

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



**BIENESTAR PSICOLÓGICO Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO
DEL CUIDADOR FAMILIAR DE ADULTOS MAYORES.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA

DANIELA CAROLINA MARÍN BUSTAMANTE

**PROFESOR GUÍA: MANUEL PELAYO CASTRO SALAS
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

CONCEPCIÓN, CHILE.

2016

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

DIRECCION DE POSTGRADO

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

Profesor Guía: Manuel Castro Salas.

Profesor asociado, Magister en Enfermería.

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Manuel Castro Salas

Profesor asociado, Magister en Enfermería.

Daisy Vidal Gutiérrez

Profesora asociada, Magister en Salud Pública.

Mónica Burgos Moreno

Profesora asociada, Doctora en Enfermería.

Directora Programa Magíster: _____

Sandra Valenzuela Suazo

Doctora en Enfermería

<< Quien vive la fortaleza de la gratitud es consciente de la importancia de dar las gracias. Es saber que las cosas buenas que se viven, no son por azar, sino que ocurren por la realización propia como también por ayuda de otros. Ser agradecido alimenta el alma, otorgando tranquilidad y felicidad >>

A mi familia por siempre estar apoyándome y creyendo en mí.

A Andrés por el apoyo constante, el amor y las energías entregadas a diario, que me ayudaron a terminar este proyecto.

A mis amigos de la vida y la danza, por los tiempos de risas, distracción y apoyo que han permitido también el cierre de una etapa.

A mis compañeras del Programa de Magister, por haber tenido esta ocasión de conocerlas y por el apoyo mutuo en este proceso.

A todos mis docentes y colegas, han sido parte fundamental en mi desarrollo profesional y personal.

Dedicatoria.



A mi madre que siempre se ha preocupado de mi crecimiento profesional y bienestar, y a mi padre que desde arriba me acompaña siempre.

TABLA DE CONTENIDOS.

	Página
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE CUADROS	viii
LISTA DE TABLAS	ix
LISTA DE GRAFICOS	xii
Resumen	xiii
1. INTRODUCCION	1
2. ANTECEDENTES TEORICOS	5
2.1 - Cuidador familiar	5
2.2 - Índice de Barthel	9
2.3 - Bienestar Psicológico	12
2.4 - Apoyo Social	14
3. ANTECEDENTES EMPIRICOS	16
4. OBJETIVOS	21
4.1 - General	21
4.2 - Específicos	21
5. HIPÓTESIS	21
6. VARIABLES	22
7. MATERIALES Y MÉTODO	25
7.1 - Población en estudio	25
7.2 - Diseño de estudio	26
7.3 - Recolección de datos	26
7.4 - Descripción del instrumento	27
8. CONSIDERACIONES ETICAS	28
9. RESULTADOS	31



	Página
10. DISCUSIÓN	51
11. CONCLUSIONES	54
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
13. ANEXOS	63
13.1 - Anexo 1: Consentimiento informado.	63
13.2 - Anexo 2: Escala de apoyo social.	66
13.3 - Anexo 3: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.	68
13.4 - Anexo 4: Cuestionario de variables sociodemográficas.	73



LISTA DE FIGURAS.

FIGURA 1: Conceptos asociados al cuidador.

Página

5



LISTA DE CUADROS.

	Página
CUADRO 1: Conceptos operativos del término cuidador encontrados en la literatura.	6
CUADRO 2: Índice de Barthel, grados de dependencia según puntaje.	11
CUADRO 3: Definición de variables del estudio “Bienestar Psicológico y Apoyo Social Percibido en el cuidador/a familiar de adultos mayores”	22



LISTA DE TABLAS.

	Página
TABLA 1: Fiabilidad escala Apoyo Social Percibido, aplicada al cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	31
TABLA 2: Fiabilidad escala Bienestar Psicológico, aplicada al cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	32
TABLA 3: Convivencia del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	33
TABLA 4: Escolaridad en años del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	34
TABLA 5: Distribución de la escolaridad según nivel de estudios del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	34
TABLA 6: Relación entre escolaridad y sexo del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	35
TABLA 7: Frecuencia mensual de actividad recreativa del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	38
TABLA 8: Parentesco del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	39
TABLA 9: Distribución por sexo del parentesco del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	39
TABLA 10: Tiempo al cuidado en años del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	40

TABLA 11: Tiempo de atención directa en horas al día del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	41
TABLA 12: Relación entre horas de atención directa al día y trabajo remunerado o no del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	41
TABLA 13: Estadísticos de la escala Apoyo Social Percibido del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	42
TABLA 14: Estadísticos de la escala Bienestar Psicológico del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	43
TABLA 15: Correlación entre apoyo social y variables sociodemográficas del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	45
TABLA 16: Comparación de medias apoyo social y variables sociodemográficas del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	46
TABLA 17: Correlación entre bienestar psicológico y variables sociodemográficas del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	47
TABLA 18: Comparación de medias bienestar psicológico y variables sociodemográficas del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	48
TABLA 19: Relación entre la percepción de apoyo social y el bienestar psicológico referido del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	48
TABLA 20: Relación entre la percepción de apoyo social y las dimensiones del bienestar psicológico del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	49

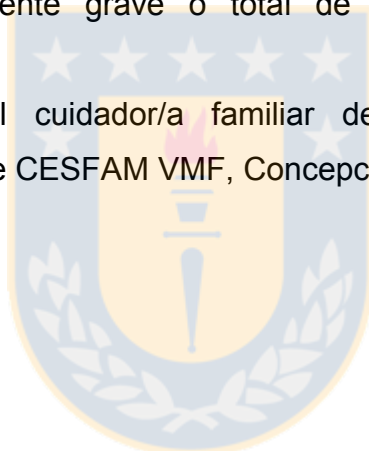
TABLA 21: Relación entre apoyo social global y bienestar psicológico, por sexo del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

50



LISTA DE GRÁFICOS.

	Página
GRAFICO 1: Pertenencia a religión del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	36
GRAFICO 2: Participación en grupos comunitarios del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	36
GRAFICO 3: Distribución de la participación en grupos comunitarios del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	37
GRAFICO 4: Realización de actividad recreativa del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	38
GRAFICO 5: Trabajo del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.	40



Resumen.

Objetivo: Relacionar el nivel de bienestar psicológico y el apoyo social percibido de cuidadores familiares de personas mayores, de la comuna de Concepción, Chile.

Materiales y método: Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y correlacional. La muestra estuvo conformada por 72 cuidadores familiares de usuarios con dependencia grave y total, adscritos al Programa de Atención Domiciliaria del CESFAM Víctor Manuel Fernández. Se registraron las variables sociodemográficas asociadas a la actividad de cuidar, la escala de Bienestar psicológico de Carol Ryff de 39 ítems y la Escala MSPSS de Zimet et al. Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 12.0, realizando estadística descriptiva, análisis de variables y de confiabilidad de las escalas.

Resultados: Los cuidadores/as familiares son principalmente mujeres, esposas o hijas que conviven con la persona que cuidan, sin trabajo remunerado, que ejercen labores de cuidar más de 12 horas al día y llevan en promedio 8 años en esta tarea. Presentan un nivel de bienestar psicológico alto y percepción de apoyo social regular. Se estableció correlación estadísticamente significativa, positiva y directa entre: apoyo social y bienestar psicológico, escolaridad con bienestar psicológico y con apoyo social.

Conclusión: Bienestar psicológico y apoyo social son conceptos que se relacionan entre sí de manera directa en los cuidadores familiares, estando ambos de manera individual asociados directamente con la escolaridad del cuidador. Los enfermeros y enfermeras que trabajan en comunidad deben poner mayor énfasis en promover el bienestar psicológico y apoyo social de los cuidadores, de manera de contribuir a su envejecimiento positivo y evitar la sobrecarga en el cuidado. Deben continuar realizándose investigaciones del ámbito social en salud, que permitan aportar con mayor conocimiento al bienestar de los adultos mayores.

Palabras claves: Bienestar psicológico, apoyo social, cuidadores, cuidador familiar.

Abstract.

Objective: To relate the level of psychological well-being and perceived social support from familiar caregiver of elderly, in the city of Concepción, Chile.

Materials and Methods: Quantitative, descriptive and correlational study. The sample consisted of 72 family caregivers of users with severe and total dependence, attached to the homecare program of CESFAM Victor Manuel Fernandez. Sociodemographic variables associated with caring activity, the scale of Psychological well-being of Carol Ryff of 39 items and the MSPSS scale of Zimet *et al* were described. Data were analyzed using SPSS version 12.0 software, performing descriptive statistics, analysis of variables and reliability of the scales.

Results: Family caregivers are mainly women, wives or daughters who live with the person they care, without remunerated job, performing as caregivers for more than 12 hours a day and with an average of 8 years dedicated to this task. They have a high level of psychological well-being and a regular perception of social support. Also, there are statistically significant relationships between scholarship and psychological well-being and with social support. Statistically significant, positive and direct correlation between social support and psychological well-being was established.

Conclusion: Psychological well-being and social support are concepts directly related in family caregivers, both of which are individually associated directly with the education of the caregiver. Nurses working in community should place greater emphasis on promoting psychological well-being and social support of caregivers, to contribute to positive aging and avoid burden care. More research should be performed in the social sphere in health, in order to provide more knowledge to the welfare of older people.

