismo, Cuidadores (Fuente: DeCs).

ABSTRACT

This research aimed to know the relationship between sociodemographic characteristics and the perception of humanized nursing care of informal caregivers of older adults with severe dependence of CESFAM Tucapel from Concepcion commune 2015. Quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional study. The population studied was 61 people, corresponding to the total of informal caregivers of older adults with severe dependence. The instrument that was used consisted of three sections; sociodemographic data of the caregiver, demographic data and determinants of the elderly health and the survey "Perception of behaviors of humanized nursing second version" (PCHE), designed by the researchers Luz Nelly Rivera, Sonia Espitia and Alvaro Triana (2011).

The results indicated that the average was 124.39 and the median 128.00 (total score between -128 104.1), so the perception of informal caregivers of humanized nursing care was high, the 98, 4% always perceived humanized care provided by the nurse in the attention provided to the elderly with severe dependence; there was no significant association found between the variables. Concluding that a community level, according to the informal caregivers, the relation nurse-user- family is close and warm.

KEYWORDS:

Community Health Nursing, Humanism, Perception, Caregivers (Source: DeCs).

I. INTRODUCCIÓN

La atención en salud es considerada a nivel mundial como uno de los servicios con mayor demanda social en la población. Los que ofrece enfermería corresponden a uno de los de mayor cobertura en todos los niveles de atención, de esta forma enfermería tiene como finalidad ofrecer servicios asistenciales efectivos con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación otorgadas por personal profesional competente, que sustenta su práctica en una sólida formación académica centrada en el dominio de la disciplina y en los valores éticos de la profesión. (1)

Desde Enfermería, el cuidado es entendido como un modo de ser humano, es decir, como parte de la naturaleza humana, como imperativo moral, el cual es descrito como un valor fundamental o un ideal moral en enfermería y de esta manera está orientado a mantener la dignidad humana. (2)

En los últimos años, las necesidades de cuidado tanto en Chile como en el mundo se han ido maximizando, encontrándose tres factores principales que se conjugan e inciden en ellas: a) el envejecimiento demográfico, aumento en la esperanza de vida, enfermedades crónicas y discapacidad, que aumentan tanto el número de las personas a cuidar, como la complejidad del cuidado; b) los cambios en la estructura y formas de vida familiares que limitan la disponibilidad de cuidadores y c) , se enfrenta a la evolución de los propios sistemas formales, como, las reformas de los servicios sanitarios que ponen énfasis en la atención de salud en el propio entorno del individuo, potenciándose el alta precoz hospitalaria, programas de cirugía ambulatoria y reformas de la atención psiquiátrica. (3)

Según proyecciones del Fondo Poblacional de las Naciones Unidas, para mediados del siglo XXI la esperanza promedio de vida en el mundo será de 76 años, y la población mundial llegara a los 9 mil millones, de los cuales el 21% será mayor de 60 años (4). La ONU advierte del rápido crecimiento de la cifra de personas de edad avanzada en el mundo, algo que tendrá profundas repercusiones en todos los ámbitos. Se estima que la población anciana superará en número a la de menores de 15 años en el año 2050. (5)

En Chile encontramos una situación similar y se estima que en 2025 habrá más adultos mayores que menores de 15 años, como consecuencia de una bajo índice de natalidad (alrededor de 1,8 hijos por pareja) y una mayor expectativa de vida. Estudios revelan que entre 21,4% y 25,5% de las personas de 60 años y más presentan dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y un 10,7% discapacidad severa. En relación a la prevalencia de personas mayores postradas, el Ministerio de Salud estima que un 3,3% de adultos mayores se encuentran en dicha situación. (6)

En la 8° región la población adulta mayor, corresponde al 15,6%, de los cuales el 25,8% son dependientes. Estos antecedentes reflejan uno de los principales desafíos del envejecimiento poblacional, la dependencia, que genera un alto impacto tanto, en la calidad de vida de las personas que la padecen, como para quienes están a cargo de sus cuidados, así como altos costos para el sistema de protección social. Actualmente a nivel nacional el cuidado de los adultos mayores dependientes recae mayoritariamente en la familia. (7)

La política nacional para el adulto mayor, afirma que parte importante de esta problemática, “debe ser resuelta por la propia comunidad y, muy especialmente, al interior de la familia, la cual debe ser ayudada en esta tarea por toda la sociedad”. Lo que implicó a nivel nacional la creación en el año 2006 del Programa de Postrados en Atención Primaria, integrado por un equipo multidisciplinario de salud (médico, enfermera, técnico de nivel superior, kinesiólogo). Esta medida apunta a dar apoyo a personas que sufren dependencia severa y están al cuidado de sus familiares, con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado, aliviar a la familia cuidadora, disminuir la carga del cuidador/a y la institucionalización del paciente postrado.(8)

Insertos hoy en un modelo de atención con enfoque familiar y comunitario, interdisciplinario y transdisciplinario, en que el trabajo en equipo juega un rol fundamental en el mantenimiento y promoción de la salud, los cuidadores informales han surgido como un grupo de interés. La importancia de este proyecto reside en reconocer la tarea del cuidador familiar de un postrado severo y asumir un

compromiso de apoyar con capacitación y acompañamiento en visitas domiciliarias, desde la Atención Primaria de Salud. (8)

El cuidador familiar, o cuidador informal, está representado en su mayoría por el género femenino, tarea que supone el desempeño de un rol tradicional, disminuyendo su autonomía, participación social y relaciones interpersonales. (9)

La importancia de la rehabilitación integral comunitaria, los cuidados domiciliarios del adulto mayor postrado y personas con discapacidad severa, constituyen una política de salud en Chile (3); siendo el profesional de enfermería, el gestor de los cuidados integrales de estos usuarios (9). Gamba y Vargas el 2008, (10). refieren que esta labor se encuentra sometida a tratamientos médicos y procedimientos biotecnológicos, ambientes laborales estresantes, con altas cargas emocionales que generan sentimientos de tristeza, e impotencia, tanto del usuario como del profesional, produciéndose en estos últimos sentimientos de despersonalización, que llevan al distanciamiento de este con el usuario mermando el cuidado invisible o humanístico propio del cuidado enfermero, que comprende una serie de acciones que promueven la integridad física, espiritual, social, emocional e intelectual de la persona Rivera, Triana y Espitia (2011), opinan que, plantear la humanización en los servicios de salud y el cuidado de enfermería requiere ubicarse bajo el paradigma de la complejidad, implica capacidad de aprender y desaprender, construir y deconstruir, organizar y desorganizar (11). Esta posición permite valorar todas las dimensiones de la persona, la política, la cultura, la organización sanitaria, la tecnología, la formación de los profesionales de la salud, el desarrollo de los planes de cuidado, entre otros (12). Según estas perspectivas, la humanización es una prioridad en la atención del usuario, no es ajena a la asistencia clínica, es un trabajo articulado que brinda el profesional y/o grupo interdisciplinario, donde no solo es un compromiso de uno sino de varios (11). Esta dimensión del cuidado, a su vez exige cambiar esquemas, romper con prácticas negativas, dejar de mecanizar los procesos y hacerlos más flexibles, donde no se hagan a conveniencia del profesional, sino por el bienestar de la triada usuario -familia – enfermera(o). Cuando se adopta una actitud cálida, de respeto, comprensión y atención integral se logra disminuir la ansiedad situacional de los familiares y de los usuarios. (13)

Dado lo descrito por estos autores, se hace necesario valorar la percepción que tienen los cuidadores informales del cuidado enfermero, que está recibiendo el usuario y familia en su domicilio a nivel local, permitiendo así, retroalimentar y optimizar la atención prestada por este profesional.



1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre las variables sociodemográficas, condicionantes de salud y la percepción de cuidado humanizado de enfermería de los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia severa pertenecientes al CESFAM Tucapel de la comuna de Concepción año 2015?

1.2. MARCO REFERENCIAL

1.2.1. MARCO TEÓRICO

1.2.1.1. Cuidado humanizado

La definición de cuidado es polisémica, en los diccionarios lo definen, como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar. (14)

Según la Real Academia de la Lengua Española, proveniente del latín *cogitātus*, significa pensamiento; definiéndolo como solicitud y atención para hacer bien algo. La acción de cuidar proviene de *coidar*, y este del latín *cogitāre* (pensar), que significa poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo. (15)

El concepto de cuidado para enfermería ha tenido su evolución en el tiempo:

Nightingale en 1859 implícitamente hace referencia a un conjunto de valores, emociones, percepciones, procesos comunicativos, protección y preocupación por el entorno (16); y menciona que existen distintos elementos que caracterizan la asistencia y la atención, de enfermería; por contraste, refiere que una persona que no cuida es insensible a otra persona como ser único, no es receptiva a los sentimientos de los otros y no necesariamente distingue entre unas personas y otras de un modo significativo (17). Argumenta la influencia de los aspectos externos en la

salud y la enfermedad. Sin embargo, hizo especial énfasis en que las enfermeras debían aplicar la observación y el mayor interés a los pequeños detalles como parte de sus cuidados y aquella que no la practicara simplemente no estaba llamado a serlo. (18)

Mayeroff 1971, postula que cuidado para enfermería es “ayudar al otro a crecer y realizarse como persona” y describe que un cuidados satisfactorios debe considerar ocho componentes principales: conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, humildad, confianza, esperanza y coraje. (19)

Watson 1985 afirma que la enfermera es un agente humanitario, cuya función moral es participar en las transacciones de cuidados humanos y se refiere al cuidado como el rostro de la humanidad. (20)

Leddy y Pepper 1989, plantean que el cuidado se construye sobre la base del respeto, la igualdad y reciprocidad y que la perspectiva de los sujetos receptores de cuidados cobra tal importancia que hoy es un factor crucial en la concepción que ellos tienen sobre los aspectos cualitativos de la asistencia. Si bien los enfermeros valoran habitualmente las actividades técnicas y procedimientos como su primera obligación, parece claro que los individuos necesitan énfasis en el involucramiento con ellos, la cercanía y dar tiempo y atención para manifestar ideas y sentimientos, especialmente en situaciones en que experimentan vulnerabilidad, menciona a su vez la incorporación de respeto en la relación enfermero-usuario, para que este último experimente su derecho a existir como persona. (21)

Leninger 1996 sostiene que el cuidado posee un carácter universal y es para enfermería el dominio central del cuerpo de conocimiento y práctica. (22)

Waldow 1998 define al cuidado humano, como propio de la enfermería; es un acto que ayuda a la persona a crecer y evolucionar en momentos difíciles, ayudando en el proceso de curación y haciendo que este sea menos traumático. (23)

Zea el 2003 declara que tuvo su origen en la antigüedad asociado a la religiosidad. Sin embargo, sostiene que la atención a los heridos en la guerra de Crimea por parte de F. Nightingale, profesionaliza este cuidado; además enfatiza que este acto es la esencia de la enfermería, bajo condiciones de salud vulneradas o en peligro,

otorgando un cuidado digno al igual que propicia sentimientos de interacción y reciprocidad propios del ser humano. (24)

Torralba el 2005 ratifica que para enfermería el ser humano es un sujeto, una persona dotada de dignidad, un ser abierto a la libertad y celoso de su intimidad, una realidad que no se deja conceptualizar, no se deja contener, porque es en esencia inabarcable. (25)

Ramiró 2005, considera que la práctica de enfermería orientada al cuidado comprende otorgarlo de manera individualizada, como recurso terapéutico que integra habilidades específicas, traducándose en un cuidado innovador que une la ciencia y el arte, destacando que muchas veces preocuparse de alguien, reforzar sus capacidades, acompañarle en su experiencia de salud-enfermedad, escucharle, educarlo, pasan a ser parte de los llamados cuidados invisibles y/o subvalorados. Refiere que si los aspectos anteriormente señalados no son incorporados se otorgará un cuidado enfermero incompleto, basado en tareas rutinarias y repetitivas. (26)

Calvo y cols. 2011 señalan que cuidar puede ser definido como una ontología, una manera de ser, mirar, pensar, compartir y participar con el otro, un fenómeno sociocultural centrado en lo humano y que necesita preparación y conocimiento. Además precisan que la respuesta social al cuidar es lo que ha permitido a la disciplina de enfermería construir y reconstruir su historia, en que el cuidado aparece como núcleo central de su ejercicio. (17)

1.2.1.2. Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson

Esta investigación se basó en la Teoría del cuidado Transpersonal de J. Watson, considerada una filosofía, caracterizada, por una clase especial de cuidado humano, que depende del compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo. (27)

Estableciendo premisas:

1.- El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior, ha permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos.

2.-“La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol. (27)

3.- “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado. (27)

Además sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. (17)

1.2.1.3. Relación del Cuidado Humanizado con la Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson

El cuidado humano transpersonal, gira en torno al ideal moral, el significado de la comunicación y el contacto intersubjetivo en co-participación del sí (*self*) como un todo (28); sus fundamentos ontológico y epistemológico están orientados al significado de la experiencia vivida y a la comprensión de las interacciones entre medio ambiente-humano, persona-vida espiritual o humano-humano, y su praxis busca mantener la armonía y el bienestar. (29)

En su libro "Caring science as Sacred Science" (2005) Watson establece la ciencia del cuidado dentro de un contexto ético-moral- filosófico y científico, teniendo como sustento teórico a Emmanuel Levinas y Knud Logstrup. Watson presenta el concepto *Clinical caritas o caritas processes*, como yuxtaposición y extensión de los diez *Carative Factors*; éste concepto evoca el amor y el cuidado, que emergen desde un paradigma expandido, para conectar con las dimensiones existencial-espiritual y las experiencias del proceso de la vida humana (27).

Los carative factors / caritas processes son a su vez la base de las categorías de cuidado humanizado de este estudio: dar apoyo emocional; dar apoyo físico; la empatía; cualidades del hacer de la/el enfermera(o), la proactividad y el priorizar al ser humano. (11)

Tabla N°1: Factores de Cuidado y Proceso Caritas (Carative Factors / Caritas Processes) (30)

	Factores de cuidado	Proceso caritas
1	La formación de un sistema humanística-altruista de valores	“ Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado”
2	Inculcación de la fe-esperanza	“Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar”

3	El cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás	“El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego”
4	Desarrollo de una relación de ayuda-confianza, se convierte en desarrollo de una relación de cuidado humana de ayuda-confianza	“Desarrollar y apoyar una autentica relación de cuidado de apoyo-confianza”
5	La promoción y la aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.	“Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión con el espíritu más profundo y con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar.
6	El uso sistémico del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones se convierte en el uso sistemático de un proceso de cuidado de la resolución de problemas creativo.	“Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado”
7	La promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal.	“Participar en una experiencia autentica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentado mantenerse dentro del marco de referencia de otros”
8	La provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual.	“Crear un entorno de curación a todos los niveles delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencie”
9	La asistencia en la gratificación de necesidades humanas.	“Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando” cuidado humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado”
10	La permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas se convierte en la permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales.	“Abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado.