Key words: Psychological well-being, social support, caregivers, family caregivers.

1. INTRODUCCIÓN.

De acuerdo a indicadores del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en Chile actualmente existen 2,6 millones de personas mayores de 60 años, es decir, más del 15% de la población. Para el año 2025 se espera que la población sobre 60 años llegue al 20% (1). Este es el punto de partida para analizar la importancia de fijar la atención en este grupo etario, dados los importantes y necesarios cambios a realizar en la sociedad a partir del aumento del número de personas mayores en Chile.

Estos cambios demográficos que vienen sucediendo desde hace varias décadas, han estado marcados por tres características: la disminución de las tasas de mortalidad desde principios del siglo pasado, la disminución de las tasas de natalidad durante el siglo XX y el aumento de la esperanza de vida (2), esperándose que las nuevas generaciones vivan cerca de 80 años (1).

Con estos antecedentes, se observa que el grupo de adultos y adultos mayores se hace relativamente más importante y la población tiende a estabilizarse o eventualmente a decrecer (2).

En relación con lo anterior, se observa que los indicadores demográficos nacionales son similares a los de países desarrollados, sin embargo, no se posee el mismo perfil económico y social, lo cual implica un desafío para el Estado, en la proyección de las necesidades de la población y generación de nuevas políticas públicas, en relación a cuidado y salud, entre otras.

Asociado a la transición demográfica avanzada en nuestro país, se ha visto un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, cuya carga se ve en gran parte, en las personas mayores. Se observa la llamada transición epidemiológica: desde un pasado con enfermedades agudas, de predominio infeccioso y además únicas (unimórbidas), principalmente en niños y sin mayor compromiso de la funcionalidad, se ha pasado a un perfil de enfermedades crónicas, degenerativas, de manifestación simultánea (comorbilidad), con predominio en adultos mayores, y con habitual compromiso de la funcionalidad (3).

Se observa también una mayor sobrevivencia de personas con patologías crónicas, en condiciones que requieren de mayores cuidados y atención pero no

necesariamente de hospitalización, relegándose estos cuidados al hogar.

A partir de estos antecedentes, surge la necesidad de contar con cuidadores, formales o informales, que abarquen y resuelvan las necesidades y cuidados en salud, en el domicilio de las personas dependientes, entendiéndose el cuidado como la gestión y generación de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud, así como la provisión diaria de bienestar físico y emocional, que satisfacen las necesidades de las personas (4). Este cuidado es habitualmente invisible y esto se explica por la persistencia de modelos culturales que consideran que debe ser privado, familiar y femenino; por la mantención de una rígida división del trabajo por género en el hogar; por mercados laborales que no consideran que sus trabajadores tienen familias y por una legislación que no contempla medidas para trabajadores con responsabilidades familiares (4).

En la actualidad, se desconoce el número de cuidadores informales o familiares a nivel nacional, existiendo sólo información sectorizada por Centros de Salud Familiar, lo que impide hacer proyecciones acerca de cuántas personas actualmente ejercen la tarea de cuidar a personas en situación de dependencia en el ámbito familiar, y en qué condiciones.

Surge interés en estudiar el perfil del cuidador familiar, y además de ello, profundizar en aspectos de la esfera psicosocial, dada la evidencia que describe sobrecarga en el rol del cuidador (5-6-7) e interferencia con su calidad de vida (8-9) comprendiendo además que estas personas en un futuro cercano serán adultos mayores, también se debe velar por su bienestar. Acorde con esto, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), generó en el año 2012 una “Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012 – 2025”, entendiéndose por envejecimiento positivo o activo, de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (10). Estos elementos han sido abordados en encuentros internacionales, dando cuenta de la importancia a nivel mundial de trabajar el fomento de la salud y el bienestar en la vejez. Destacan la Primera y Segunda Asamblea Mundial sobre el

Envejecimiento, celebradas en Viena (1982) y en Madrid (2002), respectivamente, que dieron lugar a la génesis de Planes de Acción Internacionales sobre el envejecimiento que todavía hoy constituyen un referente e inspiran el diseño de políticas y actuaciones a diversos niveles (11).

Perspectiva de género.

Una característica universal del proceso de envejecimiento de las sociedades, tiene que ver con la perspectiva de género, dado que es sabido que las mujeres viven más años que los hombres y por lo general, en peores condiciones que las personas mayores de sexo masculino. Así lo afirma el SENAMA, destacando el hecho de que el género determina en gran medida la manera en que las personas acceden a la vejez y transitan en ella, por lo que es necesario considerarlo al momento de formular políticas públicas sobre envejecimiento y vejez (12).

Huenchuan S., Fassio A., Carlos S., Osorio P. et al (13) señalan, que al hacer una proyección al 2020, las mujeres mayores en Chile podrían llegar a 1.658.834 dentro de una población general de 3.002.867 personas mayores. Sabemos que del total de la población en nuestro país, el 50.9% son mujeres. En el caso de la población mayor de 60 años, esa cifra aumenta al 56.3%.

De acuerdo al modelo familiar tradicional, las mujeres durante toda su vida se han preocupado de cuidar a otros, descuidando su propia salud, y al vivir más años que sus parejas, pasan a ser jefas de hogar, habitualmente viudas, contando con escasos recursos económicos en esta etapa de la vida en que los costos de todo tipo se encarecen. Son éstas diferencias culturales, tanto cualitativas como cuantitativas entre hombres y mujeres las que determinan diferencias en las condiciones de vida de las personas mayores (12).

La feminización del envejecimiento lo vemos también en el hecho de que los cuidados durante la vejez recaen en mujeres. Son ellas, dentro de la estructura familiar, las principales cuidadoras (13). Hoy, pese a los cambios que han surgido en relación a los roles tradicionalmente asignados por sexo, las mujeres siguen estando cultural y socialmente asociadas al ámbito de lo doméstico y, por tanto,

ocupándose de la mayoría de las tareas que en este espacio se encuentran inscritas, entre ellas los cuidados a terceros, como los requeridos por personas que por razones ligadas a su capacidad funcional necesitan de un apoyo cotidiano para realizar las actividades de la vida diaria (12).

Habitualmente éstos cuidados quedan relegados al ámbito de lo privado, la familia, puesto que pese a contar con apoyo de la red sanitaria, es el cuidador principal quien se hace responsable del cuidado del adulto mayor dependiente, pero al hablar de “la familia” se está hablando en realidad de la mujer, situación que actualmente se da gracias a la madurez de masas, la presencia simultánea de cuatro generaciones en una misma familia, en vías de generalizarse (14), siendo habitualmente las generaciones maduras el pilar fundamental de éstas.

En síntesis, el peso de los datos demográficos anteriormente analizados justifica de sobra la necesidad de estudiar al cuidador familiar, a fin de producir evidencia científica que demuestre la necesidad de generar estrategias de cuidado e intervenciones que conduzcan hacia un envejecimiento saludable, asociado a un adecuado bienestar psicológico. Lo anterior se refuerza además por la evidencia (15-16) de que, dicho bienestar, se asocia de manera positiva con un alto nivel de apoyo social percibido.

Puesto que el foco de atención de nuestra profesión es el cuidado de las personas, para poder intervenir se debe conocer el apoyo social y bienestar psicológico del familiar que pasa a ser responsable de los cuidados de adultos mayores, ya que es nuestro deber velar por el bienestar de ambos. Esto implica la interacción directa con la red social informal de la persona (17).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

A partir de la información descrita, surge la interrogante: ¿Cuál es la relación entre el bienestar psicológico y el apoyo social percibido de los cuidadores familiares de personas mayores de la comuna de Concepción, Chile, durante el periodo Enero a Marzo del año 2016?

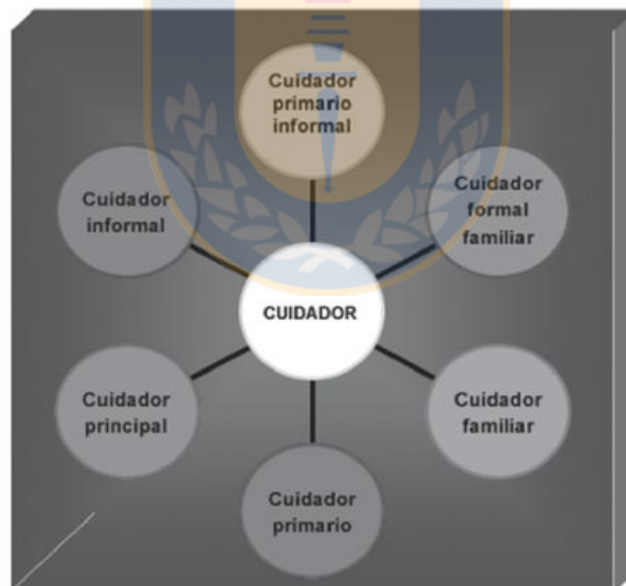
2. ANTECEDENTES TEÓRICOS.

2.1 CUIDADOR FAMILIAR.

Ruiz-Robledillo N., Moya-Albiol L., en (18) citan a Feldberg et al., para definir al cuidador informal principal como “aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña”.