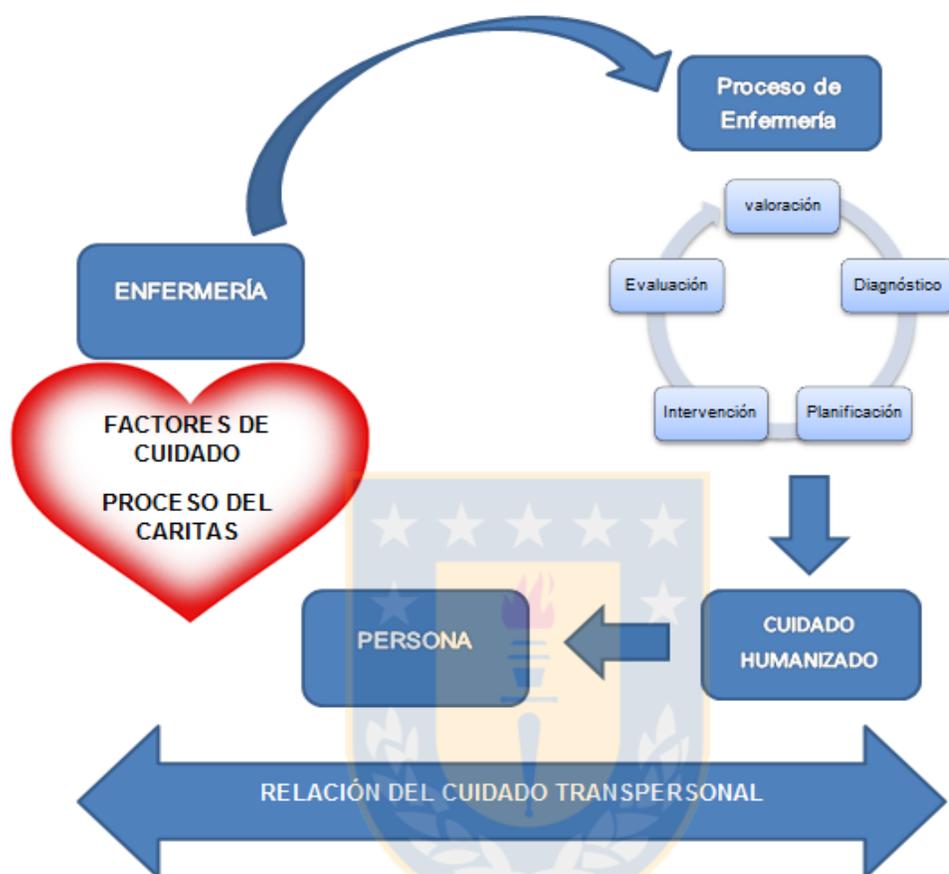
Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

Jean Watson, ha sido precursora con la Teoría de Cuidado Humano Transpersonal, que además de servir de inspiración a profesionales de enfermería, posibilita la cualificación y cuantificación de este fenómeno a través de instrumentos disponibles hoy en el mundo académico. (31)

En su propuesta de teoría de cuidado humano, Watson hace explícitos los valores de enfermería, el conocimiento y las prácticas de cuidado humano, dirigidas a procesos de sanidad interna y al mundo de la vida de personas que viven experiencias y que requieren del arte de cuidar – sanar. Además, Watson argumenta que el cuidado es un ideal moral de enfermería, donde el fin es la protección, el engrandecimiento y la preservación de la dignidad humana. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos. (32)

Alvis y cols. 2001, se refieren a Percepción de cuidado humanizado de enfermería (apoyándose en la teoría de Watson,) definiéndolo como un proceso mental, mediante el cual el paciente y profesional de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del mismo y categorizan nueve comportamientos de cuidado humanizado: sentimientos del paciente, características de la enfermera, proactividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención la percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía (33) a su vez para medir este cuidado los enfermeros Nelly Rivera y Álvaro Triana el 2002 construyeron un instrumento fundamentado en la teoría de Watson, (PCHE 1° versión), que consta de 50 ítems, considerando nueve categorías: sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad, empatía, priorizar el cuidado y disponibilidad para la atención. (34)

Ilustración N°1: Esquema de Aplicación Teoría del Cuidado Humano Transpersonal de Jean Watson



Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La ilustración N°1 señala que si el enfermero/a tiene como base los factores del cuidado y los procesos del caritas y los aplica durante el proceso de enfermería, entregará cuidado humanizado a la persona (usuario, paciente, familia), cuidado centrado en el amor de corazón, generándose una relación de cuidado transpersonal, es decir, que se establecerá una unión espiritual entre enfermera-paciente que trasciende persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno. (27)

1.2.1.4. Teoría de Percepción Social

La percepción es una manera de ver el mundo y de acuerdo a ello se actúa y se vive la realidad, de tal forma, que es clave para predecir como se va a actuar en determinadas circunstancias, es como una “profecía autocumplida”. Esta definición es una construcción social de la realidad, es la conciencia del universo que nos rodea, no es la de un mundo objetivo, de objetos físicos, sino de ciertas ideas, impresiones, imágenes o datos. (35)

Para Arcuri la percepción social son los juicios elementales que las personas elaboran. Se establece después de un primer contacto y va a guiar la interacción con esa persona. Es un proceso cognitivo que a su vez comprende esencialmente dos procesos básicos: Selección y codificación de los datos que recibimos del exterior, para reducir la complejidad que presentan, y facilitar un posterior almacenamiento y recuperación de la información. (36)

Novaes y cols. señalan que la percepción es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los familiares captan la información del entorno, llevándola a sus sistemas sensoriales formándose una representación de la realidad del cuidado. (37)

1.2.1.5. Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, que finalmente si no son bien controladas producen complicaciones y muerte precoz. (38)

En el año 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. (38)

Actualmente son la principal causa de consultas médicas, hospitalización y muerte, tanto en Chile como en los países desarrollados. Este aumento progresivo se debe a la mayor expectativa de vida de las personas y al deterioro de los estilos de vida saludables, en especial de la alimentación. (39)

Fitzgerald en 1983, refiere que “Enfermedad Crónica”, es una alteración del estado de salud, que no puede ser curado por un simple procedimiento quirúrgico o por una corta terapia médica. (40)

Brown el 2008 define ciertas características de las enfermedades no transmisibles: comienzo insidioso, etiología múltiple, tendencia a progresar, superposición de enfermedades crónicas y variabilidad individual (41). La enfermedad crónica produce en el individuo: Incertidumbre sobre su salud, temor de los tratamientos invasivos, remisiones y exacerbaciones de sus síntomas, deterioro físico y psicológico progresivo, que van generando pérdida de autonomía en la realización de actividades de la vida diaria, lo que se traduce en distintos niveles de dependencia leve, moderada y severa, afectando la calidad de vida de la persona, familia y redes de apoyo. (42)

1.2.1.6. Dependencia Severa

Las definiciones más utilizadas de dependencia se enmarcan dentro de las limitaciones o incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria. Barthel la describe como la “incapacidad funcional para desarrollar las actividades de la vida diaria: Comer, lavarse, vestirse, arreglarse, control de deposiciones, control de micción, uso del retrete, trasladarse, deambular y subir y bajar escalones.”(43), desarrollando una escala, para medir dependencia ya que considera aspectos cualitativos y cuantitativos, interpretación objetiva, fácil aprendizaje y aplicación, mayor sensibilidad al cambio, evalúa mejor la necesidad de ayuda y asistencia y es aplicable en unidades de rehabilitación y/o residencias. (44)

Baltes y Wahl la definen como “la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él”. En la misma línea, la Asociación Americana de Retraso Mental, la define como “la necesidad de apoyos que precisa un individuo en el desenvolvimiento corriente en las diversas áreas de habilidades adaptativas” (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) la define como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los

márgenes considerados normales”, se especifica en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. (38)

La dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo leve a lo severo según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización. (45)

1.2.1.7. Cuidador Informal

Son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio. (46)

Espín y col. consideran a toda persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de los cuidados y apoyo diario a quien padece una enfermedad o requiere ayuda para las actividades de la vida diaria (9). Múltiples estudios han establecido un perfil de los cuidadores informales: Mujeres, en su mayoría esposas o hijas, dueñas de casa y con bajo nivel educacional y bajos ingresos económicos. (46)

Valderrama 1999 ha definido a los cuidadores informales como a “aquéllas personas capacitadas a través de cursos teóricos-prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia, para brindar atención preventiva asistencial y educativa al individuo y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día, clubes y centros de jubilados, residencias geriátricas y servicios sanatoriales. El cuidador apoya al personal de enfermería y a equipos gerontológicos de trabajo” (47).

1.2.2. MARCO EMPÍRICO

Prieto y cols. 2002, mediante un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, en Andalucía, durante los años 1999 y 2000 a cuidadores principales de los pacientes que reciben atención domiciliaria desde los centros de salud. El objetivo fue conocer cómo perciben los cuidadores familiares la calidad de la atención domiciliaria proporcionada por las enfermeras de centros de salud de pacientes con cáncer en fase terminal, ancianos con demencia y personas intervenidas en programas de cirugía mayor ambulatoria (CMA). Los resultados señalan que las dimensiones más importantes de la atención domiciliaria son la capacidad de respuesta, accesibilidad, seguridad, fiabilidad y que se les proporcionen los materiales que necesitan para cuidar al enfermo. Concluyendo que las expectativas de cuidadores y pacientes varían en función del problema de salud y que, las características de la atención domiciliaria tendrán que variar en función de ello. Sugieren que se hace necesario un modelo flexible que sea capaz de adaptarse a las necesidades de los diferentes tipos de pacientes y las circunstancias de sus cuidadores familiares. (48)

León 2006, a través de una revisión bibliográfica, señala que la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. (49)

Rivera y Triana 2007, indagaron sobre el cuidado humanizado en enfermería a través de un estudio de tipo exploratorio descriptivo, cuyo objetivo fue determinar la percepción del cuidado brindado por el personal de enfermería a pacientes hospitalizados en la Clínica del Country. Para determinar la percepción del cuidado se utilizó el instrumento “Percepción De Los Comportamientos De Cuidado Humanizado De Enfermería”, creado por los autores. Concluyendo que la percepción del cuidado humanizado dentro de esta clínica es alta. (50)

Rivera y Triana 2007, buscaron profundizar los conceptos de la Teoría de Cuidado Humano de J. Watson y su utilidad en la experiencia clínica, cuyo principal resultado fue el desarrollo de un instrumento para medir la “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados en la Clínica del Country”. Concluyendo que el verdadero cuidado de enfermería tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente o usuario, constituyéndose en la estructura viva del ejercicio profesional de enfermería. Esta experiencia permitió descubrir la riqueza de conocimiento que alberga la práctica diaria, conocimiento de la disciplina de enfermería, que incentiva la mejora en el cuidado de nuestros pacientes. Así mismo, permitió rescatar aptitudes y actitudes investigativas que hicieron visible al profesional de enfermería dentro de la Institución. (34)

Bautista en el 2008, realizó un estudio descriptivo, transversal, cuyo objetivo fue describir la “Percepción de la calidad del cuidado del personal de enfermería,” que tienen los pacientes hospitalizados en los servicios de especialidades médicas. Llegando a concluir que los comportamientos más importantes percibidos por los usuarios están relacionados con habilidades del personal como administrar los tratamientos en forma oportuna, manipulación de equipos para la nutrición parenteral, es decir, priorizaron habilidades duras por sobre las habilidades blandas que todo profesional de enfermería debiese poseer. (51)

Mejía 2008; mediante el método fenomenológico realizó un estudio cuyo propósito fue acercar la brecha entre teoría y práctica, academia y ejercicio profesional. Los resultados muestran que los usuarios asignaron significados a la enfermera como un ser espiritual, que tiene vocación para la ayuda a los demás y que es el alma del hospital. El significado principal estuvo en el apoyo especialmente en aspectos de las interrelaciones humanas, lo cual les permitió sentirse confortados con la amabilidad y familiaridad en los momentos de hospitalización y cuidados en concordancia a sus necesidades, y mantener la expectativa de la recuperación. (52)

Burgos, Quinteros y Acevedo 2008, efectuaron una investigación de tipo descriptivo transversal, donde se trabajó con una muestra de 30 pacientes, se utilizó el instrumento “Percepción de los comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería” de Rivera y Triana. Los resultados reflejaron que el 73% de las mujeres hospitalizadas en el servicio ginecoobstétrico de la Clínica Salud Coop de Veraguas (Colombia) siempre percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería, el 11% casi siempre 12% algunas veces y un 4% nunca percibió el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería. Concluyeron que el cuidado humanizado del personal de enfermería es percibido por el usuario la mayor parte del tiempo. (53)

Poblete 2009, publicó su investigación de tipo observacional, de inferencia causal, realizada durante los años 2006 y 2007, cuyo objetivo fue determinar percepción de autoeficacia para efectuar cuidado humanizado y la influencia del ámbito institucional donde se desempeñan. Se utilizó la técnica “propensity score matching” para comparar ambos grupos. La muestra estuvo conformada por 357 enfermeras de nueve regiones del país. La recolección de datos se obtuvo con el instrumento “Caring Efficacy Scale”, validado en población chilena, que se basa en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Jean Watson. Los resultados señalan que para expresar un sentido de cuidado a los usuarios, enfermeras asistenciales se percibieron con mayor autoeficacia que las enfermeras académicas para comunicarse en forma cercana y personal con los usuarios, que las enfermeras académicas. A pesar de esto, se concluye que la percepción de autoeficacia es similar, porque las enfermeras chilenas comparten una visión de cuidado humanizado y ético. (32)

Hernández y cols. 2010 realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue evaluar la percepción del cuidar según las concepciones de los profesionales de enfermería; para esto se requirió una muestra de 72 enfermeros a los cuales se les aplicó el método científico con un enfoque inductivo y deductivo. Para recolectar la información se utilizó una entrevista semiestructurada y la Escala de Evaluación del Significado del Cuidar (EESC) diseñado y validado por la Doctora en Enfermería Psiquiátrica, Rosa Aparecida Pavan Bison. Las variables de estudio fueron, percepción del cuidado, edad, sexo, años de experiencia, nivel profesional y puesto de trabajo. Los resultados mostraron que predominaba el sexo femenino 75,0%, edad entre 30 y 39 años 37,50%, estado civil casado 66,66% y más de 10 años de experiencia laboral el 77,77%. Las mayores diferencias se hicieron evidentes entre las concepciones de enfermeros generales y master, en las concepciones del cuidado como característica humana y como imperativo moral. Se concluyó que existen diferencias en relación a la concepción del cuidado de enfermería entre los grupos y las categorías del cuidado investigadas. Los resultados apuntaron la necesidad de mayor unión entre la enseñanza y su aplicación en el ejercicio de la profesión. (54)

Espinoza y cols. 2010, en su investigación de tipo descriptiva y transversal realizada en Hospital Gustavo Luján, en los servicios de hospitalización de medicina, obstetricia y cirugía, cuyo objetivo fue determinar la percepción del cuidado humanizado de enfermería que tenían los pacientes hospitalizados; a una muestra conformada por 65 pacientes mayores de 18 años, utilizando el instrumento PCHE de Rivera y Triana; obteniendo los siguientes resultados: algunas veces se percibe un 44% de apoyo en el cuidado, un 47,7% de apoyo emocional, un 35,4% de apoyo físico, un 32,2% de cualidades de enfermería, un 30,8% de proactividad, un 52,3% de empatía y un 55,4% de disponibilidad en el cuidado. Un 36,9% nunca percibió una priorización en su cuidado. Además un 36,6% de los pacientes califican como negativa la relación enfermera paciente, puesto que al brindar la atención no se identifica adecuadamente. Concluyendo que la percepción de cuidado humanizado de enfermería es baja por parte de los pacientes. Lo que hace replantearse como se

está llevando a la práctica el quehacer enfermero y como este se plasma en la percepción que tiene el paciente. (55)

Ramos y cols. 2012 realizaron una investigación de tipo descriptiva, prospectiva de corte transversal, cuyo objetivo fue evaluar la percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado que otorga el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria en la UMAE N°1 Bajío el periodo de mayo- junio 2010. El tamaño de la muestra se determinó considerando un nivel de confianza de 0.5, una potencia de prueba del 95% que dio un tamaño de muestra de 153 participantes. Los resultados con respecto a la atención de enfermería presentaron un 23.5% de insatisfacción (en las áreas de oportunidad con un 4.12%, amabilidad, un 4.24%, proceso de la atención 4.31%, el resultado de la atención, un 4.47%, relación enfermera-paciente, un 4.69% e información otorgada sobre su cuidado 4.25% siendo la comodidad otorgada al paciente la mas baja con un 3.68%). (1)

Gil 2012, realizó un estudio de tipo transversal, observacional descriptivo, que tenía como objetivo describir los cuidados de las enfermeras del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia, a través del cuestionario Care-Q elaborado por Patricia Larson. De los 84 cuestionarios proporcionados al total de la población se recogieron 40. Resultados obtuvo mayor valor, la percepción de enfermería vinculada con los ítems referidos a aspectos técnicos, en comparación con los humanísticos. La única unidad que presenta diferencias significativas con respecto a las demás fue cirugía para la subescala “conforta”, lo que se relaciona con el temor quirúrgico del paciente. Se concluye que los ítems en relación con la técnica siguen situándose, como más relevantes que los relacionados con el confort o la confianza del paciente. (56)

Espinoza y Jofré 2012 efectuaron un estudio descriptivo, cuyo objetivo fue conocer el nivel de sobrecarga, el apoyo social percibido, la capacidad de agencia de autocuidado y otros factores relacionados, en cuidadores/as informales de pacientes dependientes de la comuna de Tomé, Chile. La muestra probabilística, sistemática y

estratificada estuvo compuesta por 30 cuidadores/as informales, a quienes se les aplicaron cuatro instrumentos por medio de visitas domiciliarias: cuestionario de evaluación biosociodemográfica del cuidador informal principal, escala de sobrecarga de Zarit, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet y Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA). Los resultados señalan que el perfil de los cuidadores/as informales es el siguiente: la mayoría son mujeres, adultas, con pareja, con educación básica incompleta, sin trabajo, ni participación social y con percepción económica insuficiente, dedicando gran parte del día a cuidar, sin ayuda de terceros, con niveles de sobrecarga leve, escasa percepción de apoyo social y desarrollo de moderada capacidad de agencia de autocuidado. Los resultados emanados de esta investigación permiten colaborar en la generación de políticas públicas que apoyen a este grupo de interés vulnerable desde el punto de vista social y sanitario. (57)

Romero y cols. 2013 efectuaron un estudio descriptivo transversal que tuvo como objetivo determinar la percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados en una institución de III y IV nivel en Cartagena, cuya muestra estuvo constituida por 132 pacientes. La recolección de la información se realizó mediante una encuesta sociodemográfica y el instrumento PCHE “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” de Rivera y Triana. Los resultados mostraron que la percepción global de cuidado humanizado fue de 55,4% siempre, 35% casi siempre, 7.9% algunas veces y nunca 1.7%. Por categorías las mejores evaluadas fueron: priorizar al ser de cuidado con el 58.8%, dar apoyo emocional con 57,5% y disponibilidad para la atención con 56,2%. Por lo tanto se concluye, que los pacientes hospitalizados, experimentaron una buena percepción del cuidado humanizado brindado por enfermeras. (58)

1.3. PROPOSITO

El propósito de este estudio es conocer la percepción de los cuidadores informales del cuidado humanizado de enfermería, que está recibiendo el usuario y familia en su domicilio a nivel local, así como también sus factores relacionados, permitiendo optimizar la gestión del cuidado acorde a la disciplina enfermera.

1.4. HIPÓTESIS

- 1) Existe relación entre las variables sociodemográficas, condicionantes de salud y la percepción de cuidado humanizado de enfermería de los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia severa pertenecientes al CESFAM Tucapel de la comuna de Concepción año 2015.
- 2) Los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia severa del CESFAM Tucapel, siempre perciben el cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Conocer la relación entre las variables sociodemográficas, condicionantes de salud y la percepción de cuidado humanizado de enfermería de los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia severa del CESFAM Tucapel de la comuna de Concepción año 2015.

1.5.2. Objetivos Específicos

1.5.2.1. Objetivos Específicos Descriptivos

- 1) Determinar la percepción de los cuidadores informales del cuidado humanizado otorgado por enfermeras/os a adultos mayores con dependencia severa de los CESFAM Tucapel de la comuna de Concepción año 2015.
- 2) Identificar las variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel educacional, ingresos, trabajo complementario y tipo de relación con la persona que cuidan) del cuidador informal de adulto mayor con dependencia severa del CESFAM Tucapel de la comuna de Concepción año 2015.
- 3) Identificar las variables sociodemográficas (sexo, edad, tipo de ingreso) del adulto mayor con dependencia severa del CESFAM Tucapel de la comuna de Concepción año 2015.
- 4) Identificar las variables condicionantes de salud (tiempo de postración, enfermedad crónica asociada, causa de la dependencia, estado nutricional, presencia de UPP) de los adultos mayores con dependencia severa del CESFAM Tucapel de la comuna de Concepción año 2015.

1.5.2.2. Objetivos Específicos de Asociación:

- 1) Determinar si las variables sociodemográficas del cuidador informal se asocian a la percepción de cuidado humanizado otorgado por enfermeras/os a adultos mayores con dependencia severa del CESFAM Tucapel de la comuna de Concepción año 2015.
- 2) Determinar si la percepción de los cuidadores informales, del cuidado humanizado otorgado por enfermeras/os se relaciona con las variables sociodemográficas de los adultos mayores con dependencia severa, del CESFAM Tucapel de la comuna de Concepción año 2015.

- 3) Determinar si la percepción de los cuidadores informales, del cuidado humanizado otorgado por enfermeras/os se relaciona con los condicionantes de salud del adulto mayor con dependencia severa del CESFAM Tucapel de la comuna de Concepción año 2015.

1.6. VARIABLES DEL ESTUDIO

1.6.1. Variable Dependiente:

- Percepción de cuidado humanizado a través de las siguientes categorías:
 - ✓ Dar apoyo emocional
 - ✓ Dar apoyo físico
 - ✓ Empatía
 - ✓ Cualidades del hacer de la enfermera
 - ✓ Proactividad
 - ✓ Priorizar al ser cuidado

1.6.2. Variables Independientes:

1.6.2.1. Variables sociodemográficas del cuidador informal:

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Estado civil
- ✓ Nivel educativo
- ✓ Ingresos
- ✓ Trabajo complementario
- ✓ Tiempo libre semanal
- ✓ Relación con la persona que cuidan

1.6.2.2. Variables sociodemográficas del adulto mayor con dependencia

severa:

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Tipo de ingreso

1.6.2.3. Condicionantes de salud del adulto mayor con dependencia

severa:

- ✓ Tiempo de postración
- ✓ Enfermedad crónica asociada
- ✓ Causa de dependencia
- ✓ Estado nutricional
- ✓ Presencia de úlceras por presión



II. METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN

2.1. DISEÑO

Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal.

2.2. UNIDAD DE ANÁLISIS

Cuidador informal de adulto mayor con dependencia severa del CESFAM Tucapel, Concepción.

2.3. UNIVERSO

La población del estudio estuvo constituida por el total de cuidadores informales 61, de adultos mayores con dependencia severa, inscritos en el CESFAM Tucapel, Concepción.

2.4. MUESTRA

La muestra coincide con el universo, se consideró a toda la población de cuidadores informales de adultos mayores del CESFAM Tucapel, es decir, 61 personas.

2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

2.5.1. Criterios de inclusión:

- Cuidador informal de adulto mayor con dependencia severa
- Cuidador informal perteneciente al CESFAM Tucapel
- Cuidador informal que acepte participar del estudio

2.5.2. Criterios de exclusión:

- Cuidador informal de persona con edad menor de 65 años con dependencia severa.
- Cuidador informal con patología psiquiátrica en fase aguda.

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

- Una vez aprobado el proyecto de tesis fue enviado para su evaluación y autorización a la Comisión de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
- Autorización al Director de la DAS de Concepción, Director del CESFAM Tucapel y Comité de Ética del CESFAM Tucapel.
- Consentimiento informado, leído y firmado por cada uno de los participantes del estudio, dando a conocer su derecho de privacidad y su libre voluntad de respuesta, respetando el principio de autonomía y resguardando el anonimato de los participantes, en todo momento y posteriormente al publicar los resultados.
- Declaración de Intereses: La investigadora se obliga a cumplir los principios éticos, las normas referentes a la calidad humana y obedecer criterios médico – científicos, desde una perspectiva ética en que se valore el beneficio clínico, los riesgos y problemas sociales que involucre su actuación. Con el propósito de hacer efectivos los principios éticos para la investigación, los valores superiores que gobiernan la profesión de enfermería y los derechos de la persona humana, el investigador se obliga a suministrar información relevante que pueda comprometer su imparcialidad e interferir en los procesos. Haciendo énfasis en que la información entregada por los usuarios no será mal utilizada.

- Riesgos y beneficios: Los riesgos son mínimos, ya que se resguardará la confidencialidad de la información entregada por los participantes del estudio. Los beneficios son indirectos, ya que gracias a los resultados del estudio se contribuirá a mejorar la atención de los pacientes postrados.

2.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento estuvo constituido por tres secciones, la primera con los datos sociodemográficos del cuidador informal, seguida por los datos sociodemográficos y condicionantes de salud del adulto mayor con dependencia severa y finalmente el cuestionario “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería segunda versión” (PCHE), diseñado por los investigadores Luz Nelly Rivera, Sonia Espitia y Álvaro Triana (2011), que consta de seis categorías o dimensiones y 32 preguntas en formato Likert , con cuatro opciones de respuesta (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre), con un mínimo de 32 puntos y un máximo de 128 puntos. Clasificando las respuestas en cuatro medidas de percepción: ninguna percepción del cuidado (puntuación de la escala entre 32 - 56), algunas veces se percibe el cuidado de enfermería (puntuación de la escala entre 56,1 - 80), casi siempre (puntuación de la escala entre 80,1 - 104) y siempre se percibe una relación de cuidado humanizado de enfermería (puntuación de la escala entre 104,1 - 128). (10)

A continuación se presenta la estructura del instrumento PCHE segunda versión, según las categorías con sus respectivos ítems (59):

1.- Dar apoyo emocional (ítems 6, 7, 8, 21, 25 y 26). Rango real de ésta categoría: 6 a 24 puntos.

- Siempre: Rango de 19,6 a 24
- Casi siempre: Rango de 15,1 a 19,5
- Casi nunca: Rango de 10,6 a 15
- Nunca: Rango de 6 a 10,5.

2.- Dar apoyo físico (ítems 3, 4, 18 y 27). Rango real de ésta categoría: 4 a 16 puntos.

- Nunca: Rango de 4 a 7
- Casi nunca: Rango de 7,1 a 10
- Casi siempre: Rango de 10,1 a 13
- Siempre: Rango de 13,1 a 16.

3.- Empatía (ítems 9, 12, 15 y 24). Rango real de ésta categoría: 4 a 16 puntos.

- Nunca: Rango de 4 a 7
- Casi nunca: Rango de 7,1 a 10
- Casi siempre: Rango de 10,1 a 13
- Siempre: Rango de 13,1 a 16.

4.- Cualidades del hacer de la enfermera (ítems 2, 5, 10, 14, 22, 23, 28 y 32). Rango real de ésta categoría: 8 a 32 puntos.

- Siempre: Rango de 26,1 a 32
- Casi siempre: Rango de 20,1 a 26
- Casi nunca: Rango de 14,1 a 20
- Nunca: Rango de 8 a 14.

5.- Proactividad (ítems 11, 13, 19, 20 y 30). Rango real de ésta categoría: 5 a 20 puntos.

- Siempre: Rango de 16,26 a 20
- Casi siempre: Rango de 12,6 a 16,25
- Casi nunca: Rango de 8,76 a 12,5
- Nunca: Rango de 5 a 8,75.

6.- Priorizar al ser cuidado (ítems 1, 16, 17, 29 y 31). Rango real de ésta categoría: 5 a 20 puntos.

- Siempre: Rango de 16,26 a 20
- Casi siempre: Rango de 12,6 a 16,25
- Casi nunca: Rango de 8,76 a 12,5
- Nunca: Rango de 5 a 8,75

2.8. CONTROL DE CALIDAD DEL INSTRUMENTO

2.8.1. Prueba Piloto

Se realizó la prueba piloto en un grupo de 15 cuidadores informales de adultos mayores con dependencia severa del CESFAM Tucapel, que no se incluyeron en el estudio. Este grupo fue seleccionado aleatoriamente. Para la aplicación, se les informó el objetivo de la investigación y también se le solicitó a cada uno de ellos autorización por consentimiento informado.

A través de visita domiciliaria por la investigadora se procedió a administrar el cuestionario.

El promedio de tiempo que los cuidadores se demoraron en contestar el instrumento fue de 25 minutos, y no se detectaron inconvenientes en su aplicación.

Entre los principales aportes encontrados para mejorar la calidad del cuestionario fue incluir como enfermedad asociada el Alzheimer y preguntar tiempo de postración del adulto mayor en años, y no en meses.

2.8.2. Calidad de los datos: Fiabilidad de la Prueba Piloto

La confiabilidad del Instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado 2° Versión, en el grupo piloto (n=15), fue medida con el Alfa de Cronbach de 0,96, donde el valor obtenido fue de confiabilidad altamente aceptable

2.9. ADMINISTRACIÓN FINAL DEL CUESTIONARIO

Para la recolección de datos se solicitó la lista de los pacientes postrados, la cual fue entregada por la encargada del Programa de Postrados del CESFAM Tucapel. Además se corroboró lista con los gestores de los cuatro sectores. Se pasaron los antecedentes a planilla Excel y se filtraron para dejar solamente a los adultos mayores con dependencia severa (Índice de Barthel \leq 35). Para la obtención de los datos se les informó a los cuidadores informales, el objetivo del estudio y se les entregó el consentimiento informado para pedir su autorización escrita a participar en él, posteriormente se aplicó el cuestionario por la investigadora, a través de visita domiciliaria.

2.10. CALIDAD DE LOS DATOS:

2.10.1. Confiabilidad del Instrumento

La confiabilidad interna del instrumento con las observaciones estipuladas se realizó a través del coeficiente Alpha de Cronbach, cuyo resultado fue 0,956. Confiabilidad alta.

2.10.2. Validez del Instrumento

La Validez facial para el instrumento PCHE de 0.81, un Índice de Validez de Contenido General (IVCG) de 0,89, lo que se considera como indicativo, de una validez de contenido elevada. Además el instrumento reporta una elevada relevancia y pertinencia de los ítems del mismo, con un valor global de 0,91 y 0,87 respectivamente. De lo anterior se deduce que los diferentes ítems representan los dominios del concepto Cuidado Humanizado de Enfermería. (60)

2.11. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Los datos se ingresaron, codificaron y organizaron para su análisis y presentación, utilizando programa SPSS versión 15.

Para el análisis estadístico de los datos se consideraron las siguientes estrategias:

- Análisis descriptivo de cada una de las variables del estudio.
- Estadísticas descriptivas para el análisis univariado de todas las variables, utilizándose medidas de tendencia central, dispersión y de posición.
- Para verificar asociación entre variables, se utilizó coeficiente de correlación de Spearman. Además para variables cualitativas se comparó la distribución de la variable principal con las posibles variables relacionadas.

III. RESULTADOS DEL ESTUDIO

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE O VARIABLE PRINCIPAL

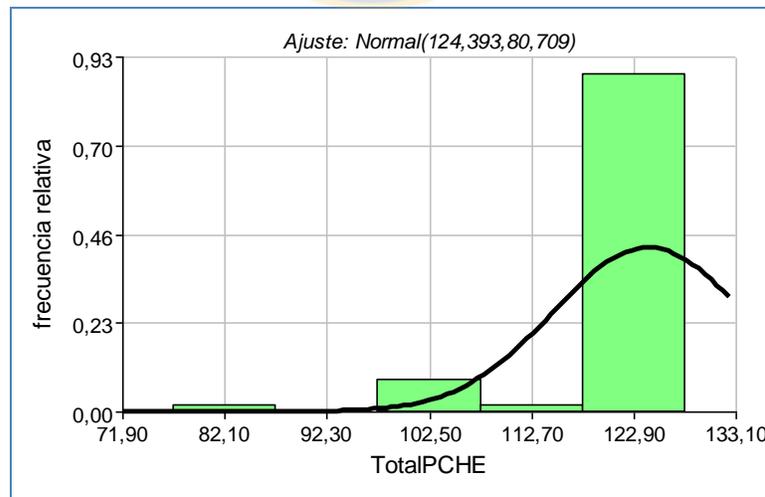
3.1.1. Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería

Tabla N°2: Percepción del Comportamientos de Cuidado Humanizado en los Cuidadores Informales del CESFAM Tucapel

Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana	Q1	Q3
Total PCHE	61	124,39	8,98	77,00	128,00	128,00	127,00	128,00

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

Ilustración N°2: Histograma de Distribución de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado



Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015

La tabla N°2 muestra los principales estadísticos descriptivos relacionados con el puntaje total del instrumento percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, observándose que el promedio fue de 124,39 de un total de 128. El 50% de la población estudiada está entre los 127 y 128 puntos, es decir, que siempre perciben cuidado humanizado por parte del enfermero/a.

La ilustración N°2 muestra la distribución de la variable PCHE, en ella se observó que la curva es de tipo leptocúrtica, es decir, presenta un elevado grado de concentración alrededor de los valores centrales de la variable. Además su distribución es asimétrica izquierda o con sesgo negativo. Se rechaza la normalidad para esta curva.

Tabla N°3: Categorización de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado

TotalPCHE	Total	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	1	1,6
Casi siempre	0	0
Siempre	60	98,4
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°3 muestra que la percepción de cuidado humanizado para esta población es alta, ya que el 98,4% siempre (puntaje total entre 104,1-128) percibe cuidado humanizado por parte del enfermero/a en la atención brindada al adulto mayor postrado.

Tabla N°4: Categorías de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado

Variable	n	Media	D.E.	Min.	Máx.	Mediana
Apoyo Emocional	61	23,1	2,5	10,0	24,0	24,0
Apoyo Físico	61	15,5	1,2	11,0	16,0	16,0
Empatía	61	15,8	0,7	12,0	16,0	16,0
Cualidades de la Enfermera	61	31,1	2,6	16,0	32,0	32,0
Proactividad	61	19,0	2,3	9,0	20,0	20,0
Priorizar al Ser Cuidado	61	19,9	0,4	18,0	20,0	20,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°4 describe las seis categorías de la variable percepción de cuidado humanizado, donde se refleja que en todas las categorías siempre se percibe cuidado humanizado. La dimensión mejor evaluada fue priorizar al ser cuidado, ya que es la que tiene los datos menos dispersos, con un rango de 2 y desviación estándar de $\pm 0,4$. Sin embargo, las diferencias no son significativas.

Para una mayor claridad en la presentación de los resultados se describe a continuación las dimensiones de la variable principal por ítem.

Tabla N°5: Ítems de la Categoría Apoyo Emocional de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado

Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.
Ítem 6	61	3,8	0,5	1,0	4,0
Ítem 7	61	3,9	0,4	2,0	4,0
Ítem 8	61	3,9	0,5	2,0	4,0
Ítem 21	61	3,8	0,6	1,0	4,0
Ítem 25	61	3,9	0,4	2,0	4,0
Ítem 26	61	3,9	0,5	1,0	4,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°5 muestra los estadísticos descriptivos de la categoría apoyo emocional por ítems, donde la dispersión de los datos es baja, y sus medias fluctúan entre los 3,8 y 3,9 puntos. Todos los ítems reflejan que los cuidadores informales en su mayoría siempre perciben apoyo emocional.