Rivas J. y Ostiguín R. (19) Llevaron a cabo una revisión de la literatura del período 2008-2009 del concepto “cuidador”, en la que se identificaron siete conceptos asociados, relacionados entre sí en lo nominal, pero distintos operacionalmente. Éstos se destacan en la siguiente figura:

FIGURA 1: Conceptos asociados al cuidador.



Fuente: Rivas J., Ostiguín R. (2011). Cuidador: ¿Concepto operativo o preludio teórico? *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(1):1-6.

En la tabla se encuentran las definiciones de cada término, y el artículo del que emana cada uno de ellos, observando que cada una de estas definiciones responde a las preguntas ¿Quién es el que cuida? ¿De qué manera? ¿En qué espacio físico?

CUADRO 1: Conceptos operativos del término cuidador encontrados en la literatura.

TERMINO	CONCEPTO	ARTÍCULO
CUIDADOR	Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.	Construyendo el concepto cuidador de ancianos (Reyes, 2001)
CUIDADOR PRINCIPAL	Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida.	Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada (Venegas, 2006)
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.	Cuidadoras informales en el medio hospitalario (Celma, 2001)
CUIDADOR FAMILIAR	Las personas que presten atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o	Experiencias del cuidador familiar en el cuidado de un paciente con cáncer (Maeyama, 2007)

	en una institución.	
<p> CUIDADOR PRIMARIO </p>	<p> Persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. </p>	<p> Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer (Alvarado, 2009) </p>
<p> CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL </p>	<p> Asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente. </p>	<p> Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC (Salas, 2006) </p>
<p> CUIDADOR PRINCIPAL FAMILIAR </p>	<p> Se identifica como aquel cuidador principal familiar reconocido como primordial agente que da asistencia básica a los pacientes en su condición de enfermedad crónica. Es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado. </p>	<p> El cuidado de los individuos y de los grupos: quien se cuida (Izquierdo, 2009) </p>

Fuente: Rivas J., Ostiguín R. (2011). Cuidador: ¿Concepto operativo o preludeo teórico? *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(1):1-6.

A partir de la amplia gama de definiciones encontradas en la literatura para la figura de la persona que cuida, es que se decide para este estudio utilizar el concepto de cuidador familiar.

Frente a la presencia de una enfermedad terminal o a secuelas de una enfermedad que vuelven dependiente de otros a un miembro del núcleo familiar, es frecuente que toda la familia se vea afectada, sin embargo en la mayoría de los casos es solamente un individuo quien asume el cuidado principal del enfermo (15). Distintos autores coinciden en que la gran mayoría del cuidado no institucionalizado lo llevan a cabo los miembros de la familia, en especial las mujeres, esposas o hijas (5,20).

El perfil típico de las personas que asumen el papel de cuidador/a principal es el de una mujer sin empleo, de menos nivel educativo, responsable de las tareas domésticas, de clase social baja, familiar directo y quien convive con la persona que cuida (6-18-21).

El Ministerio de Salud (MINSAL), a través del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, ejecutado por los Centros de Salud Familiar (CESFAM) del país, es quien en la actualidad aborda en alguna manera la temática de los cuidadores familiares, al tener que trabajar y entregar las herramientas necesarias para que se puedan desenvolver en la entrega de cuidados en el hogar. En este programa, se reconoce la figura del cuidador, pero se mantiene como centro al paciente postrado, con lo cual se desmarca al primero como sujeto de atención (22), dado que el objetivo de contar con un cuidador, tiene relación con la obligatoriedad de que el usuario cuente con un familiar responsable de su cuidado para poder pertenecer y recibir los beneficios del programa. De esta manera, vemos como opera el modelo del cuidador como recurso, de acuerdo al análisis de García Calvente (23), en el que el autor destaca que el cuidador es utilizado como recurso para optimizar la atención de la persona dependiente; su bienestar tiende a ser ignorado y los objetivos de las intervenciones apuntan en dos direcciones: mantener o incrementar el apoyo informal tanto como sea posible y la entrega de información acerca de las

necesidades del usuario y como atenderlas. Por tanto, las intervenciones apuntan a la formación del cuidador en habilidades y técnicas para cuidar (24), desatendiendo así, el desarrollo de cuidados del cuidador y dejando de lado sus propias necesidades de bienestar. Asimismo, queda en evidencia la falta de énfasis por parte del programa, acerca de las redes de apoyo con las que cuentan las personas que se transforman en cuidadores familiares, especialmente cuando los estudios señalan que este rol tiende a asumirse de manera inesperada (25), sin saber por cuánto tiempo se realizará la tarea, teniendo habitualmente que dejar de trabajar o disminuir su jornada laboral, con la consecuente disminución de ingresos y disminución en la capacidad de buscar ayuda remunerada (26).

2.2 ÍNDICE DE BARTHEL.

Para entender de mejor manera a qué se refiere el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa cuando habla de dependencia, es pertinente referirse al Índice de Barthel, como medida de clasificación de los usuarios pertenecientes a este programa. Este índice se define como una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (27).

Este evalúa 10 actividades de la vida diaria; posee dos, tres o cuatro niveles de puntuación, con intervalos de 5 en 5 puntos, siendo el rango de puntajes de 0 a 100 puntos. Las actividades que evalúa son las siguientes:

- **Comer:** “Habilidad para mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo”. Proceso de llevar la comida a la boca desde el plato o taza”.
- **Lavarse:** Bañarse o ducharse. Tomar y usar objetos con este fin. Enjabonado y secado de las partes del cuerpo. Mantenimiento de la posición para el baño y transferencias desde y hacia la tina o ducha”.
- **Vestirse:** elección de ropa y accesorios apropiados para el momento del día, clima y ocasión. Vestido y desvestido de forma secuencial. Abrochado

y ajuste de ropa y zapatos. Poner y quitarse dispositivos personales como prótesis”.

- **Arreglarse:** Tomar y usar los objetos para este fin. Afeitado. Quitar y poner maquillaje. Lavar, secar, combinar, cepillar o arreglarse el pelo. Cuidado de las uñas de manos y pies. Cuidado de la piel, orejas, ojos y nariz. Aplicarse desodorante. Cepillado dental.
- **Control de deposiciones:** Completo control voluntario de los movimientos intestinales. Uso de equipamiento o agentes para el control del intestino. Lograr limpiarse”.
- **Control de micción:** Completo control voluntario de la vejiga. Uso de equipamiento o agentes para el control vesical. Lograr limpiarse.
- **Uso del baño:** Tomar y usar los objetos para este fin. Muda. Mantenimiento de la posición en el inodoro. Transferirse hacia y desde la posición del inodoro”.
- **Trasladarse:** Moverse de una posición o lugar a otra, durante el desempeño de cualquier actividad. Movilidad en la cama, en la silla de ruedas. Trasferencias, cambios funcionales”.
- **Deambular:** Deambulación y transporte de objetos. Caminar.
- **Subir y bajar escalones:** Comprende subir y bajar escaleras.

De acuerdo a la puntuación, los grados de dependencia se determinan de la siguiente manera:

CUADRO 2: Índice de Barthel, grados de dependencia según puntaje.

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Fuente: Ramos M. PPT Índice de Barthel, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente. 2013 [Internet]

Este instrumento es utilizado ya que ha demostrado fiabilidad y alta validez, siendo un buen predictor de mortalidad, respuesta a rehabilitación y riesgo de caídas (28).

Dentro de las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red para el año 2014, del MINSAL, escasamente se encuentran algunas actividades enfocadas al trabajo en conjunto del equipo de salud con los cuidadores familiares. Es en el contexto de las estrategias de rehabilitación, asociadas a la promoción y prevención en salud, donde se describen dos objetivos: Prevenir la discapacidad en los cuidadores de personas con alta dependencia y capacitar a los cuidadores de personas con alta dependencia para dar continuidad de los cuidados de rehabilitación en domicilio (29), a través de talleres destinados a entregar herramientas para el autocuidado y para el manejo de cuidados en el domicilio.

Como se observa, dentro de las sugerencias de planificación y programación en red de los CESFAM, no existe un ítem en particular que busque abordar a los cuidadores informales en el contexto de su salud, tanto física como mental, fuera de estar asociados al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. Si consideramos que gran parte de ellos son también adultos mayores, es necesario conocer y tratar también sus necesidades, sobretodo en el ámbito de salud mental, pues existe amplia evidencia científica que describe la presencia de sobrecarga del cuidador, asociado al cuidado de otros (5-6-7).

2.3 BIENESTAR PSICOLÓGICO.

Es relevante estudiar en mayor profundidad al grupo de los cuidadores familiares, para demostrar la necesidad de mayores intervenciones por parte del profesional de enfermería, enfatizando en los aspectos que tienen que ver con la salud mental de cada uno de ellos. Se vuelve interesante conocer el nivel de bienestar psicológico de estas personas, ya que éste puede estar asociado al rol que en ellos está determinado al estar cuidando de otros.

Este concepto proviene de la “Psicología Positiva”, definida como el estudio de las cualidades positivas que todos los seres humanos poseen y cómo potenciarlas por medio de intervenciones basadas en evidencia empírica (30).