Tabla N°6: Ítems de la Categoría Apoyo Físico de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado

Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.
Ítem 3	61	3,85	0,54	1,00	4,00
Ítem 4	61	3,97	0,18	3,00	4,00
Ítem 18	61	3,93	0,25	3,00	4,00
Ítem 27	61	3,77	0,59	1,00	4,00

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°6 señala los estadísticos descriptivos de la categoría apoyo físico por ítems, donde el promedio de los ítems no presenta diferencias significativas, hay poca dispersión de los datos por ítem, por lo que los cuidadores informales siempre perciben apoyo físico por parte de enfermería.

Tabla N°7: Ítems de la Categoría Empatía de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado

Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx
Item 9	61	3,89	0,41	2,00	4,00
Item 12	61	3,97	0,18	3,00	4,00
Item 15	61	4,00	0,00	4,00	4,00
Item 24	61	3,92	0,33	2,00	4,00

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes} 2015.

La tabla N°7 señala los estadísticos descriptivos de la categoría empatía por ítems, donde el promedio de los ítems no presenta diferencias significativas, los datos están poco alejados de los valores centrales, por lo que los cuidadores informales siempre perciben empatía por parte de enfermería.

Tabla N°8: Ítems de la Categoría Cualidades de la Enfermera de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado

Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.
Item 2	61	3,97	0,3	2,0	4,0
Item 5	61	3,87	0,5	1,0	4,0
Item 10	61	3,98	0,1	3,0	4,0
Item 14	61	3,77	0,7	1,0	4,0
Item 22	61	3,70	0,7	1,0	4,0
Item 23	61	3,89	0,5	1,0	4,0
Item 28	61	3,93	0,2	3,0	4,0
Item 32	61	3,95	0,2	3,0	4,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°8 muestra los estadísticos descriptivos de la categoría cualidades de la enfermera/o por ítems, la cual está compuesta por más ítems que en el resto de las categorías, donde los promedios no presenta diferencias significativas, hay poca dispersión de los datos por ítem, por lo que los cuidadores informales siempre perciben las cualidades de la enfermera.

Tabla N°9: Ítems de la Categoría Proactividad de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado

Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx
Item 11	61	3,95	0,2	3,0	4,0
Item 13	61	3,85	0,5	2,0	4,0
Item 19	61	3,80	0,7	1,0	4,0
Item 20	61	3,80	0,6	1,0	4,0
Item 30	61	3,57	0,8	1,0	4,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°9 señala los estadísticos descriptivos de la categoría proactividad por ítems, donde las medias no presentan diferencias significativas, hay poca dispersión de los datos, por lo que los cuidadores informales siempre perciben proactividad por parte de enfermería. Además hay que destacar el ítem 30 es el con menor promedio.

Tabla N°10: Ítems de la Categoría Priorizar al Ser Cuidado de la Variable Percepción de Cuidado Humanizado

Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx
Item 1	61	3,97	0,3	2,0	4,0
Item 16	61	4,00	0,0	4,0	4,0
Item 17	61	3,98	0,1	3,0	4,0
Item 29	61	3,97	0,2	3,0	4,0
Item31	61	4,00	0,0	4,0	4,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°10 señala los estadísticos descriptivos de la categoría priorizar al ser cuidado por ítems, donde el promedio de los ítems no presenta diferencias significativas, hay poca dispersión de los datos por ítem, por lo que los cuidadores informales siempre perciben que la enfermera/o prioriza al ser cuidado. Esta es la categoría mejor evaluada por esta población.

3.2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

3.2.1. Características del Cuidador Informal

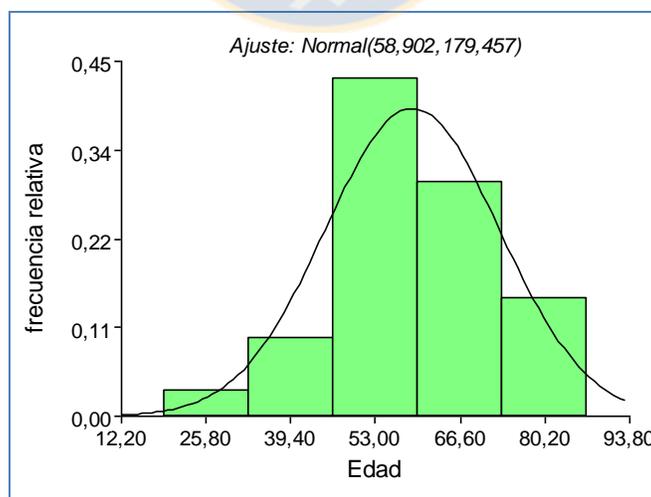
3.2.1.1. Edad

Tabla N°11: Edad de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana	Moda
Edad	61	58,9	13,4	19,0	87,0	58,0	50

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

Ilustración N°3: Histograma de Distribución de la Edad de los Cuidadores Informales



Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015

La tabla N°11, se observa que la edad promedio fue de 58,9 años; mas menos 13,4 años, cuyas edades fluctuaron entre los 45,5 y 72,3 años.

El 50% de los cuidadores informales tenían menos o igual a 58 años y el 50% restante tenían más de 58 años. La edad que posee una mayor frecuencia es 50 años. Se observó que la mayor concentración de cuidadores está entre los 51 a 60 años, con 31,1%. La persona con menor edad tenía de 19 años y la con mayor edad de 87 años.

La ilustración N°3 muestra la distribución de la variable edad, en ella se observó que la curva es de tipo leptocúrtica, con asimetría negativa.

Tabla N°12: Categorización de la Variable Edad de los Cuidadores Informales

Grupos Etarios	Frecuencia	Porcentaje
Hasta los 30 años	2	3,3
31 – 40 años	1	1,6
41 – 50 años	14	23,0
51 – 60 años	19	31,1
61- 70 años	13	21,3
71 y más	12	19,7
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°12 muestra la variable edad categorizada por grupos etarios, donde se observa que la mayor concentración de cuidadores está entre los 51 a 60 años, con 31,1%.

3.2.1.2. Sexo

Tabla N°13: Sexo de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Sexo	Total	Porcentaje
Hombre	8	13,1
Mujer	53	86,9
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°13 señala que el sexo mujer es la que predominó con el 86,9%. Los hombres representaron sólo el 13,1 %.

3.2.1.3. Estado Civil

Tabla N°14: Estado Civil de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Estado civil	Total	Porcentaje
Casada/o	31	50,8
Separada/o	8	13,1
Soltera/o	16	26,2
Viuda/o	6	9,8
Total	61	100,00

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°14, muestra que la mayoría de los cuidadores informales son casadas/os, correspondiendo al 50,8%, seguido por el estado civil de soltera/o con un 26,2%, separada/o con un 13,1% y viuda/o con un 9,8%.

3.2.1.4. Nivel educativo

Tabla N°15: Nivel Educativo de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Nivel Educativo	Total	Porcentaje
Sin Instrucción formal	2	3,3
Educación Básica Incompleta	12	19,7
Educación Básica Completa	8	13,1
Educación Media Incompleta	10	16,4
Educación Media Completa	20	32,8
Educación Técnica de Nivel Superior	6	9,8
Educación Superior Universitaria	3	4,9
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°15 señala el nivel educativo de los cuidadores informales donde la mayoría completaron su educación media con un 32,8%, seguido por educación básica incompleta con un 19,7%, media incompleta con un 16,4%, básica completa con un 13,1%; y los niveles que están en los extremos, es decir, sin instrucción y educación técnica de nivel superior y universitaria, son los que poseen un menor porcentaje.

3.2.1.5. Ingresos

Tabla N°16: Ingreso de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Variable	n	Media	D.E.	Min.	Max.	Mediana
Ingreso	61	271.590,2	104.060,5	82.000,0	600.000,0	250.000,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°16 muestra los estadísticos descriptivos de la variable ingresos de los cuidadores informales, observándose que el promedio fue de \$271.590; con un mínimo de \$82.000 y un máximo \$600.000 de, ingresos percibidos.

El 50% de los cuidadores informales perciben igual o menos de \$250.000 y el 50% restante más de \$250.000; es decir, que la mayoría de la personas de este estudio recibe ingresos cercanos al sueldo mínimo del país (\$241.000). Dando un rango de \$518.000 lo que significa que los datos estaban dispersos.

Tabla N°17: Categorización de la Variable Ingreso de los Cuidadores Informales por Quintiles

Quintiles	Total	Porcentaje
1°	37	60,7
2°	17	27,9
3°	6	9,8
4°	1	1,6
5°	0	0
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°17 revela que gran parte de esta población pertenece a los quintiles más bajos, el primer quintil está representado por el 60,7%, es decir, el ingreso familiar per cápita es menor o igual a \$74.969. El 2° quintil corresponde al 27,9%, es decir, reciben un ingreso familiar per cápita menor o igual a \$125.558. Al resto de los quintiles solo pertenecen el 11,4%.

3.2.1.6. Trabajo Complementario

Tabla N°18: Trabajo Complementario de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Trabajo Complementario	Total	Porcentaje
No	42	68,9
Si	19	31,1
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°18 señala aquellos cuidadores informales que pueden realizar un trabajo complementario, sin embargo, la mayoría de ellos dedicaba tiempo exclusivo a su rol de cuidador con un 68,9%, y solamente el 31,1% podía complementar ambas labores, es decir, ser cuidador informal y trabajar en un oficio.

3.2.1.7. Tiempo Libre Semanal

Tabla N°19: Tiempo Libre Semanal de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Tiempo Libre Semanal (hrs.)	Total	Porcentaje
0	50	82,0
12	1	1,6
24	6	9,8
28	1	1,6
42	1	1,6
48	1	1,6
72	1	1,6
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°19 muestra las horas libres semanales de los cuidadores informales, el 82% refiere no tener tiempo libre en la semana, el 18% restante manifiesta que tiene entre 12 a 72 hrs. libres semanales.

3.2.1.8. Relación con la Persona que Cuidan

Tabla N°20: Relación con la Persona que Cuidan de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Relación con la Persona	Total	Porcentaje
Cónyuge	10	16,4
Hermano/a	1	1,6
Madre/Padre	31	50,8
Abuelo/a	1	1,6
Otro	18	29,5
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°20 indica la relación que existe entre el cuidador informal y el adulto mayor con dependencia severa, el 50,8% señala que la persona cuidada es su madre o padre, 16,4% son cónyuges del adulto mayor postrado y el 32,8% posee otro tipos de parentesco con el adulto mayor (hermano/a, abuelo/a, nuera/o y otros).

3.2.2. Características Sociodemográficas del Adulto Mayor con Dependencia Severa

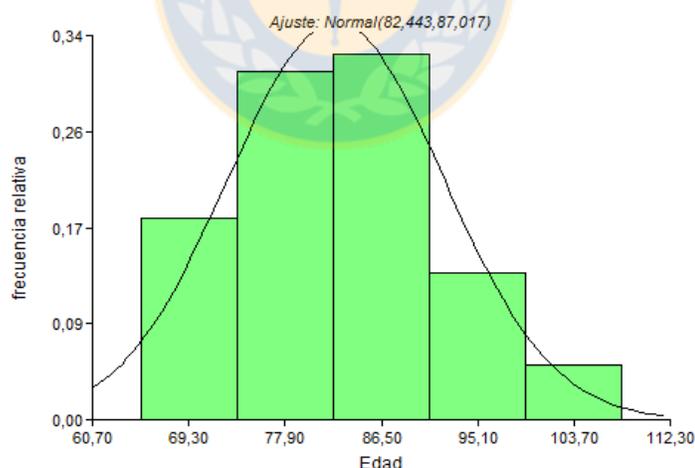
3.2.2.1. Edad

Tabla N°21 Edad de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Variable	N	Media	D.E.	Min.	Máx.	Mediana
Edad	61	82,4	9,3	65,0	108,0	83,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

Ilustración N°4: Histograma de Distribución de la Edad de los Adultos Mayores con Dependencia Severa



Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015

La tabla N°21 muestra los principales estadísticos descriptivos relacionados con la edad de los adultos mayores con dependencia severa, observándose que la edad promedio fue de 82,4 años; más o menos 9,3 años, lo que significa que el 68% de los

adultos mayores tenían edades que fluctuaron entre los 73,1 y 91,7 años. El 50% de los adultos mayores tenían menos o igual a 83 años y el 50% restante tenían más de 83 años. La persona con menor edad es de 65 años y la con mayor edad es de 108 años, dando un rango de 68 lo que significa que los datos estaban dispersos.

La ilustración N°4 muestra la distribución de la variable edad, en ella se observó que la curva es levemente de tipo leptocúrtica.

Tabla N°22 Categorización de la Variable Edad de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Grupos Etarios	Frecuencia	Porcentaje
65 a 69 años	7	11,5
70 a 74 años	4	6,6
75 a 79 años	12	19,7
80 a 84 años	13	21,3
85 y más	25	41,0
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°22 señala la distribución de la edad de los adultos mayores por grupos etarios, donde la mayor concentración de adultos mayores dependientes severos, se encuentra en la cuarta edad, es decir a partir de los 80 años, ya que los ancianos de 80 años y más abarcan el 62,3% de esta población en estudio.

3.2.2.2. Sexo

Tabla N°23 Sexo de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Sexo	Total	Porcentaje
Hombre	18	29,5
Mujer	43	70,5
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°23 muestra la distribución por sexo de los adultos mayores con dependencia severa, reflejándose que 70,5% de esta población son mujeres; el 29,5% son hombres.

3.2.2.3. Tipo de ingreso

Tabla N°24 Ingreso de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Ingreso	Total	Porcentaje
No	3	4,9
Si	58	95,1
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

Tabla N°25 Tipo de Ingreso de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Tipo de Ingreso	Total	Porcentaje
Jubilación	11	19,0
Pensión Asistencial	20	34,5
Pensión de Invalidez	9	15,5
Pensión de Viudez	17	29,3
Seguro	1	1,7
Total	58	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°24 señala que el 95,1% de los adultos mayores con dependencia severa reciben algún tipo de aporte. Sin embargo, en su mayoría como lo muestra la tabla N°25 es por aportes del Estado como la pensión asistencial con un 34,5% la cual asciende a \$82.058. Además como la población estaba representada en un porcentaje elevado por mujeres, el ingreso por pensión de viudez es el que ocupa el segundo lugar con un 29,3 %.

3.2.3. Condicionantes de Salud del Adulto Mayor con Dependencia Severa

3.2.3.1. Tiempo de postración

Tabla N°26 Tiempo de Postración de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

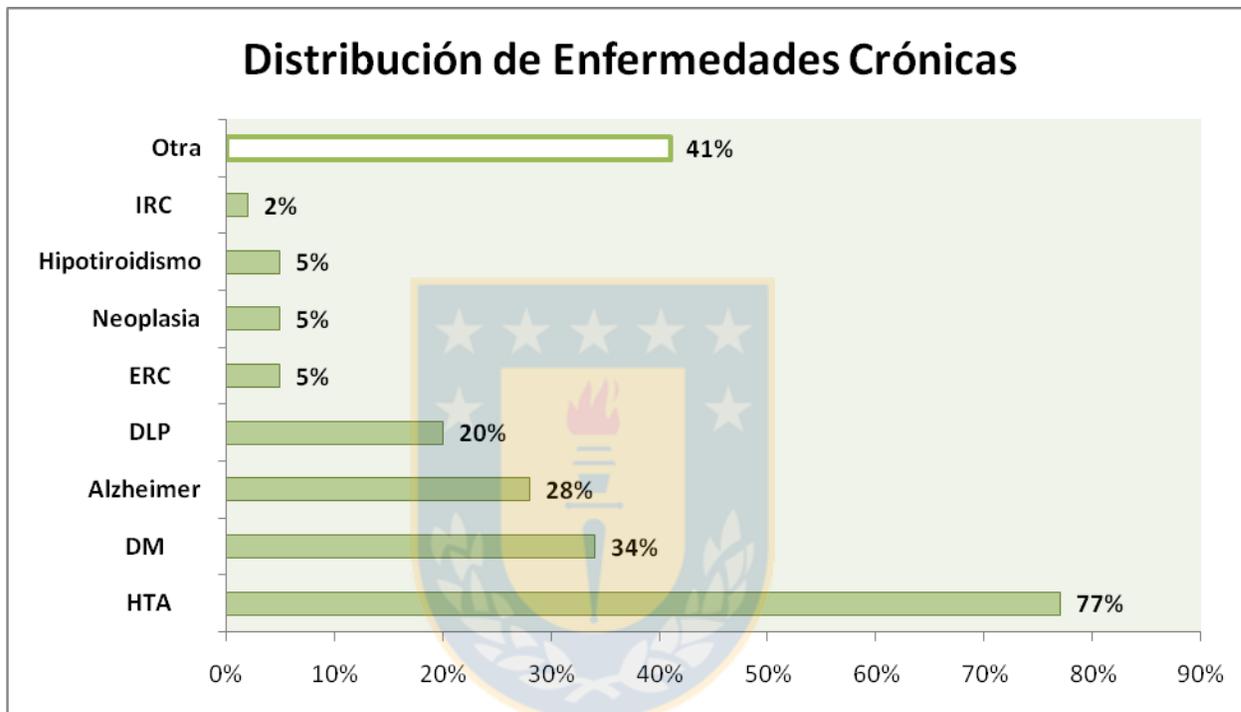
Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana	Q1	Q3
Tiempo de postración(años)	61	5,5	6,1	0,3	37,0	4,0	2,0	7,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°26 señala el tiempo de postración del adulto mayor en años, donde el promedio fue de 5,5 años. El 50% de la población lleva 4 o menos años de postración y el otro 50% lleva más de 4 años. El cuartil 3 nos señala que el 75% de los adultos mayores está postrado hace 7 años o menos. El rango amplio es de 36,7 años, ya que el máximo fue de 37 años y el mínimo de 0,3 años.

3.2.3.2. Enfermedad crónica asociada

Ilustración N°5: Gráfico de Distribución de las Enfermedades Crónicas Asociadas de los Adultos Mayores con Dependencia Severa



Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015

La ilustración N°5, es el gráfico que muestra las morbilidades más frecuentes de los adultos mayores con dependencia severa, la HTA estaba presente en el 77%, diabetes mellitus un 34%, alzheimer un 28% y dislipidemia un 20%. Además estos adultos mayores padecían otras enfermedades (41%) como: artrosis, artritis reumatoides, epilepsia, depresión, por lo que se deduce que esta población presenta comorbilidades que van en desmedro de su calidad de vida.

3.2.3.3. Causa de la dependencia

Tabla N°27 Causa de la Dependencia de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Causa Dependencia	Total	Porcentaje
Cardiovascular	30	49,2
Fractura de caderas	2	3,3
Neoplasia	1	1,6
Neurológica	15	24,6
Otra	13	21,3
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

En la tabla N°27 revela que la principal causa de postración de los adultos mayores es la de tipo cardiovascular asociada a accidente cerebro vascular con un 49,2%, seguida de la neurológica con un 24,6 %. El resto de los adultos mayores dependiente quedó en esta condición por fractura de cadera, neoplasia y otras (como accidentes, depresión etc.), sumando un 26,2%.

3.2.3.4. Estado nutricional

Tabla N°28 Estado Nutricional de los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

Estado Nutricional	Total	Porcentaje
Bajo Peso	24	39,3
Normal	16	26,2
Sobrepeso	11	18,0
Obeso	10	16,4
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

En la tabla N°28 muestra el estado nutricional de los adultos mayores, donde el 39,3 % está en bajo peso, un 26,2% en normal, sobrepeso y obeso un 18% y 16,4% respectivamente.

3.2.3.5. Presencia de Úlceras por Presión (UPP)

Tabla N°29 Presencia de Úlceras por Presión en los Adultos Mayores con Dependencia Severa del CESFAM Tucapel

UPP	Total	Porcentaje
No	47	77,0
Si Grado 1	9	14,8
Si Grado 2	2	3,3
Si Grado 4	1	1,6
Otras Lesiones	2	3,3
Total	61	100,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes

La tabla N°29 señala la presencia de úlceras por presión

Un 77%, de los adultos mayores con dependencia no presentaban UPP y el 19,7%, restante evidenciaba distintos grados de ella; se destaca que un 3,3% presentaba úlceras venosas.

3.3. ASOCIACIÓN DE VARIABLES

3.3.1. Relación de las Variables Sociodemográficas del Cuidador Informal con la Variable Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería

3.3.1.1. Edad y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°30 Coeficiente de Correlación Entre Variables Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería y Edad.

Variable (1)	Variable (2)	n	Spearman	p-valor
Total PCHE	Edad	61	0,11	0,3806

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

Tabla N°31 Cruce de Variables: Grupo Etario y Percepción de Cuidado Humanizado

Grupo Etario	Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana
Hasta 30	TotalPCHE	2	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
31- 40	TotalPCHE	1	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
41-50	TotalPCHE	14	125,4	6,0	106,0	128,0	128,0
51-60	TotalPCHE	19	123,9	7,7	105,0	128,0	127,0
61-70	TotalPCHE	13	124,2	8,5	105,0	128,0	128,0
71 y más	Total PCHE	12	123,3	14,7	77,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°30 muestra el coeficiente de correlación entre las variables edad y percepción de cuidado humanizado de enfermería, donde la asociación entre las variables se descarta, el valor p es alto. La tabla N°31 detalla que no hay diferencias significativas entre las medianas y medias.

3.3.1.2. Sexo y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°32 Cruce de Variables: Sexo y Percepción de Cuidado Humanizado

Sexo	Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana
Hombre	TotalPCHE	8	127,1	2,1	122,0	128,0	128,0
Mujer	TotalPCHE	53	124,0	9,6	77,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N° 32 muestra que la asociación entre las variables sexo y percepción de cuidado humanizado de enfermería, ya que no hay diferencias significativas entre las medianas y medias entre hombres y mujeres.

3.3.1.3. Estado Civil y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°33 Cruce de Variables: Estado Civil y Percepción de Cuidado Humanizado

Estado Civil	Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana
Casada/o	TotalPCHE	31	123,8	10,7	77,0	128,0	128,0
Separada/o	TotalPCHE	8	125,1	8,1	105,0	128,0	128,0
Soltera/o	TotalPCHE	16	124,0	7,6	105,0	128,0	128,0
Viuda/o	TotalPCHE	6	127,7	0,5	127,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°33 muestra que la asociación entre las variables estado civil y percepción de cuidado humanizado de enfermería, donde la asociación entre las variables se descarta, ya que no hay diferencias significativas entre las medianas y medias.

3.3.1.4. Nivel Educativo y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°34 Cruce de Variables: Nivel Educativo y Percepción de Cuidado Humanizado

Nivel Educativo	Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana
Sin Instrucción	TotalPCHE	2	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
Educación Básica Incompleta	TotalPCHE	12	119,1	15,8	77,0	128,0	127,5
Educación Básica Completa	TotalPCHE	8	126,9	2,8	120,0	128,0	128,0
Educación Media Incompleta	TotalPCHE	10	125,5	7,2	105,0	128,0	128,0
Educación Media Completa	TotalPCHE	20	125,6	6,0	106,0	128,0	128,0
Educación Técnica de Nivel Superior	TotalPCHE	6	124,0	8,8	106,0	128,0	127,5
Educación Superior Universitaria	TotalPCHE	3	126,0	3,5	122,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°34 señala que la asociación entre las variables nivel educativo y percepción de cuidado humanizado de enfermería se descarta, ya que no existen diferencias significativas entre las medianas y medias para los diversos niveles educativos.

3.3.1.5. Ingreso y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°35 Coeficiente de Correlación Entre Variables Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería e Ingreso

Variable(1)	Variable(2)	n	Spearman	p-valor
TotalPCHE	Ingreso	61	-0,06	0,6727

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

Tabla N°36 Cruce de Variables: Ingresos y Percepción de Cuidado Humanizado

Quintiles	Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx	Mediana
1° Quintil	TotalPCHE	37	125,9	5,6	106,0	128,0	128,0
2° Quintil	TotalPCHE	17	121,0	13,6	77,0	128,0	128,0
3° Quintil	TotalPCHE	6	124,2	9,4	105,0	128,0	128,0
4° Quintil	TotalPCHE	1	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°36 muestra el coeficiente de correlación entre las variables ingreso y percepción de cuidado humanizado de enfermería, donde la asociación entre las variables se descarta, el valor p es elevado. La tabla N°36 detalla que no hay diferencias significativas entre las medianas y medias.

3.3.1.6. Trabajo Complementario y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°37 Cruce de Variables: Trabajo Complementario y Percepción de Cuidado Humanizado

Trabajo Complementario	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
no	TotalPCHE	42	123,4	10,4	77,0	128,0	128,0
Si	TotalPCHE	19	126,6	4,0	111,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°37 muestra si existe o no correlación entre las variables trabajo complementario y percepción de cuidado humanizado de enfermería, donde la asociación entre las variables se descarta, porque que no hay diferencias significativas entre las medianas y medias de los cuidadores que tenían un trabajo complementario y aquellos que no lo poseían.

3.3.1.7. Tiempo Libre Semanal y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°38 Coeficiente de Correlación Entre Variables Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería y Tiempo Libre Semanal

Variable(1)	Variable(2)	n	Spearman	p-valor
Total PCHE	Tiempo Libre Semanal	61	0,01	0,9512

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

Tabla N°39 Cruce de Variables: Tiempo Libre Semanal y Percepción de Cuidado Humanizado

Tiempo Libre Semanal(hr)	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
0	TotalPCHE	50	124,4	9,2	77,0	128,0	128,0
12	TotalPCHE	1	111,0	0,0	111,0	111,0	111,0
24	TotalPCHE	6	124,0	9,3	105,0	128,0	128,0
28	TotalPCHE	1	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
42	TotalPCHE	1	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
48	TotalPCHE	1	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
72	TotalPCHE	1	127,0	0,0	127,0	127,0	127,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°38 muestra el coeficiente de correlación de Spearman entre las variables tiempo libre semanal y percepción de cuidado humanizado de enfermería, donde la asociación entre las variables se descarta, el valor p es alto. La tabla N°39 detalla que no hay diferencias significativas entre las medianas y medias y que todas ellas están dentro de la clase de siempre perciben cuidado humanizado de enfermería.

3.3.1.8. Relación con la Persona que Cuidan y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°40 Cruce de Variables: Relación con Persona que Cuidan y Percepción de Cuidado Humanizado

Relación con la persona	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
Abuelo/a	TotalPCHE	1	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
Cónyuge	TotalPCHE	10	122,0	15,9	77,0	128,0	128,0
Hermano/a	TotalPCHE	1	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
Madre/Padre	TotalPCHE	31	123,6	7,9	105,0	128,0	127,0
Otro	TotalPCHE	18	126,6	5,4	105,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°40 se descarta la asociación entre las variables relación con la persona que cuidan y percepción de cuidado humanizado de enfermería, ya que no observan diferencias significativas entre las medianas y medias y que todas ellas están dentro de la clase siempre perciben cuidado humanizado de enfermería.

3.3.2. Relación de las Variables Sociodemográficas y los Condicionantes de Salud del Adulto Mayor con Dependencia Severa con la Variable Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería

3.3.2.1. Ingreso y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°41 Coeficiente de Correlación Entre Variables Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería e Ingreso del Adulto Mayor con Dependencia Severa

Variable(1)	Variable(2)	n	Spearman	p-valor
TotalPCHE	Ingreso	61	-0,08	0,5379

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

Tabla N°42 Cruce de Variables: Ingreso del Adulto Mayor con Dependencia Severa y Percepción de Cuidado Humanizado

Ingreso	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
no	TotalPCHE	3	127,3	0,6	127,0	128,0	127,0
si	TotalPCHE	58	124,2	9,2	77,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

Tabla N°43 Cruce de Variables: Tipo de Ingreso del Adulto Mayor con Dependencia Severa y Percepción de Cuidado Humanizado

Tipo de Ingreso	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
jubilación	TotalPCHE	11	125,6	6,6	106,0	128,0	128,0
no recibe aporte	TotalPCHE	3	127,3	0,6	127,0	128,0	127,0
pensión	TotalPCHE	2	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
pensión asistencial	TotalPCHE	18	124,8	7,3	105,0	128,0	128,0
pensión de invalidez	TotalPCHE	9	119,6	17,6	77,0	128,0	128,0
pensión de viudez	TotalPCHE	17	124,5	6,7	105,0	128,0	127,0
seguro	TotalPCHE	1	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°41 muestra el coeficiente de correlación de Spearman entre las variables ingreso y percepción de cuidado humanizado de enfermería, donde la asociación entre las variables se descarta, el valor p es alto. La tabla N°42 y 43 detallan que no hay diferencias significativas entre las medianas y medias y que todas ellas están dentro de la clase siempre perciben cuidado humanizado de enfermería.

3.3.2.2. Tiempo de Postración y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°44 Coeficiente de Correlación Entre Variables Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería y Tiempo de Postración del Adulto Mayor con Dependencia Severa

Variable (1)	Variable (2)	n	Spearman	p-valor
Tiempo de Postración	Total PCHE	61	-0,17	0,1966

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°44 muestra el coeficiente de correlación de Spearman entre las variables tiempo de postración del adulto mayor con dependencia severa y percepción de cuidado humanizado de enfermería, donde la asociación entre las variables se descarta, el valor p es alto.

3.3.2.3. Enfermedad Crónica Asociada y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°45 Cruce de Variables: Enfermedad Crónica Asociada del Adulto Mayor con Dependencia Severa y Percepción de Cuidado Humanizado

HTA	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
no	TotalPCHE	14	126,3	6,1	105,0	128,0	128,0
si	TotalPCHE	47	123,8	9,7	77,0	128,0	128,0
DLP	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
no	TotalPCHE	49	124,0	9,5	77,0	128,0	128,0
si	TotalPCHE	12	126,0	6,6	105,0	128,0	128,0

DM	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
no	TotalPCHE	40	125,6	6,1	105,0	128,0	128,0
si	TotalPCHE	21	122,2	12,7	77,0	128,0	128,0
ERC	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
no	TotalPCHE	58	124,5	9,0	77,0	128,0	128,0
si	TotalPCHE	3	122,0	9,5	111,0	128,0	127,0
IRC	Variable	N	Media	D.E.	Min	Max	Mediana
no	TotalPCHE	60	124,3	9,0	77,0	128,0	128,0
si	TotalPCHE	1	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
Neoplasia	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
no	TotalPCHE	58	124,2	9,2	77,0	128,0	128,0
si	TotalPCHE	3	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
Hipotiroidismo	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
no	TotalPCHE	58	124,2	9,2	77,0	128,0	128,0
si	TotalPCHE	3	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
Alzheimer	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
no	TotalPCHE	44	124,1	9,6	77,0	128,0	128,0
si	TotalPCHE	17	125,1	7,4	105,0	128,0	128,0
Otras Enf.	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
no	TotalPCHE	36	126,9	4,0	105,0	128,0	128,0
Si	TotalPCHE	25	120,8	12,5	77,0	128,0	127,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°45 señala que no hay relación entre las enfermedades crónicas asociadas y la percepción de cuidado humanizado, ya que todos los valores están dentro de la dimensión siempre se percibe cuidado humanizado.

3.3.2.4. Causa de la Dependencia y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°46 Cruce de Variables: Causa de Dependencia del Adulto Mayor y Percepción de Cuidado Humanizado

Causa Dependencia	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
Cardiovascular	TotalPCHE	30	126,1	4,4	106,0	128,0	128,0
Fractura De Caderas	TotalPCHE	2	116,5	16,3	105,0	128,0	116,5
Neoplasia	TotalPCHE	1	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
Neurológica	TotalPCHE	15	126,3	5,9	105,0	128,0	128,0
Otra	TotalPCHE	13	119,2	15,5	77,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°46 señala que no hay asociación entre la causa de la dependencia y la percepción de cuidado humanizado, las medidas de tendencia central no varían significativamente entre una causa u otra.

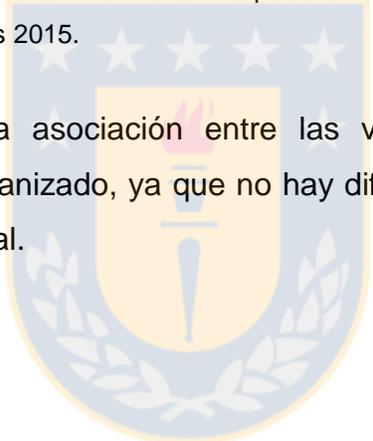
3.3.2.5. Estado Nutricional y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°47 Cruce de Variables: Estado Nutricional del Adulto Mayor con Dependencia Severa y Percepción de Cuidado Humanizado

Estado Nutricional	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
Bajo Peso	TotalPCHE	24	122,9	12,4	77,0	128,0	128,0
Normal	TotalPCHE	16	124,1	6,7	106,0	128,0	128,0
Obeso	TotalPCHE	10	127,8	0,4	127,0	128,0	128,0
Sobrepeso	TotalPCHE	11	125,1	6,9	105,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°47 descarta la asociación entre las variables estado nutricional y percepción de cuidado humanizado, ya que no hay diferencias importantes entre las medidas de tendencia central.



3.3.2.6. Presencia Úlceras por Presión y Percepción de Cuidado Humanizado

Tabla N°48 Cruce de Variables: Presencia de Úlceras por Presión en los Adultos Mayores con Dependencia Severa y Percepción de Cuidado Humanizado

UPP	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana
no	TotalPCHE	47	124,3	9,3	77,0	128,0	128,0
si (grado4)	TotalPCHE	1	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0
si (grado 1)	TotalPCHE	9	125,3	7,3	106,0	128,0	128,0
si (grado 2)	TotalPCHE	2	116,5	16,3	105,0	128,0	116,5
Otras lesiones	TotalPCHE	2	128,0	0,0	128,0	128,0	128,0

Fuente: Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes 2015.