El marco de la psicología positiva define cuatro áreas que se relacionan entre sí, y que explicarían en qué consiste una buena vida (31):

- La presencia de experiencias subjetivas positivas.
- Los rasgos individuales positivos.
- Las relaciones interpersonales positivas.
- Las instituciones positivas.

Con el surgimiento de la Psicología Positiva, se produjo un cambio en los centros de interés, centrándose en las cualidades o virtudes que funcionen como amortiguadores de la adversidad consiguiendo una mejor calidad de vida y un mayor bienestar (32).

El estudio del bienestar personal como concepto, tradicionalmente se ha dividido en dos puntos de vista: una visión habitualmente calificada como “hedonista”, que asocia el bienestar a la obtención de sentimientos de placer y felicidad, que corresponde al bienestar subjetivo; y otra visión que ha sido denominada “eudaimonista”, que asocia el bienestar a la consecución de nuestros potenciales y a la realización de aquello que podemos ser, representa el bienestar psicológico (16-33-34).

Existe un modelo multidimensional que intenta explicar las distintas áreas que en conjunto, determinarían el bienestar psicológico. Este modelo ha sido elaborado por Carol Ryff, psicóloga y una de las más importantes exponentes del tema. En él, se especifican seis dimensiones o factores del desarrollo personal a lo largo de la vida:

- ✓ Autoaceptación: implica mantener una actitud positiva hacia sí mismo, reconociendo y aceptando los componentes positivos y no tan positivos de uno mismo.
- ✓ Relaciones positivas con otros: implica mantener relaciones estrechas con otros, basadas en la confianza y empatía.
- ✓ Autonomía: necesaria para poder mantener su propia individualidad, se relaciona con la autodeterminación, las personas con autonomía responden mejor a las presiones sociales.
- ✓ Dominio del entorno: capacidad individual de poseer sensación de control sobre el entorno y de ser capaz de influir sobre el contexto que les rodea.
- ✓ Propósito en la vida: se refiere al sentido de que la vida tiene significado, y que este significado es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente y lo que traerá el futuro. Incluye la presencia de objetivos vitales definidos.
- ✓ Crecimiento personal: se refiere al desarrollo de las potencialidades humanas, seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus potencialidades (16-33-34-35).

Con respecto a los cuidadores informales, estos no sólo son susceptibles de daño a la salud y ser sujeto de atención, sino de convertirse en futuro sujeto del

cuidado; por lo que debería ser considerado como grupo vulnerable en los programas sociales, de salud y de investigación (36). De esta manera, parece relevante el conocer como la realización de estas tareas puede estar afectando al cuidador familiar en las distintas dimensiones que mide la escala de bienestar psicológico de Ryff.

Félix A., Aguilar R., Martínez M et al., citan a Velasco en (37), quien señala que el cuidador familiar que cuida a un adulto mayor, está en condición de riesgo de perder su bienestar porque en la medida que cuida posterga sus necesidades.

El bienestar se encuentra influido por diferentes características sociodemográficas como edad, género y estado civil, pero sin duda un predictor importante del bienestar es la evaluación subjetiva que realiza el individuo de sus recursos, entre los cuales se encuentra el apoyo social percibido (16).

2.4 APOYO SOCIAL.

Uno de los recursos psicosociales con los que pueden contar los cuidadores informales, para afrontar la tarea de cuidar es el apoyo social, constructo multidimensional que ha sido estudiado por diferentes autores.

En el texto de Ana Barrón (38) Lin y cols. (1986), lo define como “provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Vaux (1988) describe que el apoyo social es un metaconstructo, con tres elementos conceptuales que se relacionan, actuando entre el individuo y el ambiente: los recursos de la red de apoyo, las conductas de apoyo y las evaluaciones de apoyo.

El apoyo social puede ser conceptualizado a partir de dos perspectivas, una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional (16). La primera determina la cantidad de relaciones que establece la persona, correspondiendo al apoyo social recibido, y la segunda se refiere a la apreciación subjetiva del apoyo recibido, es decir, la percepción de apoyo social.

Existen dos teorías que explican la asociación entre el apoyo social y la salud. La teoría de Cobb, de 1976 apunta a que el apoyo social interviene en la salud física y mental de las personas, y se centra en los efectos de las relaciones

sociales o interpersonales; este corresponde al “Modelo de efectos principales o modelo directo”: En este modelo, se explica que el apoyo social per sé favorece al bienestar y salud, independientemente de que exista presencia de estrés en el individuo. El apoyo social es percibido como positivo, en el sentido que genera un aumento en el bienestar o disminuye la probabilidad de la presencia de los efectos negativos del estrés. Es una variable simultánea en relación a los problemas de salud. Se cree que el mecanismo por el que actúa en el individuo, es el que permite generar cambios psico-fisiológicos y de conducta en él.

La segunda teoría, de Cohen y Wills, postulada en 1985, indica que el apoyo social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas (39), relacionando al apoyo social con la capacidad de adaptación secundaria a una situación de estrés, este correspondería al “Modelo de amortiguación” o Modelo de efecto amortiguador, que hace referencia al apoyo social como mediador o “amortiguador” entre la salud y los eventos estresantes. En este modelo, se plantea que el apoyo social interviene entre el proceso de estrés y la alteración del bienestar y/o enfermedad, logrando proteger al individuo de los efectos del estrés. Este proceso de “amortiguar” se explica a través de dos mecanismos: 1.- La presencia de apoyo social para el individuo le permite redefinir la situación de estrés, llevándolo a utilizar sus recursos y enfrentar la situación. 2.- La presencia de apoyo social evita que la situación sea percibida por el individuo como una situación estresante, minimizando sus efectos nocivos.

3. ANTECEDENTES EMPÍRICOS.

Diversos estudios reconocen la importancia del apoyo social como fuente de ayuda para los cuidadores familiares al momento de hacer frente a las situaciones que le son propias (40), destacando que existe una baja percepción de apoyo social por parte de los cuidadores, en distintas dimensiones (7-40-41-42), y que por lo tanto, el apoyo social debe ser utilizado en la valoración de los cuidadores informales, dadas las consecuencias que les produce la tarea de cuidar, para planificar actividades de apoyo y abordar en forma precoz dificultades, tanto en la calidad de vida como en la labor de cuidar (7), y con el fin de prevenir el aislamiento social y las consecuencias emocionales negativas de éste (42).

Entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, están: a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, puesto que la interacción entre la familia y el tipo de enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso, y b) la familia como recurso; la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional(41-43).

Se han realizado estudios con enfoque de género, en distintos contextos, en los cuales se encontró una relación positiva entre el apoyo social y el bienestar físico y emocional de las mujeres. El apoyo emocional se relacionaba con la presencia de pareja estable o disposición de apoyo emocional de parte de mujeres, en el caso de las mujeres solteras y la condición social (44-45-46-47).

En la investigación realizada por Matus V. y Barra E. (2013), se estudió el bienestar psicológico de 100 mujeres, entre 27 y 68 años, cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal. Se encontró un nivel de bienestar psicológico global relativamente alto, con un promedio correspondiente al 74% del máximo puntaje posible; para las dimensiones, el mayor puntaje promedio se encontró en Propósito en la Vida, y el menor en Relaciones Positivas. Este estudio señala también la importancia de tener en cuenta las características propias del cuidador, como una personalidad resistente, así como también el apoyo social disponible, de

modo que se diseñen intervenciones orientadas a potenciar tales aspectos, que podrían considerarse como factores protectores (15).

En el estudio “Comparación del bienestar psicológico de personas mayores dominicanas y españolas” de Tomás Miguel J.M. et al (2009), cuyo objetivo fue examinar diferentes factores que potencialmente pueden influir en el bienestar psicológico de las personas mayores, los principales resultados encontrados fueron los siguientes: la edad presentó relaciones estadísticamente significativas (negativas y bajas) con autonomía, dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida. Las medias de todos los componentes de bienestar fueron más altas para los sujetos españoles que para los sujetos dominicanos. Por su parte, el nivel de estudios también presentó relaciones estadísticamente significativas con el bienestar, específicamente con dominio del ambiente, crecimiento personal, autoaceptación y propósito en la vida; los participantes con mayor nivel de estudios fueron siempre los que presentaron medias más altas. Para terminar con los efectos principales, el estado civil se mostró relacionado con dominio del ambiente, crecimiento personal, autoaceptación y propósito en la vida (48).

Un estudio descriptivo realizado por Slachevsky et al. (26) En el 2013, tuvo por objetivo evaluar el alcance y los determinantes de la carga en cuidadores primarios informales de pacientes con demencia en Chile. Se incluyeron a 291 cuidadores familiares, siendo de ellos un 80% de sexo femenino, un 40% cónyuges, 43% hijos/as, 5% hermanos, 4% parientes en ley y 1% amigos. Un 56% de la muestra refirió no disponer de ayudar para la prestación de cuidados.

En el estudio se muestra que el 42% de los cuidadores dijo estar los siete días de la semana a cargo del paciente, tiempo que deben estar completamente dedicados a su cuidado. El 12,7% refiere que debió dejar de trabajar y el 47,3% tuvo que reducir su jornada laboral, disminuyendo los ingresos familiares y, por lo mismo, su posibilidad de contratar ayuda. Se informó sobrecarga severa en el 63% de los cuidadores, y un 47% evidenció morbilidad psiquiátrica. La carga se asoció con el malestar del cuidador, disfunción familiar, la gravedad del enfermo y

su capacidad funcional. No se encontró relación entre edad del paciente, sexo ni condición socioeconómica asociada a la carga del cuidador.

La mayoría de los cuidadores no tiene preparación para ese rol. El 79% dice haber recibido algún tipo de información, pero la gran mayoría (53%) asegura que esa ha sido insuficiente e incluso inútil.

En el estudio realizado por Barrera I. (2014), titulado Bienestar psicológico de los cuidadores de adultos mayores en la asociación Casa del Otoño Municipio de Yopal Casanare, se utilizó la escala de Bienestar Psicológico de Cánovas (2013), que subdivide el bienestar en 4 áreas: laboral, subjetivo, material y de pareja. Sus principales resultados muestran que el área en la que los cuidadores logran mayor bienestar es el área laboral, le sigue el área de bienestar psicológico subjetivo; área de bienestar material y por último el área de bienestar con la pareja (49).

El estudio descriptivo y correlacional de Félix A., et al (2012), titulado “Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género”, cuyo objetivo fue identificar el bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional, con perspectiva de género, determinó, en una muestra de 300 cuidadores de Matamoros Tamaulipas, México, que el 85% de ellos correspondía a mujeres, casadas (65%), sin trabajo (49%), dedicadas a las labores del hogar (66%). En el sexo femenino se evidenció mayor tiempo al cuidado y mayor afectación negativa en casi todas las dimensiones del bienestar, de acuerdo al cuestionario de Calidad de Vida de Ferrell y Grant que considera las dimensiones de bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Entre sus principales medidas de resultado se encontró: asociación entre mayor edad del adulto mayor y bienestar físico ($p=0.08$), mayor dependencia funcional con bienestar físico y social ($p=0.0002$) y mayor tiempo al cuidado del adulto mayor con bienestar psicológico ($p=0,03$) (36).

El estudio descriptivo y cuantitativo, titulado “Calidad de Vida del cuidador familiar del enfermo mental diagnosticado en el Instituto de Neurociencias del Caribe Santa Marta 2009” de González T. (50), cuyo objetivo fue describir la calidad de vida de cuidadores familiares de enfermos mentales de dicha

institución, a través del cuestionario de Calidad de Vida de Betty Farrell y cols., que operacionaliza el concepto en las dimensiones bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Se realizó en una muestra de 120 cuidadores, siendo las principales características: 66% de sexo femenino, un 72% en un rango de edad entre 36 a 59 años. Un 38% de la muestra eran casados, dedicados a las labores del hogar (40%), cuidador único (51%) que brinda atención durante las 24 horas del día (45%).

Sus principales medidas de resultado, concluyen que la tarea de cuidar afecta de manera negativa en la calidad de vida del cuidador, evidenciado por un deterioro significativo del bienestar físico y social, en menor grado del bienestar psicológico y sin afectación del bienestar espiritual.

Otro estudio de Felix-Alemán A. et al (2013), titulado “Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas” concluye, en una muestra de 300 cuidadores, que existe significancia estadística entre dimensión bienestar psicológico y escolaridad ($p=0.002$): a menor escolaridad, menor bienestar psicológico. Al caracterizar a la muestra, concluye que en su mayoría son mujeres, casadas, hija de la persona que cuida, alfabetizadas, responsables de las labores del hogar, de baja escolaridad, sin trabajo o con ingresos limitados (37).

En el estudio titulado “El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental” de Pérez A. (2006), el perfil sociodemográfico de las personas cuidadoras se caracteriza por ser del sexo femenino, mayores de 63 años, casadas, ocupadas de las labores del hogar y con estudios primarios fundamentalmente.

La calidad de vida global es percibida como positiva por la mayoría de los cuidadores, siendo el apoyo social y la satisfacción general los dominios de mayor fortaleza; y los de sobrecarga y ausencia de tiempo libre, los de mayor deterioro.

Los cuidadores perciben que disponen de buen apoyo social. Se determina que para este estudio, el apoyo social y la salud mental son los principales determinantes de la calidad de vida. Respecto a la salud mental destacan dos dominios: uno negativo conformado por el agobio y la tensión,

asociados a la sobrecarga y ausencia del tiempo libre y otro positivo conformado por la autovaloración y la capacidad de enfrentar dificultades. El apoyo social está vinculado al apoyo ante la enfermedad y contrasta con la percepción de escasa ayuda en asuntos relativos a la casa y ausencia de reconocimiento y elogios (51).

Con respecto a la variable edad, estudios señalan que las personas mayores se adaptan a nuevos estados psicosociales y físicos y que tienden a reportar altos niveles de bienestar en esta etapa de la vida (33); sin embargo, estudios realizados por Ryff (1989) destacan que, en relación a otros grupos etarios, los adultos mayores presentan menores puntajes en la dimensión crecimiento personal, y mayor puntuación en la dimensión dominio del ambiente (52). En investigaciones de predicción de los componentes del bienestar, el nivel de estudios se ha asociado positivamente con el bienestar. Oliver, Navarro, Meléndez y Molina (2009), mostraron que la relación del nivel de estudios en adultos mayores fue siempre positiva con las dimensiones crecimiento personal y propósito en la vida, propias del bienestar psicológico (53).

Las actividades en general y la participación social en particular, son beneficiosas para el bienestar psicológico ya que ofrecen medios para adquirir apoyo de roles que sustentan o benefician el auto concepto. La participación social puede ser una actividad gratificante que inyecta significado en la vida adulta, por lo tanto, la participación en actividades sociales, recreativas y de carácter voluntario serán parte de esa participación social y contribuirán a aumentar y mantener el bienestar psicológico (16).

4. OBJETIVOS.

4.1 General:

Relacionar el nivel de bienestar psicológico y el apoyo social percibido de los cuidadores familiares de adultos mayores, de la comuna de Concepción, Chile.

4.2 Específicos:

- Describir la percepción de apoyo social de los cuidadores familiares de adultos mayores, de la comuna de Concepción, Chile.
- Describir el nivel de bienestar psicológico de los cuidadores familiares de adultos mayores, de la comuna de Concepción, Chile.
- Analizar en qué variables sociodemográficas se observan diferencias significativas en función del apoyo social percibido de los cuidadores familiares de adultos mayores, de la comuna de Concepción, Chile.
- Analizar en qué variables sociodemográficas se observan diferencias significativas en función del nivel de bienestar psicológico de los cuidadores familiares de adultos mayores, de la comuna de Concepción, Chile.
- Relacionar la percepción de apoyo social y el nivel de bienestar psicológico de los cuidadores familiares de adultos mayores, de la comuna de Concepción, Chile.

5. HIPÓTESIS.

Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de bienestar psicológico y la percepción de apoyo social de los cuidadores familiares de adultos mayores, de la comuna de Concepción, Chile.

6. VARIABLES.

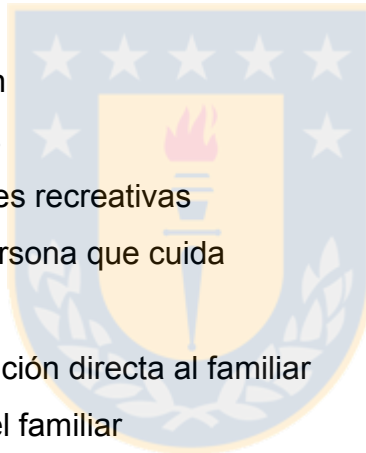
Las variables utilizadas en este estudio han sido:

Variables dependientes:

- Apoyo Social Percibido
- Bienestar Psicológico

Variables independientes:

- Sexo
- Edad
- Convivencia
- Escolaridad
- Pertenencia a religión
- Pertenencia a grupos
- Práctica de actividades recreativas
- Parentesco con la persona que cuida
- Ocupación
- Horas diarias de atención directa al familiar
- Tiempo al cuidado del familiar



CUADRO 3: Definición de variables del estudio “Bienestar Psicológico y Apoyo Social Percibido en personas al cuidado de adultos mayores”.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
VARIABLES DEPENDIENTES		
Apoyo Social Percibido	Apreciación subjetiva de un individuo acerca de sus provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (Lin y cols, 1986).	Se consignará a través de la aplicación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) de 12 ítems.
Bienestar Psicológico	Es la meta en el proceso de desarrollo personal, dirigida a la consecución del potencial verdadero de cada individuo y la realización personal, determinada por un modelo de 6 dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida (Ryff y Singer, 2001).	Se consignará a través de la aplicación de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff de 39 ítems.
VARIABLES INDEPENDIENTES		
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina de un individuo (RAE)	Se consignará en el ítem 2 del Cuestionario de variables sociodemográficas, elaborado por la tesista.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona en años (RAE).	Se consignará en el ítem 1 del Cuestionario de variables sociodemográficas, elaborado por la tesista.
Convivencia	Acción de convivir con otra u otras personas en un mismo lugar (RAE).	Se consignará en el ítem 3 del Cuestionario de variables sociodemográficas, elaborado por la tesista.
Escolaridad	Período de tiempo en años que un individuo ha cursado para estudiar y aprender (RAE).	Se consignará en el ítem 4 del Cuestionario de variables sociodemográficas, elaborado por la tesista.