La tabla N°48 refleja que no existe asociación entre la presencia de UPP y la percepción de cuidado humanizado, ya que todos los valores centrales están dentro de la dimensión siempre percibe cuidado humanizado de enfermería.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSION

Rojas declara que la necesidad de asistencia y/o cuidados derivada de las situaciones de dependencia ha existido siempre; lo que ha cambiado es su dimensión, debido al crecimiento del número y de la proporción de personas mayores, su importancia social, ha dejado de verse como un problema exclusivamente individual o familiar, para pasar a percibirse como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto. (5)

Los resultados mostraron que el 98,4% de los cuidadores informales siempre perciben cuidado humanizado de enfermería, de las seis dimensiones (dar apoyo físico, apoyo emocional, priorizar a ser cuidado dar apoyo emocional, dar apoyo físico, empatía, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad y priorizar al ser cuidado) todas se encontraron en el rango de siempre. Los entrevistados destacan la calidez, cercanía, escucha activa y preocupación, considerando al enfermero como parte de la familia; a nivel nacional no se han encontrado estudios específicos que midan percepción de cuidado humanizado enfermero, ni relacionados con cuidadores informales de adultos mayores con dependencia severa. Prieto y cols. en Andalucía entre 1999-2000 señalaron que las dimensiones más importantes de la atención domiciliaria, son capacidad de respuesta, accesibilidad, seguridad, fiabilidad y que se les proporcionen los materiales que necesitan para cuidar al enfermo (48); variables que están consideradas en el instrumento PCHE. Marilaf 2002, señala que los cuidadores informales manifestaron que la atención al paciente postrado por parte del equipo de atención domiciliaria fue buena (61). En un estudio realizado por Cazenave y cols. el 2005 a cuidadores de pacientes con SIDA en el hogar, concluyeron que el apoyo social de la/el enfermera/o es más importante que la necesidad de conocimiento (62). Puig el 2009, en su tesis de calidad de vida de cuidadores y pacientes en atención domiciliaria encontró que tanto los adultos mayores, como los cuidadores familiares están satisfechos y confían en los profesionales del servicio de atención domiciliaria, sobre todo, en los profesionales de enfermería (63). Zabalegui y cols., refieren que las cuidadoras informales valoran de forma más positiva el apoyo que reciben de los profesionales sanitarios en visitas

domiciliarias, de quienes enfatizan su dedicación, capacidad de compromiso y escucha, señalando, que desde el punto de vista de las necesidades expresadas por los cuidadores se valora la disponibilidad de las enfermeras, el apoyo psicológico, la ayuda para acceder a recursos y el sentirse bien informados de la evolución de su familiar. (64)

En el ámbito intramural se han realizado diversos estudios sobre la percepción de cuidado humanizado, como el de Rivera y Triana el 2007, quienes, aplicaron la primera versión del instrumento PCHE para conocer la percepción de cuidado humanizado de enfermería de las personas hospitalizadas, donde se encontró que el 86,86% siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado en las(os) enfermeras (os), el 12,04% casi siempre, el 1,09% algunas veces y ninguna de las personas hospitalizadas dejó de percibir los comportamientos de cuidado humanizado (50). Estos resultados coinciden con los encontrados en un servicio ginecoobstétrico de una clínica en Colombia (2009), donde el 73% de las mujeres hospitalizadas siempre percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería, el 11% casi siempre 12% algunas veces y un 4% nunca percibió el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería (53), destacando que en el sector privado (clínica), la percepción de cuidado humanizado de enfermería en su mayoría se percibía como siempre, a diferencia del el ámbito público, ya que los resultados de un estudio utilizando el instrumento PCHE en un hospital público el 36,6% de los pacientes califican como negativa la relación enfermera paciente, concluyendo que la percepción de cuidado humanizado de enfermería es baja por parte de estos pacientes (55).

El significado principal que se le otorga al constructo de cuidado de enfermería varía según diversos autores como Mejía 2008 el cual manifiesta que los usuarios le dan relevancia a las interrelaciones humanas, lo cual les permitió sentirse confortados con amabilidad y familiaridad en los momentos de hospitalización y cuidados, en concordancia a sus necesidades, y expectativas de recuperación (52), Bautista 2008, refiere que los usuarios valoran habilidades del personal enfermero en relación a la administración oportuna del tratamiento y manipulación de equipos (51) es decir, priorizaron las habilidades duras por sobre las habilidades blandas , lo que

reafirma Gil 2012 estableciendo que los ítems en relación con la técnica siguen situándose, como más relevantes en el ámbito hospitalario que los relacionados con el confort o la confianza del paciente (56).

Respecto a las características sociodemográficas de los cuidadores informales, los resultados de este estudio señalan que son mujeres (86,9%), con una media de 58,9 años, casadas (50,8%), 32,8% con nivel educativo de enseñanza media completa (12 años de estudio). La prevalencia de las mujeres cuidadoras de personas dependientes, se explica por el papel histórico y cultural asignado a las mujeres, según el cual el acto de cuidar es algo natural asociado a su figura en el comportamiento de la familia que se aprende en el curso la vida diaria.(65)

Se encontró en esta población que los cuidadores familiares son, en su mayoría, hijas o cónyuges, similar a lo reportado por Barros y cols. en cuidadores de pacientes con enfermedad de alzheimer en Maringá el año 2012, donde el 88,7% son mujeres, el 57,5%, casados, la edad promedio es de 54,8 años y con educación básica incompleta (66). En cuanto al grado de parentesco, el 52,5% de los cuidadores son hijas de las personas mayores, seguidas por las esposas y nueras; situación distinta a la encontrada en un estudio desarrollado en Santiago de Chile, durante el año 2002, en un grupo de cuidadores de personas portadoras de VIH/SIDA, en que los principales cuidadores fueron las madres (62).

En cuanto a la educación, estos resultados de este estudio difieren con las investigaciones que reportan que el bajo nivel de educación de los cuidadores es el predominante (57,67, 68, 69), ya que la mayoría de los cuidadores informales del CESFAM Tucapel completaron su enseñanza media. Espin el 2005 en Cuba, establece que la mayoría de los cuidadores/as informales, poseen una preparación universitaria, sin experiencia previa en el cuidado, lo cual se puede relacionar con la realidad político-administrativa de ese país (70).

Chile tiene un Índice de Desarrollo Humano muy elevado, el que considera, tasa de alfabetización, años de escolaridad, esperanza de vida al nacer e ingreso per cápita, ubicándolo en el lugar N° 41 de 187 países, ocupando el primer lugar entre las naciones de América Latina y el Caribe (71). Giraldo señala que el nivel educacional es variable. (4)

Rogero refiere que aquellos individuos mejor preparados que se ocupan del cuidado, es un aspecto positivo que promueve el cuidado de los ancianos, al facilitar el acceso a la información, educación para la salud, y mayor comprensión de la enfermedad. Por el contrario, el bajo nivel educacional puede interferir directa o indirectamente en la asistencia al paciente, reduciendo la calidad del servicio otorgado (72), asimismo menciona que se produce una "inversión de roles", produciéndose un cambio en la dirección en el cuidado habitual de padres e hijos, lo cual requiere un cambio de mentalidad y exige del cuidador un esfuerzo de adaptación (72). El cuidado de la persona mayor dependiente implica muchas tareas, tiempo y dedicación, que en ocasiones la pareja o los hijos del cuidador le reclaman a este. Otro elemento que incide en la aparición de este problema es la percepción del cuidador que no recibe apoyo suficiente en recursos materiales, ayuda en la proporción de los cuidados, y desde el punto de vista moral, por parte del resto de la familia (70)

En cuanto a la situación socioeconómica el 60,7% se encontraba en el primer quintil, el 68,9% no tenían un trabajo remunerado, y aquellos que podían complementar ambos roles, solo podían dedicarse a oficios (costurera, vendedor ambulante, feriante, cocinera y otros) de tiempo parcial debido a la labor como cuidador.

El 82% de los cuidadores de este estudio declara no tener tiempo libre en la semana. Torres y cols. El 2008 refieren que el 64,1% de los cuidadores informales se han visto obligados a disminuir su tiempo de ocio; sobre aspectos laborales el 26% confiesa no poder plantearse trabajo fuera; el 11,5 % ha tenido que abandonar el trabajo, el 12,4% se ha visto obligada(o) a reducir su jornada de trabajo (73).

Las características del adulto mayor con dependencia severa, para este estudio, indican que la edad promedio fue de 82,4 años, el grupo etario de 85 y más representaba el 41% de los pacientes postrados, mayoritariamente de sexo femenino con un 70,5%. Datos similares a Barros y Neves (2012) donde la edad promedio de los pacientes fue 80,8 años y compuesta en gran parte por mujeres (72,5%), viudos (50%), con un bajo nivel educativo (66). Esto se corrobora en Parlay y cols. 2010, donde la edad de los adultos mayores fluctuaba entre los 71 y 90 años con un 45,3% y el sexo que predominó fue el femenino para un 54,7% (74).

Si bien, los adultos mayores percibían ingresos, estos correspondían en su mayor parte a ayudas estatales como pensiones asistenciales y de discapacidad, seguida de la pensión de viudez y jubilación. Lo que plasma la situación de vulnerabilidad económica en esta población. Según la Encuesta CASEN 2013, los adultos mayores con 60 o más años representan hoy el 15,6% de la población chilena; de ese total, un 6,5% es considerado pobre y 2% vive en situación de extrema pobreza. Sólo un 19,1%, refiere que le alcanza para satisfacer sus necesidades holgadamente, con el dinero que tiene (75).

El tiempo de postración tuvo una media de 5,5 años y una mediana de 4 años, datos parecidos a un estudio cubano, el cual informa que el tiempo de cuidador entre 1 a 4 años fue de 32,8 % y de 5 o más años 31,1% (70).

Las enfermedades crónicas cardiovasculares son las que presentan una mayor incidencia en los adultos mayores dependientes del CESFAM Tucapel, donde la hipertensión arterial encabeza la lista con un 77%, diabetes mellitus con un 34% y la dislipidemia con un 20%. Barros y Neves el 2010 a través de una investigación sobre adultos mayores con alzheimer, establecen que la prevalencia de comorbilidad es común en la vejez en un 75%, hipertensión (53,3%), diabetes mellitus (21.7 %) y enfermedad de Parkinson (16,7%) (66). Otro estudio en Portugal (2010) en ancianos de 80 años o más, establece como principales enfermedades crónicas la hipertensión arterial con 56,1% y la diabetes mellitus con un 20,6% (76). Parlay y cols. (2010), señalan que los principales factores de riesgo para el desarrollo de afecciones cerebrovascular, son la edad avanzada, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipidemias, el tabaquismo, el alcoholismo y la fibrilación auricular (74).

Además de las enfermedades cardiovasculares, el 28% los adultos mayores dependientes del CESFAM Tucapel padecían de alzheimer. Actualmente en nuestro país (según la Corporación de Alzheimer), las demencias afectan al 8,5% de los mayores de 60 años, lo que se traduce en que 180.000 personas (1,06% de la población) presentan una demencia y se estima que debido al envejecimiento de la población, el número de personas afectadas se incrementará a 626.000 el 2050 (3,10% de la población) (77). Aunque se han descrito casos de alzheimer en sujetos

de hasta 40 años, es considerablemente más común después de los 60 años, y es aún más frecuente después de los 80 años (77)

La prevalencia de alzheimer es de 1% en el grupo de 60- 65 años, de 2% en el grupo de 65- 70 años, de 4% en aquellos entre 75 y 80 años, de 16% en aquellos entre 80 y 85 años, y de más de 30-40% en aquellos de 85 años y más (78).

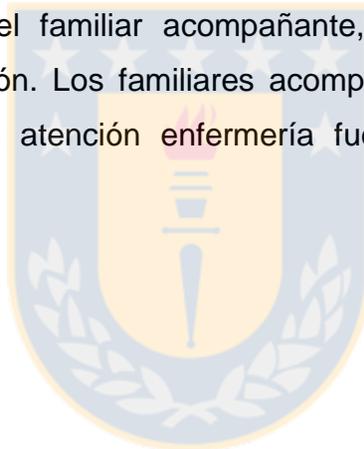
La principal causa de dependencia fue la cardiovascular 49,2% asociada a accidente cerebrovascular, seguida por la neurológica con un 24,6%, la mayoría de los adultos mayores postrados son mujeres, que se encuentran en la cuarta edad. La enfermedad de Alzheimer y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) se constituyen en dos de las principales formas de incapacidad que conducen a la necesidad de prestar cuidados familiares; la primera, llamada la “enfermedad del siglo”, constituye una enfermedad degenerativa crónica que lleva a la más común de las demencias irreversibles entre la población anciana; la segunda, se configura como una importante causa de muerte y se sitúa entre las principales causas de incapacidad en todo el mundo (79).

El estado nutricional evidencia que el 39,3% de ellos está con bajo peso. Según Sancho (2012) y Sorbye (2011), evidencian que el riesgo de desnutrición fue visto como importante, las tasas de incidencia fueron similares en dos estudios estimándose un 12% y un 14% y el alto riesgo de malnutrición en el 46% y el 57%. (80, 81). Benavides detectó una elevada prevalencia de pacientes desnutridos (20%), y en riesgo de desnutrición (52,4%) (82). Las personas con mayor dependencia o enfermedades específicas (cáncer) pueden estar en un riesgo superior de malnutrición (80, 81).

En el 19,7% de esta población de adultos mayores se observaron úlceras por presión, en su mayoría mujeres, coincidente a los resultados de Álvarez y Lorenzo (2011), quienes indican que el riesgo más alto de úlceras por presión es en pacientes mujeres, mayores de 80 años con incontinencia urinaria, trastornos mentales, mala nutrición y malos cuidados profilácticos (83). Varios de estos factores de riesgo se encuentran presente en este grupo de estudio; a pesar de eso, en el 77% de ellos no se evidencian úlceras por presión. Keeling (2014), a través de una revisión bibliográfica, reporta que la incidencia estimada de las úlceras por presión

en la población de atención domiciliaria fue del 14,3%, manifestando que la estrecha supervisión por el cuidador principal y la educación son factores primarios en la reducción de las úlceras (84).

Los resultados con respecto a la percepción de cuidado humanizado de enfermería, se analizaron para determinar si existía alguna asociación entre las diferentes variables, determinando que no existía asociación significativa, entre las características sociodemográficas del cuidador informal, variables sociodemográficas y condicionantes de salud del adulto mayor dependiente. Sin embargo, esto podría ser efecto de la buena evaluación que tuvo el profesional de enfermería en esta población, por lo que la asociación de variables con la percepción de cuidado humanizado no se descarta. Frausto y cols. el 2010 realizaron un estudio para averiguar la percepción del familiar acompañante, con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. Los familiares acompañantes cuyo estado civil era casado percibieron que la atención enfermería fue satisfactoria mostrando una asociación significativa. (1)



V. CONCLUSIONES

Esta investigación permitió conocer la visión que experimentan los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, sobre el cuidado humanizado de enfermería en la atención extramural. Observándose que a nivel local, la percepción fue buena, y la comunidad señala al enfermero(a) como un ser cercano. Sin embargo, se necesitan mayores investigaciones indagar, tanto a nivel extramural como intramural, para verificar la relación entre la percepción de cuidado humanizado y variables sociodemográficas, condicionantes de salud, del paciente y del cuidador.

La dependencia funcional aparece como la consecuencia más dramática de todo el fenómeno de envejecimiento. El padecimiento de enfermedades crónicas, el deterioro físico y psíquico que acompaña algunas ocasiones al proceso de envejecimiento, constituyen los dos factores fundamentales que explican la aparición de problemas de dependencia entre la población anciana.

Asimismo, los problemas de dependencia por grupos etarios no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad, alrededor de los 80 años, en que dicho aumento se acelera notablemente.

La dependencia es una carga social y familiar, y al mismo tiempo abre un nuevo campo de intervención social que pone a prueba la capacidad de la sociedad y de sus instituciones para adaptarse a las nuevas realidades de fragilidad social. Si bien, se han hecho esfuerzos como la creación de un programa de postrados, aún hay tareas que están pendientes, sobre todo para los cuidadores informales.

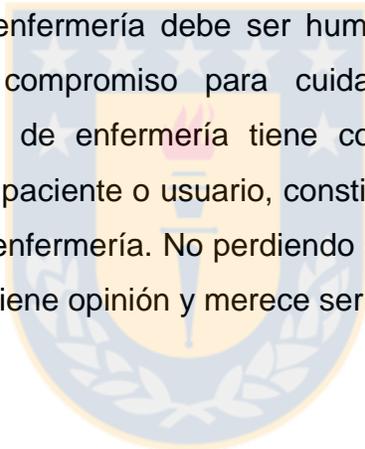
El cuidado realizado por los cuidadores informales en el domicilio es cuantitativa y cualitativamente importante. Se trata, por una parte, de una relevancia cuantitativa, ya que constituyen la casi totalidad de los cuidados de salud realizados en nuestra sociedad y en el mundo, como lo indican diversas investigaciones anteriormente mencionadas donde se confirman que la familia es la principal proveedora de cuidados de salud y en ocasiones constituye la única fuente de cuidados para las personas que los necesitan. Por otra parte, los cuidados informales de salud

ofertados tienen una relevancia cualitativa, asociados al valor de lo íntimo y, por tanto, fácilmente aceptados por la persona a cuidar.