Práctica/ Pertenenencia a religión	Pertenecer a un conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de normar morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales (RAE).	Se consignará en el ítem 5 del Cuestionario de variables sociodemográficas, elaborado por la tesista.
Pertenencia a grupos	Pertenecer a un conjunto de personas organizado para lograr distintos fines.	Se consignará en el ítem 6 del Cuestionario de variables sociodemográficas, elaborado por la tesista.
Práctica de actividades recreativas	Realización de acciones o tareas con el fin de recrear o causar recreación.	Se consignará en el ítem 7 del Cuestionario de variables sociodemográficas, elaborado por la tesista.
Parentesco con la persona que cuida	Vínculo por consanguinidad, afinidad, matrimonio u otra relación estable de afectividad con la persona que se cuida, producto de enfermedad o discapacidad (RAE).	Se consignará en el ítem 8 del Cuestionario de variables sociodemográficas, elaborado por la tesista.
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa (RAE).	Se consignará en el ítem 9 del Cuestionario de variables sociodemográficas, elaborado por la tesista.
Horas diarias de atención directa al familiar	Tiempo en horas, ejercidas para la acción de atender al individuo enfermo, dentro de un período de 24 horas.	Se consignará en el ítem 11 del Cuestionario de variables sociodemográficas, elaborado por la tesista.
Tiempo al cuidado del familiar	Duración en años de la acción de cuidar al individuo enfermo.	Se consignará en el ítem 10 del Cuestionario de variables sociodemográficas, elaborado por la tesista.

Fuente: Elaboración propia.

7. MATERIALES Y MÉTODO.

7.1 Población en estudio:

Universo: El universo estuvo constituido por todos los cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia grave y total, correspondiendo a una población de 142 individuos, todos adscritos al Programa de Atención Domiciliaria del CESFAM Víctor Manuel Fernández (VMF), pertenecientes a los 5 sectores que posee el CESFAM.

El CESFAM VMF cuenta con 322 usuarios adscritos al Programa de Atención Domiciliaria, de acuerdo a la información estadística entregada por el mismo en Octubre de 2015. Este centro posee una población adscrita de 40.000 personas, de las cuales 168 personas (0,4%) corresponden a dependientes graves y totales, siendo de éstos, el 85% (142 personas) adultos mayores.

Muestra: La muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia, debido al interés de conocer las características de los cuidadores familiares de adultos mayores, centrándose en el grupo específico de los cuidadores de pacientes con dependencia grave o total. Fue excluida la zona rural del sector 6, por imposibilidad de la autora de realizar visitas domiciliarias en el lugar.

Estuvo conformada por 72 personas, cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia grave y total, pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del CESFAM Víctor Manuel Fernández y habitantes de los 5 sectores del CESFAM.

Esto corresponde al 51% de cuidadores familiares de usuarios adultos mayores adscritos al programa que presentan estos niveles de dependencia. Se llegó a este tamaño muestral, luego de contactar a través de visita domiciliaria a los 142 cuidadores, siendo incluidos en el estudio quienes cumplían con los criterios de inclusión y quedando fuera del número final, quienes se correspondían con los criterios de exclusión o con las dificultades del estudio, señaladas a continuación:

- Visita realizada y cuidador ausente.
- Cuidador que rechaza la entrevista.
- Cambio de domicilio de usuario sin reporte al CESFAM.
- Domicilio sin moradores o que no abren la puerta.

Unidad de análisis: La unidad de análisis corresponde al individuo cuidador familiar.

7.2 Diseño de estudio:

Estudio de tipo descriptivo y correlacional.

Fueron criterios de inclusión para este estudio:

- Ser cuidador familiar inscrito en el CESFAM Víctor Manuel Fernández, de usuario con dependencia grave o total, de acuerdo a índice de Barthel previamente aplicado.

Se determinaron como criterios de exclusión:

- Cuidador remunerado
- Cuidador de usuario no adulto mayor
- Cuidador de usuario con dependencia leve o moderada.
- Estar inscrito en CESFAM como cuidador de usuario que se encuentra institucionalizado.
- Ex cuidador de usuario fallecido sin haber reporte a CESFAM.

7.3 Recolección de datos:

Para la recolección de los datos se realizaron visitas domiciliarias, por parte de la tesista y de manera independiente, durante los meses de enero a marzo del 2016.

7.4 Descripción del instrumento:

Para la obtención de los datos se utilizó un instrumento conformado por:

- La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) (anexo 2), compuesta por 12 ítems, recoge información del apoyo social percibido por los individuos en dos áreas: familia u otros significativos y amigos. En este estudio se utilizó la escala modificada, usada y validada en Santiago de Chile en un grupo de adultos mayores, cuyo coeficiente alpha de Cronbach fue de 0.86 para la escala total (54). Esta consta de cuatro categorías, con formato de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas desde “casi nunca” a “siempre o casi siempre”.

- La escala de Bienestar Psicológico de Ryff (anexo 3), compuesta de 39 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de seis alternativas desde “completamente de acuerdo” a “completamente en desacuerdo”. Evalúa 6 dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. De acuerdo a un estudio de validación de esta escala, realizado por Díaz et al., en el año 2006 (55) el coeficiente alpha de Cronbach para su consistencia interna varía entre 0.83 (autoaceptación) y 0.68 (crecimiento personal).

Ambas escalas han sido utilizadas y validadas en población adulta mayor de la comuna de Concepción, Chile; en estudios de docentes y profesionales de la Universidad de Concepción (16).

- Cuestionario de datos sociodemográficos (anexo 4), elaborado por la tesista.

Los datos sociodemográficos que se utilizaron corresponden a las variables que en otros estudios se han asociado de forma positiva con el apoyo social y el bienestar psicológico, y además fueron utilizados para caracterizar a la muestra.

El total de las entrevistas fueron realizadas por la tesista. Se realizó lectura y firma de consentimiento informado (anexo 1) por parte del participante, en donde se especificaron los objetivos y fines de la investigación, y además se señaló el carácter de confidencial y anónimo de este estudio. Con posterioridad a la

obtención del consentimiento informado y de forma voluntaria, se procedió a realizar la recolección de información.



8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo a lo señalado por Ezequiel Emanuel, existen siete requisitos éticos (56) que deben ser considerados para realizar una investigación. El cumplimiento de ellos para este estudio se describe a continuación.

Valor social o científico: este estudio aporta información respecto al bienestar de los cuidadores familiares, esto permite implementar acciones específicas derivadas del cuidado de enfermería para este grupo a partir de los hallazgos obtenidos.

Validez científica: se presenta un objetivo claro, una metodología definida y un estudio realizable puesto que se han utilizado escalas validadas para la población y confiables.

Selección equitativa de los sujetos: se ha cuidado que la selección de la muestra tenga relación con el objetivo de estudio, esto es, ser cuidador familiar, considerando todos los sectores del CESFAM, de manera de hacerlo lo más representativo posible de la población adscrita. También se ha cuidado sólo dejar fuera del estudio a quienes, de acuerdo a los criterios de exclusión o dificultades del estudio no tuvieran posibilidad de participar en él.

Proporción favorable de riesgo-beneficio: los riesgos reales o potenciales son mínimos, en cambio los resultados obtenidos a partir de los hallazgos, permiten maximizar los beneficios de este estudio para la población estudiada, la sociedad y la disciplina.

Evaluación independiente: este estudio ha sido evaluado y aprobado de manera previa a su realización, por el Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud Concepción y por el Comité Ético de la Facultad de Enfermería, corroborando que no existe conflicto de intereses por parte de la autora. Además cuenta con la autorización del Director del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Víctor Manuel Fernández para su realización.

Consentimiento informado: previo a la recolección de información con cada individuo, se presentó el consentimiento informado (anexo 1), donde se explica la finalidad del estudio, sus beneficios y la publicación de resultados. De esta manera cada persona ha sido libre de participar voluntariamente en el

estudio.

Respeto a los sujetos inscritos: Cada individuo fue informado de la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, si es que cambia de parecer o no desea continuar participando, además de que en todo momento se cuidó el bienestar de las personas durante la realización del estudio.



9. RESULTADOS.

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.

En primer lugar, se realizó un análisis de la confiabilidad de los instrumentos, a través del coeficiente alpha de Cronbach, que evalúa la consistencia interna de las escalas, mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0. Para la escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), el valor global correspondió a 0,87, y por dimensión según se observa en la tabla 1.

Para la escala de Bienestar Psicológico de Ryff de 39 ítems, el alpha de Cronbach fue de 0,83, lo que indica una alta confiabilidad de ambas escalas. El detalle por dimensión de cada una de las escalas, se refleja en la tabla 2 a continuación. En todas las dimensiones de ambas escalas se observan valores de fiabilidad aceptables, de acuerdo a lo señalado por Oviedo y Campo Arias (57).