Enfermería aparece como el profesional de referencia para atender o ayudar a la persona dependiente y al sistema informal en los cuidados necesarios para la asistencia de larga duración, por lo que los planes de cuidado deben estar destinados al adulto mayor con dependencia así como al cuidador. Además no se debe olvidar de que este último, en la mayoría de los casos, no recibe la ayuda necesaria del resto de la familia, por lo que enfermería debe ser el instrumento de sanación, en el cual él pueda confiar y apoyarse.

Como señalaba Watson el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana.

Un verdadero cuidado de enfermería debe ser humanizado, involucrando valores, empatía, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones y consecuencias. El cuidado de enfermería tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente o usuario, constituyéndose en la estructura viva del ejercicio profesional de enfermería. No perdiendo de vista que ese otro al cual se atiende es persona, la cual tiene opinión y merece ser escuchada.



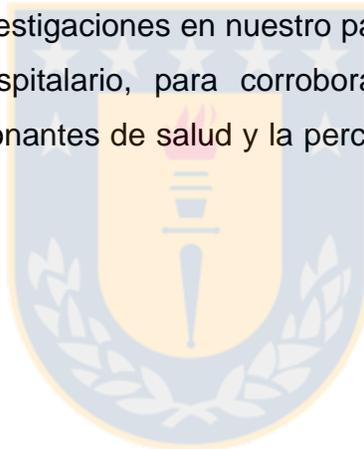
VI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Burocracia en los permisos éticos que limitó el tamaño de la población de estudio.

Al momento de aplicar el cuestionario, se hacía necesario diferenciar claramente a la enfermera(o) del resto del equipo, ya que existía confusión por parte de los cuidadores informales. Lo que implica que enfermería debe empoderarse de su rol, para ser reconocido por la sociedad.

VII. SUGERENCIAS

Continuar desarrollando investigaciones en nuestro país y en el mundo, tanto a nivel comunitario, como intrahospitalario, para corroborar la relación entre variables sociodemográficas, condicionantes de salud y la percepción de cuidado humanizado de enfermería.



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ramos Frausto V.M., Rico Venegas R.M., Martínez P.C.. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2012 Ene [citado 2015 Abr 17] ; 11(25): 219-232. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100013&lng=es.
- (2) Vásquez ML. Desarrollo conceptual en enfermería: evolución, tendencias y desafíos. *Avanc Enferm* [revista en la Internet]. 2006 [citado 2015 Abr 17]; 24 (1): 73-81. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv1_9.pdf
- (3) Arriaga I. La crisis de cuidado en Chile. proyecto de CEM-Chile e INSTRAW. ponencia en el Seminario “Construyendo redes: Mujeres latinoamericanas en las cadenas globales de cuidado. INSTRAW-CEM Nov. 2009. Disponible en http://www.cem.cl/proyectos/documentos/Arriagada_crisis.pdf
- (4) Giraldo Molina C., Franco Agudelo G.. Calidad de vida de los cuidadores familiares: Life Quality among Family Carers. *Aquichán* [serial on the Internet]. 2006 Oct [cited 2015 Apr 16] ; 6(1): 38-53. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100005&lng=en.
- (5) Rojas Ocaña M. La intervención enfermera como instrumento de formación en cuidados y autocuidados de personas mayores en el espacio domiciliario. [Tesis doctoral]. Huelva: Departamento de Educación, Universidad de Huelva; 2012.
- (6) Chile y sus mayores 2013. Resultados tercera encuesta nacional de calidad de vida en la vejez. Disponible en:

<http://www.senama.cl/filesapp/Chile%20y%20sus%20mayores%202013,%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida.pdf>

- (7) SENAMA. Estudio nacional de dependencia en las personas mayores. Chile. [acceso 22 de abril 2014] Disponible en: http://www.microdatos.cl/docto_publicaciones/Estudio_Dependencia_Personas_Mayores.pdf.
- (8) División Prevención y Control de Enfermedades Departamento Ciclo Vital: Programa Adulto Mayor Unidad de Discapacidad y Rehabilitación. Norma De Cuidados Domiciliarios De Personas Que Sufren De Discapacidad Severa. 2006. Disponible en: [file:///C:/Users/op/Desktop/NORMA%20POSTRADOSen%20domicilio%20pdf%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/op/Desktop/NORMA%20POSTRADOSen%20domicilio%20pdf%20(1).pdf)
- (9) Espinoza K. Proceso de enfermería en cuidadores/as informales. [diapositiva]. Concepción: Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción. 2012. 25 diapositivas.
- (10) Gamba N, Vargas E. Validez de contenido y validez facial del instrumento Percepción de comportamientos de cuidado humanizado. *av.enferm.* [online]. 2008 [citado 2014 Abr 28] 2008: 26, (2) . Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12900>
- (11) Rivera L., Triana A., Espitia S. ¿Por qué hablamos de cuidado humanizado en enfermería? El cuidado de enfermería y las metas del milenio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012. p.267 – 280.
- (12) Bermejo JC. Salir de la noche. Por una enfermería humanizada. Santander: Sal Terrae; 1999.
- (13) Hernández D., Flores S. Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. *Rev. Enferm IMSS*.

- [online]. (2002) [citado 2015 Abr 17] 10 (3): 125-129. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim023b.pdf>
- (14) Acuña L. Humanización en el cuidado de enfermería. Experiencia en la Terapia Intensiva DLA. IV Jornada de Enfermería Swiss Medical Group. Argentina [Monografía en Internet] 2005 [consultado el 03 diciembre 2013]. Disponible en: http://www.cymasa.com.ar/frontend/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion_Acu%C3%B1a.pdf
- (15) Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición. Madrid: Espasa Capel S.A. ; 2001.
- (16) Salas M. Una introducción a la naturaleza del cuidado. *Cultura de los cuidados* 2004; 7(15): 43-48.
- (17) Calvo-Gil María Julia, Ayala-Valenzuela Ricardo, Holmqvist-Curimil Moira, Molina-Díaz Cecilia. Aspectos axiológico-culturales de la ética y el cuidado. *Acta bioeth.* [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Mar 11]; 17(1): 133-141. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000100015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100015>.
- (18) Agramonte del Sol Alain, Leiva Rodríguez Joel. Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 2015 Marzo 11]; 23(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100003&lng=es.
- (19) Mayeroff, M. *On Caring*. 1971. New York: Harper & Row, Publishers.

- (20) Marriner Toney, Ann modelos y teorías de enfermería 4ª edición. Edit. Harcourt Brace. España. 2012.
- (21) Leddy S y Pepper J. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Londres : J B Lippincott. 1984.
- (22) Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. In.: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98.
- (23) Waldow V. Cuidado humano. El rescate necesario. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.
- (24) Zea L. Cuidar de otros: Condición Humana y Esencia de una Profesión. Rev. Investigación y educación en enfermería. [Internet].2003 [citado 11 de marzo 2014]; 21 (2): p154-158. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105217944012>
- (25) Torralba F. Constructos éticos del cuidar. Enferm Intensiva. 2000; 11(3):136-41. Disponible en:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE&exprSearch=11272996&indexSearch=UI&lang=i>
- (26) Ramiró A. Valores y actitudes profesionales. Estudio sobre la práctica profesional enfermera en Catalunya (Tesis doctoral) Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona; 2005.
- (27) Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: caritative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto contexto - enferm [online] 2007; 16 (1): 129-135. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100016&script=sci_arttext

- (28) Favero L, Meier MJ, Lacerda MR, Mazza VA, Kalinowski LC. Jean Watson's Theory of Human Caring: a decade of Brazilian publications [Portuguese]. ACTA PAUL ENFERMAGEM 2009 03; 22 (2):213-218.
- (29) Gallagher-Lepak S, Kubsch S. Transpersonal caring: a nursing practice guideline. Holist Nurs Pract 2009 05; 23(3):171-182.
- (30) Watson Caring Science Institute & International Caritas Consortium [Internet]. BeezDezines; Watson Caring Science Institute. [consultado 9 de abril 2015]. Disponible en: <http://watsoncaringscience.org/wp-content/uploads/2014/01/oBREGON-spanish.pdf>
- (31) Poblete-Troncoso Margarita del Carmen, Valenzuela-Suazo Sandra Verónica, Merino José Manuel. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. Aquichán [serial on the Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Apr 17] ; 12(1): 8-21. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000100002&lng=en.
- (32) Poblete, M., Valenzuela, S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm [revista en la Internet]. 2007 [citado 2015 Mar 11] ; 20(4)499-503.
- (33) Alvis T y Muñoz S. experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización.(trabajo de grado Especialización de enfermería cardiorrespiratoria). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Bogotá, 2001.
- (34) Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Actual Enferm. [Internet]. 2007 [fecha de consulta]; 10 (4): 15-21. Disponible en: [biblioms.dyndns.org/libros/enfermeria/CUIDADO HUMANIZADO DE](http://biblioms.dyndns.org/libros/enfermeria/CUIDADO_HUMANIZADO_DE)

ENFERMERIA VISIBILIZANDO LA TEORIA Y LA INVESTIGACION EN LA PRACTICA.pdf

- (35) Merton, R. Teoría y estructuras sociales. México: D.F: Editorial Fondo de Cultura Económica 1992.
- (36) Arcuri, L. Conocimiento social y procesos psicológicos. Barcelona: Herder. 1988.
- (37) Novaes MA, Knobel E, Bork AM, Pavao OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz M. S. Tressors In ICU: perception of de patient, relatives and health care team. Intensive Care Med. (1999); 25:1421-6.
- (38) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas Ginebra: OMS; 2014. Serie de Informes Técnicos: disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- (39) Centro de Nutrición Molecular y Enfermedades Crónicas Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2014. Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas.php
- (40) Zabala M. Enfermedades no Transmisibles ENTs [diapositiva]. Concepción: Departamento de Enfermería Universidad de Concepción. 2011. 30 diapositivas.
- (41) Brown, R. T., Daly, B. P., y Rickel, A. Enfermedades crónicas en niños y adolescentes. México: 2008. El Manual Moderno.
- (42) Aimar Ángela Noemí Magdalena. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. Index Enferm [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2014 Mar 12] ; 18(2): 111-115. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200009&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200009&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000200009>

- (43) Collin C, Davis S, Horne V, Wade DT. Reliability of the Barthel ADL Index. *Int J Rehab Res* 1987; 10: 356-357.
- (44) Ramos M. Índice de Barthel. [diapositiva]. Santiago: Minsal. 2013. 19 diapositivas.
- (45) Subsecretaria de redes asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red: Minsal. 2013 <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cd34d7da59bfbd48e0400101650154ea.pdf>
- (46) Espín A, Leyva B, Vega E, Simón M, Arencibia H. Ochoa J, Rodríguez L, García M, López M, Diéguez D, Suárez Z. Como cuidar mejor. Manual para personal cuidadoras de personas dependientes. [acceso 20 de abril de 2014] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como_cuidar_mejor.pdf
- (47) Calero M y García A. El impacto del cuidador principal en el deterioro funcional y cognitivo del anciano hospitalizado *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* [revista en la Internet] 2012 [citado 2014 Abril 20]; 2 (2): 41-52. Disponible en: <http://www.ejihpe.es/index.php/journal/article/download/13/pdf>.
- (48) Prieto Rodríguez M^a Ángeles, Gil García Eugenia, Heierle Valero Cristina, Frías Osuna Antonio. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria: Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. *Rev. Esp. Salud Publica* [revista en la Internet]. 2002 Oct [citado 2014 Abr 21] ; 76(5): 613-625. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500021&lng=es.
- (49) León Román Carlos Agustín. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2014 Mar 06] ; 22(3):. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es

- (50) Rivera L y Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. Av. Enferm. [revista en la Internet]. 2007. [Citado 10 enero 2014]; 25 (1): 56-68. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf
- (51) Bautista L. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichán [serial on the Internet]. 2008 Apr [cited 2014 Mar 06] ; 8(1): 74-84. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100007&lng=en
- (52) Mejía M. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. Index Enferm [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2014 Mar 12] ; 17(4): 231-235. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400002&lng=es.
- (53) Burgos J, Quinteros D, Acevedo F. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. [tesis]. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2009. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>
- (54) Hernández L., Zequeira D., Miranda Guerra Amauri de Jesús. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Abr 28] ; 26(1): 30-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100007&lng=es.

- (55) Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Rev Esp [revista en la Internet]. 2010 [citado 2014 Abr 28] ; 13(5): 2010. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.pdf
- (56) Gil A. Percepción del cuidado de enfermería en el Hospital Real "Nuestra Señora de Gracia". [tesis]. España: 2012.
- (57) Espinoza K., Jofre V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2012 Ago [citado 2015 Abr 17]; 18(2): 23-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>.
- (58) Romero E, Contreras I, Pérez Y, Moncada A, Jimenez V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. Rev.cienc.biomed. [revista en la Internet]. 2010 [citado 2014 Abr 28] 2013:4(1):60-68. Disponible en: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/article/view/252>
- (59) Rivera L., Espitia S., Triana A. Análisis de la información del instrumento PCHE 2ª Versión. Archivo Word. 2011:1-3.
- (60) Rivera L., Triana A., Espitia S. Validez de contenido y validez facial del instrumento percepción del cuidado humanizado de enfermería. Bogotá. 2014.
- (61) Marilaf M. Percepción que tiene el paciente postrado, el cuidador y los integrantes del equipo de salud sobre la atención que se le brinda al paciente postrado perteneciente al consultorio rural Belarmina Paredes de Futrono. [Tesis]. Valdivia: Facultad de Medicina. Universidad Austral; 2002.

- (62) Cazanave A, Ferrer X, Castro S, Cuevas S. El Familiar cuidador de paciente con SIDA y la toma de decisiones en salud. Rev Chilena Infectol. [revista en la Internet]. 2005 [citado 2015 Abr 10]; 22(1): 51-57. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scieloOrg/php/similar.php?lang=es&text=El%20Familiar%20cuidador%20de%20paciente%20con%20SIDA%20y%20la%20toma%20de%20decisiones%20en%20salud>
- (63) Puig Llobet M. Cuidados y calidad de vida en vilafranca del penedès: Los mayores de 75 y más años atendidos por el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadores familiares. [Tesis]. Barcelona: Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Universidad de Barcelona; 2009.
- (64) Gonzales J, Quintero M. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. [Tesis]. Bogotá: Facultad de Enfermería. Pontificia Universidad Javerina; 2009.
- (65) Vaquiro Rodríguez S., Stiepovich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2010 Ago [citado 2015 Abr 17]; 16(2): 17-24. Disponible en:
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200002&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200002&lng=es) [http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002.](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002)
- (66) Barros P., Neves M. Características de idosos acometidos pela doença de Alzheimer e seus familiares cuidadores principais. Rev. Eletr. Enf. [revista en la Internet]. 2012 oct/dec [citado 2015 Abr 17]; 14(4):857-65. Disponible en: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a14.pdf
- (67) Jofré V., Mendoza S. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2015 Abr 24] ; 11(1): 37-49. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100005&lng=es.

- (68) Pérez A. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. [Internet]. Salamanca: Universidad de Salamanca, Programa: La enfermedad: su dimensión personal y condicionantes culturales; 2006. [citado 24 abril 2015]. Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/CD%20Tesis/Tesis%20Anibal/tesina%20cuidadores06.pdf>
- (69) Burgos P, Figueroa V, Fuentes M, Quijada I, Espinoza E. Caracterización y nivel de conocimiento de cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al Centro de Salud Violeta Parra –Chillán. Theoria [Internet]. 2008; [citado 24 abril 2015]; 17 (2): 7-14. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v17-2/1.pdf>
- (70) Espin A. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cub Salud Pública. [revista en la Internet].2008 [citado 2015 Abr 17], 34(3): 1-12. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_3_08/spu08308.htm
- (71) Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo Chile [Internet]. Chile; [citado 2015 Abr 17]. disponible en: <http://www.cl.undp.org/> umano.
- (72) Rogero J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de Mayores y Servicio Sociales; 2009. Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>
- (73) Torres Egea P, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD, Gejo Bartolomé A. Programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores informales en salud. Nursing. . [revista en la Internet] 2008 [citado 2015 Abr

- 17]; 26 (6): 56-61. Disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/34075/1/599528.pdf>
- (74) Parlay Coss L., Riveri Bell R., Páez J., Ramos Batista L. Índice de independencia de paciente con Accidente Vascular Encefálico. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2015 Abr 17] ; 26(4): 206-221. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400006&lng=es.
- (75) Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2013 Adultos Mayores Síntesis de Resultados. Disponible en:
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf
- (76) Takase L., Mendes M., Martins M., Modesto S., Zunino R. La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [revista en la Internet]. 2011 mayo-junio [citado 2015 Abr 17] ; 19(3):[09 pantallas] Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_03.pdf
- (77) Corporación de Alzheimer Chile [Internet]. Recoleta: c1992 [citado 2015 Abr 17]. Disponible en: <http://www.corporacionalzheimer.cl/index.php>
- (78) Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica De Chile. [Internet]. *Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; Boletín de la escuela de medicina Demencia*. 2000 [citado 2015 Apr 21]; 29. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/Demencia.html>
- (79) Sotto Mayor M., Ribeiro O., Constança P. Percepción de la satisfacción de cuidadores de personas con demencia y de cuidadores de personas con AVC. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2009 Oct [cited 2015 Apr 21] ; 17(5): 620-624. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692009000500004&lng=en.
11692009000500004.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000500004>.

- (80) Sancho A, Albiol R, Mach N. [Relationship between nutritional status and the risk of having pressure ulcers in patients included in a home care program]. *Aten Primaria*. 2012;44(10):586–594. Spanish.
- (81) Sørbye LW. Cancer in home care: unintended weight loss and ethical challenges. A cross-sectional study of older people at 11 sites in Europe. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53(1):64–69.
- (82) Benavides Ruiz, A. Desnutrición en pacientes en atención domiciliaria / Malnutrition of homecare patients *Aten. prim*. Barcelona: 34(5):238-243, sept. 2004
- (83) Álvarez de la Cruz C., Lorenzo M. Cuidados de enfermería en una población geriátrica con riesgos de úlcera por presión. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2011 Jul [citado 2015 Abr 21] ; 10(23): 172-182. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300012>.
- (84) Keeling D. Homecare user needs from the perspective of the patient and carers: a review. *Smart Homecare Technology and TeleHealth*. [revista en la Internet]. 2014 jul [citado 2015 Abr 21] :2 63–76. Disponible en: <http://www.dovepress.com/homecare-user-needs-from-the-perspective-of-the-patient-and-carers-a-r-peer-reviewed-article-SHTT>

IX. ANEXOS

9.1. ANEXO 1: DEFINICIÓN DE VARIABLES

9.1.1. Variable dependiente

Percepción De Cuidado Humanizado

Definición Nominal: definiéndolo como un proceso mental, mediante el cual el paciente y profesional de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del mismo y categorizan seis comportamientos de cuidado humanizado: dar apoyo emocional, dar apoyo físico, empatía, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad, priorizar al ser cuidado.

Definición Operacional: Según puntuación total del instrumento aplicado:

- Nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre



9.1.2. Variables Independientes

9.1.2.1. Variables Sociodemográficas del Cuidador Informal

Edad

Definición Nominal: Intervalo de tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el día de aplicado el instrumento.

Definición Operacional: En grupos etarios

- Hasta los 30 años
- 31 – 40 años

- 41 – 50 años
- 51 – 60 años
- 61- 70 años
- 71 y más

Sexo

Definición Nominal: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos; diferenciación basada en los órganos genitales sexuales.

Definición Operacional: Categorización de hombre o mujer según rasgos físicos observables.

Nivel Educativo

Definición Nominal: Cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Se corresponden con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico-evolutivo.

Definición Operacional: Los niveles educativos corresponden a

- Educación general básica incompleta
- Educación general básica completa
- Educación media incompleta
- Educación media completa
- Educación técnica de nivel superior incompleta
- Educación técnica de nivel superior completa
- Educación superior universitaria incompleta
- Educación superior universitaria completa

Ingresos

Definición Nominal: Remuneración regular asignada por el desempeño de un cargo o servicio profesional.

Definición Operacional: Por quintiles

- 1° Quintil: \$0 a \$74.969 per cápita
- 2° Quintil: \$74.970 a \$125.558 per cápita
- 3° Quintil: \$125.559 a \$193.104 per cápita
- 4° Quintil: \$193.105 a \$352.743 per cápita
- 5° Quintil: Desde \$352.774 per cápita

Trabajo Complementario

Definición Nominal: Empleo u oficio remunerado.

Definición Operacional: En dos categorías:

- Si
- No



Tiempo libre Semanal

Definición Nominal: Tiempo de ocio y esparcimiento en una semana.

Definición Operacional: Tiempo de ocio y esparcimiento medido en horas, durante una semana.

Tipo de relación

Definición Nominal: Persona o instituciones que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia; dedicando gran parte de su tiempo y esfuerzo ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional (entendida en sentido amplio) les impone.

Definición Operacional: Se categorizará en:

- Esposo(a)
- Hijo(a)
- Hermano(a)
- Abuelo(a)
- Otro

9.1.2.2. Variables Del Adulto Mayor Con Dependencia Severa

Edad

Definición Nominal: Intervalo de tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el día de aplicado el instrumento.

Definición Operacional: En grupos etarios

- 65 a 69 años
- 70-74 años
- 75-79 años
- 80-84 años
- 85 y más

Sexo

Definición Nominal: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos; diferenciación basada en los órganos genitales sexuales.

Definición Operacional: Categorización de hombre o mujer según rasgos físicos observables.

Tipo de ingreso

Definición Nominal: Remuneración regular asignada por el desempeño de un cargo o servicio profesional.

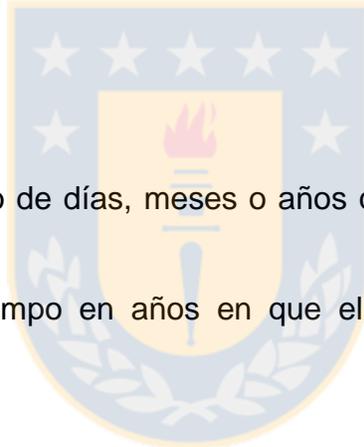
Definición Operacional

- Jubilación
- Pensión Asistencial
- Pensión de Invalidez
- Pensión de Viudez
- Seguro

Tiempo de postración

Definición Nominal: Número de días, meses o años que el paciente es dependiente severo.

Definición Operacional: Tiempo en años en que el adulto mayor es dependiente severo.



Enfermedad crónica asociada

Definición Nominal: Es una alteración del estado de salud, que no puede ser curado por un simple procedimiento quirúrgico o por una corta terapia médica.

Definición Operacional:

- Hipertensión
- Dislipidemia
- Diabetes mellitus
- Enfermedad renal crónica
- Hipotiroidismo

- Insuficiencia respiratoria crónica
- Neoplasia
- Alzheimer
- Otra

Causa de la dependencia

Definición Nominal: combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes que genera pérdida de autonomía en la realización de actividades de la vida diaria.

Definición Operacional

- Cardiovascular
- Neurológica
- Fractura de Caderas
- Otra



Estado Nutricional

Definición Nominal: Balance entre lo ingerido y lo requerido por el organismo.

Definición Operacional:

- Bajo peso
- Normal
- Sobrepeso
- Obeso

Presencia de UPP

Definición Nominal: lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, y producidas por una presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Definición Operacional:

- Si y el grado (1,2,3,y 4)
- No



9.2. ANEXO 2: ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL INSTRUMENTO

ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL Instrumento: **Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Segunda Versión.**

Con el presente acuerdo las(os) receptoras(es) del INSTRUMENTO: **Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- Segunda Versión**

Reciben autorización para su uso en la Investigación: "**Percepción de los Cuidadores Informales respecto al Cuidado otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes.**" por parte de los autores del mismo de acuerdo con los parámetros abajo pactados:

1. El Instrumento: "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- 2ª versión**", de autoría de los enfermeros Nelly Rivera, Sonia Espitia y Álvaro Triana, es el producto del proceso de validación facial y de contenido del Instrumento: "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE-**, aplicado en investigación en la Clínica del Country, Bogotá-Colombia, en 2005.
2. Las(os) receptoras(es) del instrumento, Enfermeras(os): **Camila Chávez Molina y Magali Rodríguez Vidal**, se comprometen a citar el origen del Instrumento "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE 2ª versión**" en cualquier informe, publicación o evento en el que se utilice.
3. El instrumento: "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- 2ª versión**", se permite aplicar con el propósito académico e investigativo, y excluye cualquier utilización comercial.
4. Cualquier modificación en el instrumento: "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- 2ª versión**", debe ser autorizado por los autores del instrumento.
5. Los resultados del uso del instrumento: "**Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- 2ª versión**", serán entregados de forma escrita y detallada, al finalizar la investigación, *Percepción de los Cuidadores Informales respecto al Cuidado otorgado por Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes.*", a los autores del instrumento.

6. La firma de este documento compromete ética y legalmente a las partes.

Dado en Bogotá, el 16 de septiembre de 2014.

Firman en conformidad:

En calidad de autores:


LUZ NELLY RIVERA ALVAREZ
Profesora asociada Facultad de enfermería Facultad de enfermería
Universidad Nacional de Colombia

ALVARO TRIANA
Enfermero
Bogotá-Colombia

SONIA ESPITIA
Enfermera Clínica del Country

En calidad de investigadores:


Nombres y apellidos: Magali Estela Rodríguez Vidal.
Documento de identificación: CI: 7091349-6
Docente: Profesor Asociado, Magister en Enfermería, Especialista en Diálisis y
Trasplante renal Universidad de Concepción.
Universidad y facultad que dirige la investigación: Universidad de Concepción,
Facultad de Medicina, Departamento Enfermería
Ciudad. País: Concepción Chile

Nombres y apellidos: Camila Antonia Chávez Molina
Documento de identificación CI : 17686806-6
Estudiante: Enfermera Universitaria, Candidata a Magister
Universidad y facultad que dirige la investigación: Universidad de Concepción,
Facultad de Medicina, Departamento Enfermería
Ciudad. País: Concepción Chile



9.3. ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación

“Percepción de los Cuidadores Informales Respecto al Cuidado Otorgado por el Enfermeras/os de Adultos Mayores Dependientes”

Yo (Nombre completo opcional):

Admite conocer el objetivo de esta investigación, que es conocer la relación entre las características sociodemográficas y la percepción de cuidado humanizado de enfermería de los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia severa del CESFAM de la comuna de Concepción año 2015.

Se hace necesario destacar que:

Su participación consiste en responder una serie de preguntas, conformada por tres ítems el primero corresponde a datos sociodemográficos, el segundo, a los datos sociodemográficos del paciente postrado y el tercero al cuestionario “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería segunda versión”.

El negarse a participar no implica sanción alguna ni pérdida de prestaciones por parte del CESFAM y puede suspender su participación en cualquier momento.

La información que entregue, será manejada sólo por los investigadores bajo absoluta reserva y confidencialidad.

Se informará al participante todos los hallazgos nuevos e importantes que salgan a la luz durante la realización de la investigación que puedan afectar la voluntad de seguir participando en el estudio

Los riesgos de esta investigación son mínimos; se espera que los resultados del estudio, en la cual usted participa, aporten valiosa información a los profesionales que colaboran en el cuidado de la salud de pacientes postrados.

Los resultados serán publicados sin considerar los nombres de quienes participen en el estudio.

De tener dudas sobre su participación en este estudio, puede contactar a la enfermera encargada de esta investigación, Srta. Camila Chávez al e-mail camichavez13@gmail.com y al fono 66967761. Además, para las preguntas relacionadas con los derechos como sujeto de investigación, o quejas relacionadas con el estudio puede contactar al Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, a través del e-mail lilianaortiz@udec.cl, fono (41) 2207083.

Antes de firmar este documento, todas sus inquietudes referentes a la investigación fueron aclaradas; por lo que voluntariamente acepta participar en este estudio y entiende que tiene el derecho a retirarse en cualquier momento sin afectar de ninguna manera su condición de usuario de este CESFAM

FIRMA

9.4. ANEXO 4: INSTRUMENTO

Cuestionario percepción de Cuidado Humanizado del Cuidador Informal

INSTRUCCIONES

Estimado (a): Solicitamos su colaboración para conocer la percepción que tiene usted respecto al cuidado humanizado de enfermería, para lo cual deberá dar respuesta a las preguntas que se le realizarán a continuación:

ITEM I.- Datos Sociodemográficos Del Cuidador Informal

- Edad

- Sexo

Mujer	<input type="checkbox"/>
Hombre	<input type="checkbox"/>

- Estado Civil

Soltero/a	<input type="checkbox"/>
Casado/a	<input type="checkbox"/>
Unido/a de hecho	<input type="checkbox"/>
Divorciado/a	<input type="checkbox"/>
Separado/a	<input type="checkbox"/>
Viudo/a	<input type="checkbox"/>



- Nivel educativo alcanzado

Sin instrucción	
Educación general básica incompleta	
Educación general básica completa	
Educación media incompleta	
Educación media completa	
Educación técnica de nivel superior incompleta	
Educación técnica de nivel superior completa	
Educación superior universitaria incompleta	
Educación superior universitaria completa	

- Ingresos del hogar en pesos

\$

- Número de integrantes del grupo familiar

- Trabajo complementario (a parte de su rol como cuidador)

- Tiempo libre en la semana (horas)

- Relación con la persona que cuida (parentesco)

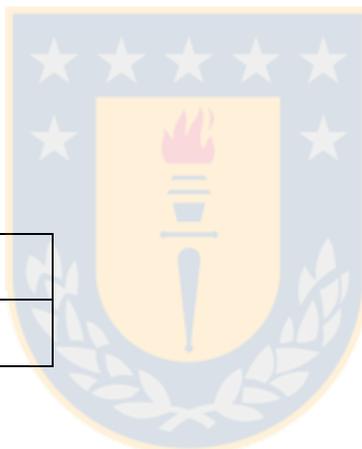
Cónyuge	
Padre/madre	
Hermano(a)	
Abuelo(a)	
Otro	

ÍTEM II.-Datos del Adulto Mayor Dependiente a su Cuidado

- Edad

- Sexo

Mujer	
Hombre	



- Recibe ingreso:

Si	
No	

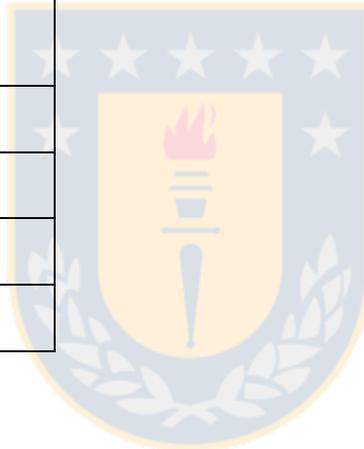
- Tipo de ingreso que recibe

- Tiempo de postración en años

--

- Enfermedad crónica asociada

Hipertensión arterial	
Dislipidemia	
Diabetes Mellitus	
Enfermedad renal crónica	
Insuficiencia respiratoria crónica	
Neoplasia	
Hipotiroidismo	
Alzheimer	
Otra	



- Causa de dependencia

Cardiovascular	
Fractura de caderas	
Neurológica	
Neoplasia	
Otra	

- Estado nutricional

Enflaquecido	
Normal	
Sobrepeso	
Obeso	

- Presencia UPP

No	
Si	
Estadio/Grado	



ÍTEM III.- PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) SEGUNDA VERSIÓN

A continuación le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado de la/el Enfermera/o hacia el adulto mayor que está bajo su responsabilidad.

ITEM	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Le hacen sentir como ser humano.				
2. Son amables en el trato.				
3. Muestran interés por brindarle comodidad física.				
4. Cuando le hablan no lo miran a los ojos.				
5. Toman tiempo para aclararle las inquietudes.				
6. Cuando se dirigen a usted se siente cuidado(a).				
7. La presencia del personal de enfermería le hace sentir tranquilo(a).				
8. El cuidado de enfermería genera un ambiente de confianza.				
9. Facilitan el diálogo.				
10. Olvidan explicarle anticipadamente los procedimientos.				
11. Responden a sus preguntas con seguridad				
12. El personal de enfermería no informa de su nombre antes de realizarle los cuidados.				
13. Le dedican el tiempo				

necesario.				
14. Dan indicaciones sobre su autocuidado de manera oportuna.				
15. El personal de enfermería emplea un tono de voz sereno al explicarle los cuidados.				
16. No le llaman por el nombre.				
17. Se muestran respetuosas (os) con sus creencias y valores.				
18. Atienden sus necesidades básicas (Baño, eliminación, alimentación), oportunamente.				
19. Le proporcionan información oportuna y suficiente para que pueda tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.				
20. El personal de enfermería está pendiente de usted.				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento.				
22. Responden con lentitud al llamado.				
23. Identifican sus necesidades de tipo: físico, psicológico y espiritual.				
24. Le escuchan atentamente.				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado				

de ánimo.				
26. Su cuidado es cálido y delicado.				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico.				
28. Su cuidado es responsable.				
29. Respetan sus decisiones.				
30. Le animan para que las(os) llame en caso de que necesite algo.				
31. No respetan su intimidad				
32. Le administran el tratamiento prescrito a tiempo.				

En este espacio señale aquellos comportamientos de la enfermera(o) que a su modo de ver son importantes para su cuidado y, que no se mostraron en la encuesta -----

GRACIAS

Instrumento elaborado y validado por Sonia Espitia, Álvaro Triana y Luz Nelly Rivera. Departamento de Enfermería, Clínica del Country. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia, 2010.