TABLA 1: Fiabilidad escala Apoyo Social Percibido, aplicada al cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Estadísticas de fiabilidad escala Apoyo Social Percibido		
Dimensión	Alfa de Cronbach	N de elementos
Apoyo social global	0,87	12
Familia y otros significativos	0,886	8
Amigos	0,917	4

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 2: Fiabilidad escala Bienestar Psicológico, aplicada al cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Estadísticas de fiabilidad escala Bienestar Psicológico		
Dimensiones	Alfa de Cronbach	N de elementos
Bienestar psicológico global	0,83	39
Autoaceptación	0,606	6
Relaciones positivas	0,678	6
Autonomía	0,397	8
Dominio del entorno	0,430	6
Crecimiento personal	0,625	7
Propósito en la vida	0,599	6

Fuente: Elaboración propia.



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

La muestra estuvo conformada por 72 personas, entre los 20 y 86 años de edad, con una media de 58 años. En relación al sexo, el 86% de la muestra corresponde al sexo femenino y el 14% sexo masculino. El promedio de edad para el sexo femenino corresponde a 58 años, mientras que el promedio de edad para el sexo masculino a 61 años.

TABLA 3: Convivencia del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

CONVIVENCIA	Total	Porcentaje
Con pareja	1	1,4
Con esposo/a	15	20,8
Sólo con familiar que cuida	20	27,8
Con pareja y familiar que cuida	16	22,2
Con pareja, hijos y familiar que cuida	3	4,2
Sólo	2	2,8
Con hermanos y familiar que cuida	3	4,2
Con hijos y familiar que cuida	6	8,3
Otros (familia extensa)	6	8,3
Total	72	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Al consultar acerca de la convivencia del encuestado, se observa que el 28% refiere vivir sólo con el familiar al que cuida, el 22% con pareja y familiar al que cuida, el 21% con esposo/a y el 8% refiere convivir con hijos y familiar al que cuida.

TABLA 4: Escolaridad en años del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx
Escolaridad en años	72	10,8	4,1	1,0	17,0

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 5: Distribución de la escolaridad según nivel de estudios del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Nivel de estudios	Porcentaje
Enseñanza básica incompleta	18%
Enseñanza básica completa	10%
Enseñanza media incompleta	14%
Enseñanza media completa	36%
Enseñanza superior técnica y/o incompleta	8%
Enseñanza universitaria completa	14%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 6: Relación entre escolaridad y sexo del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

SEXO	Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx
F	ESCOLARIDAD EN AÑOS	62	10,4	3,9	1,0	17,0
M	ESCOLARIDAD EN AÑOS	10	13,2	4,5	3,0	17,0

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la escolaridad, la media fue de 11 años, siendo la mínima de 1 año, y la máxima de 17 años (tabla 4). Al agrupar esta información de acuerdo al nivel de estudios, el 18% de los encuestados presentaba enseñanza básica incompleta, el 10% enseñanza básica completa, que corresponde a 8 años de estudio. El 14% enseñanza media incompleta, un 36% de los encuestados presentaba 12 años de estudio, que corresponde a enseñanza media completa, el 8% enseñanza superior técnica completa y/o incompleta y un 14% de los encuestados, 17 años de estudio, que corresponde a enseñanza universitaria completa (tabla 5). Al realizar el análisis por sexo, se observa que el sexo femenino presenta un promedio de 10 años de estudio, versus el sexo masculino que presenta un promedio de 13 años de estudio (tabla 6). No se realizan pruebas estadísticas inferenciales, dado que el tamaño muestral para el sexo masculino (n=10) es muy pequeño en comparación al de sexo femenino (n=62), por lo que sólo se realiza cálculo de medias para cada sexo.

GRÁFICO 1: Pertenencia a religión del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.



Fuente: Elaboración propia.

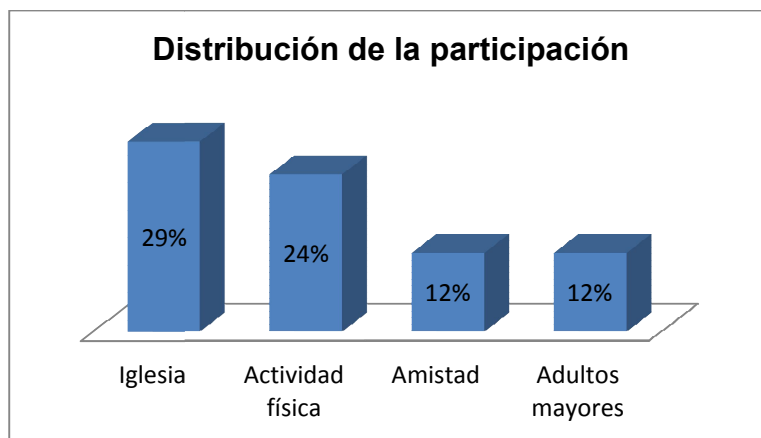
Con respecto al sentido de pertenencia a una religión, el 79% del total de encuestados refiere que sí considera que pertenece o participa de una religión, mientras que el 21% de los encuestados refiere que no pertenece o participa de ninguna religión, esto se refleja en el gráfico 1.

GRÁFICO 2: Participación en grupos comunitarios del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 3: Distribución de la participación en grupos comunitarios del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la pertenencia y participación en grupos comunitarios, en el gráfico 2 se observa que el 76% de los encuestados refiere no participar de ningún grupo comunitario, y un 24% de los encuestados refiere participar en algún grupo comunitario. De este 24%, destaca que un 29% participa en grupos de iglesia, un 24% en grupos de actividad física, un 12% en grupos de amistad y recreación, y un 12% en grupos de adultos mayores. El 23% restante refirió participar en actividades de diversa índole, que no fue posible agrupar en una sola categoría (gráfico 3).

GRÁFICO 4: Realización de actividad recreativa del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA 7: Frecuencia mensual de actividad recreativa del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

FRECUENCIA DE ACTIVIDAD RECREATIVA	Total	Porcentaje
1 vez al mes	3	13,6
2 veces al mes	3	13,6
4 veces al mes	10	45,5
Más de 4 veces al mes	6	27,3
Total	22	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 4 se observa que del total de encuestados, un 69% declaró no realizar actividades recreativas, y un 31% declaró que sí realizaba alguna actividad recreativa. En relación a la frecuencia de realización de actividades recreativas, en la tabla 7 se observa que el 46% la realizaba 4 veces al mes, el 27% más de 4 veces al mes y un 27%, menos de 4 veces al mes.

TABLA 8: Parentesco del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

PARENTESCO	Total	Porcentaje
Esposa/o	12	17%
Madre/Padre	9	13%
Hija/o	38	53%
Hermana/o	3	4%
Otros	10	13%
Total	72	100,0

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 9: Distribución por sexo del parentesco del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

PARENTESCO	Sexo		Total
	F	M	
Esposa/o	9 (14%)	3 (30%)	12
Madre/Padre	8 (13%)	1 (10%)	9
Hija/o	32 (52%)	6 (60%)	38
Hermana/o	3 (5%)	0	3
Otro	10 (16%)	0	10
Total	62	10	72

Fuente: Elaboración propia.

Acerca del parentesco del cuidador familiar con la persona que cuida, un 17% refiere ser esposa/o, un 13% madre o padre, un 53% hija/o, un 4% hermana/o y un 13% a otros. En el ítem “otros” destacan: ser cuñada o nuera (tabla 8). Al realizar el análisis por sexo y parentesco, en la tabla 9 se observa que para el sexo masculino, un 60% de la muestra es hijo cuidador, un 30% esposo y un 10% padre. Para el sexo femenino, un 52% es hija cuidadora, un 14% esposa, un 13% madre, 5% hermana y un 16% corresponde a “otro” (cuñada o nuera).

GRÁFICO 5: Trabajo del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la ocupación, un 32% de los encuestados refiere tener un trabajo remunerado, mientras que un 68% refiere tener un trabajo no remunerado, realizando el trabajo doméstico en el hogar (gráfico 5).

TABLA 10: Tiempo al cuidado en años del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máy	Mediana
Años al cuidado	72	7,7	7,1	0,5	32,0	6,0

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 11: Tiempo de atención directa en horas al día del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

HR A DIA	Total	Porcentaje
Menos de 6	8	11,1
Entre 6 y 12	19	26,4
12 o más	45	62,5
Total	72	100,0

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 12: Relación entre horas de atención directa al día y trabajo remunerado o no del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Horas al día	N	R	% Total
Menos de 6	8,2	17,4	11,1
Entre 6 y 12	16,3	47,8	26,4
12 o más	75,5	34,8	62,5
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Al consultar acerca del tiempo, en años que lleva la persona responsable al cuidado de su familiar, se observa en la tabla 10 una media de 7,7 años y una mediana de 6 años, con una mínima de 0,5 años y una máxima de 32 años. En relación a las horas al día que la persona dedica para la atención directa al familiar, se observa que un 63% de los encuestados refiere dedicar 12 horas o más al día, un 26% entre 6 y 12 horas al día y un 11% menos de 6 horas al día (tabla 11).

Destaca que un 17,4% de los familiares que presentan trabajo remunerado, cuidan 6 horas o menos, mientras que un 75,5% de las personas que no tiene trabajo remunerado, cuidan 12 o más horas al día (tabla 12).

ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO.

En relación al Apoyo Social Percibido, esta escala no presentó una distribución normal para este estudio, con valor $p= 0,01$, que rechaza normalidad. Con respecto a la puntuación por ítem, la puntuación media más baja fue de 2 en el ítem número 7, “Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas”, y la puntuación media más alta fue de 3,2 en el ítem 10, “Hay una persona que se interesa por lo que yo siento”.

Para el análisis de este estudio, se decidió utilizar el modelo de dos factores, que ha demostrado un buen comportamiento en estudios con población similar (54). Esto quiere decir, que se agrupan los ítems de la dimensión “familia” con los de la dimensión “otros significativos”, quedando ésta con 8 ítems y la dimensión “amigos” con 4 ítems. Esta decisión la corroboran los valores alpha de cronbach encontrados y señalados en el inciso 1 de los resultados.

TABLA 13: Estadísticos de la escala Apoyo Social Percibido del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx
Apoyo Social Global	72	30,9	9,4	13	48
Dimensión Familia y otros	72	22,2	6,9	8,0	32,0
Dimensión Amigos	72	8,8	4,6	4,0	16,0

Fuente: Elaboración propia.

La escala de Apoyo Social Percibido fluctúa entre los 12 y 48 puntos, se observa una mínima de 13 y una máxima de 48, con una media de 30,9, que corresponde a un 62,5% del puntaje máximo posible para esta escala.

La dimensión familia y otros presenta una media de 22,2 puntos, esto corresponde a un 69% del puntaje máximo posible, siendo la máxima 32 y el valor mínimo obtenido 8; y la dimensión amigos, presenta una media de 8,8 puntos, que corresponde al 55% del puntaje máximo posible, siendo la máxima 16 y el valor

mínimo obtenido 4 puntos. Se observa un nivel promedio de apoyo social global y familiar medio, y un promedio bajo en la dimensión amigos (tabla 13).

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO.

TABLA 14: Estadísticos de la escala Bienestar Psicológico del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx	N ítems	Porcentaje del máximo
Bienestar psicológico global	72	143	14,3	108	180	39	73%
Autoaceptación	72	23,5	3,2	16,0	30,0	6	78%
Relaciones positivas	72	17,3	4,1	9,0	26,0	6	58%
Autonomía	72	29,5	3,6	19,0	39,0	8	74%
Dominio del entorno	72	22,5	3,1	15,0	30,0	6	75%
Crecimiento personal	72	26,1	3,7	19,0	34,0	7	74%
Propósito en la vida	72	23,7	3,3	15,0	30,0	6	79%

Fuente: Elaboración propia.

En relación al Bienestar Psicológico, escala que fluctúa entre los 39 y 195 puntos, se observa una distribución normal ($p= 0,642$). El 50% de los datos se ubica sobre los 141 puntos y el 50% bajo este valor. Al analizar los puntajes, de manera global se obtuvo una mínima de 108, un valor máximo de 180 y un promedio de 143 puntos. En general, este promedio indica un nivel alto de bienestar psicológico global, correspondiendo al 73% del puntaje total máximo posible.

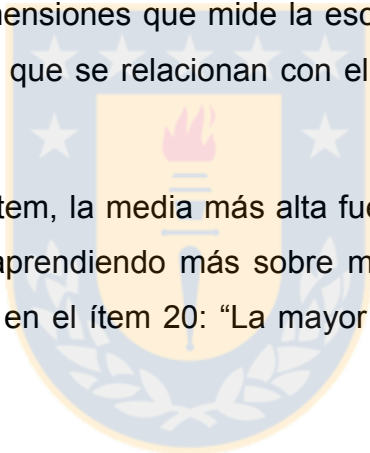
En el análisis por dimensión, se observa que:

- En la dimensión autoaceptación, la media es de 23,5 puntos, que corresponde al 78% del máximo.

- La dimensión relaciones positivas con otros presenta una media de 17,3 puntos, correspondiente al 58% del máximo, siendo la dimensión con porcentaje más bajo de todas.
- Para la dimensión autonomía, se presenta un valor medio de 29,5 puntos, que representa un 74% del máximo puntaje posible para esta dimensión.
- En la dimensión dominio del entorno, el valor promedio es de 22,5, que corresponde al 75% del puntaje máximo para esta dimensión.
- En la dimensión crecimiento personal, el valor promedio es de 26,1, siendo esto un 74% del puntaje máximo para esta dimensión.
- La dimensión propósito en la vida, presenta una media de 23,7 que corresponde a un 79% del puntaje máximo para esta dimensión.

En cinco de las seis dimensiones que mide la escala de bienestar psicológico se observan puntajes altos, que se relacionan con el alto puntaje en el bienestar global (tabla 14).

Para la puntuación por ítem, la media más alta fue de 4,4 y se encontró en el ítem 24: “Siento que sigo aprendiendo más sobre mi mismo/a”, mientras que la media más baja fue de 2,3 en el ítem 20: “La mayor parte de las personas tiene más amigos que yo.”



ANALISIS INFERENCIAL.

A continuación se exponen los resultados del análisis de relación entre las variables de interés y las variables dependientes Apoyo Social y Bienestar Psicológico. Este análisis se efectúa mediante pruebas de comparación de medias y regresión lineal múltiple.

TABLA 15: Correlación entre apoyo social y variables sociodemográficas del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Variable 1	Variable 2	Spearman	p- valor
APOYO SOCIAL GLOBAL	EDAD	0,19	0,117
	ESCOLARIDAD	0,29	0,0121

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al análisis de relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y el apoyo social, se encontró correlación directa y significativa ($p=0.01$) entre escolaridad y apoyo social, y sólo una leve tendencia directa entre edad y apoyo social, pero sin significancia estadística ($p=0.11$). Al realizar el análisis con el resto de las variables, no hubo hallazgos estadísticamente significativos, por lo que se decidió no presentarlas dentro del informe, a fin de entregar los principales hallazgos significativos.

TABLA 16: Comparación de medias apoyo social y variables sociodemográficas del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Variable 1	Variable 2	N	Media	D.E.	Mín.	Máx.
APOYO SOCIAL GLOBAL	SEXO F	62	31,2	9,6	13	48
	SEXO M	10	29,1	8,1	19	46
	GRUPO SI	17	33,6	10,7	16	47
	GRUPO NO	55	30,1	8,8	13	48
	NO REMUNERADO	49	30,8	9,5	15	47
	REMUNERADO	23	31,2	9,1	13	48
	RELIGION SI	57	30,5	9,4	13	48
	RELIGION NO	15	32,5	9,3	15	46
	ACT RECR SI	22	33,3	10,1	19	48
	ACT RECR NO	50	29,8	8,9	13	48

Fuente: Elaboración propia.

En términos numéricos, se observa que en la mayoría de las variables sociodemográficas, al relacionarlas con la variable Apoyo Social Global, no se presentan diferencias de medias muy grandes, que pudieran ser predictoras de diferencias significativas.

Destaca la adherencia o no a grupos, cuyos valores medios para el apoyo social global alcanzan 3 puntos de diferencia, con un valor promedio de 33,6 y una desviación estándar de 10,7 para quienes sí pertenecen a grupos, y un valor promedio de 30, desviación estándar de 8,8 para quienes no pertenecen a grupos.

Asociado a esta variable, se reconoce una variación de 3 puntos para las medias de apoyo social global entre las personas que realizaban actividades recreativas y las que no, presentando un promedio de 33 puntos y una desviación típica de 10 el grupo que sí realiza actividades de recreación, mientras que el grupo que no realiza, presenta un promedio de 28,9 y desviación típica de 8,8 (tabla 16).

TABLA 17: Correlación entre bienestar psicológico y variables sociodemográficas del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Variable 1	Variable 2	Pearson	p- valor
BIENESTAR PSICOLOGICO	EDAD	-0,03	0,822
	ESCOLARIDAD	0,33	0,004

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al análisis de relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y el bienestar psicológico, también hubo correlación directa significativa entre escolaridad y bienestar psicológico ($p=0,004$). Con el resto de las variables no se encontraron relaciones con significancia estadística.



TABLA 18: Comparación de medias bienestar psicológico y variables sociodemográficas del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Variable 1	Variable 2	N	Media	D.E.	Mín.	Máx.
BIENESTAR PSICOLOGICO	SEXO F	62	143	15	108	180
	SEXO M	10	140	9,1	129	157
	GRUPO SI	17	146	16,8	119	180
	GRUPO NO	55	141	13,4	108	174
	NO REMUNERADO	49	141	15,3	108	180
	REMUNERADO	23	146	11,6	127	169

Fuente: Elaboración propia.

Para la comparación de medias del bienestar psicológico asociado a las distintas variables sociodemográficas, no se encontraron hallazgos numéricamente significativos entre los grupos comparados, lo que se observa en la tabla 18.

TABLA 19: Relación entre la percepción de apoyo social y el bienestar psicológico referido del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Variable(1)	Variable(2)	n	Spearman	p-valor
BIENESTAR PSICOLOGICO GLOBAL	APOYO SOCIAL GLOBAL	72	0,41	0,0003

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 20: Relación entre la percepción de apoyo social y las dimensiones del bienestar psicológico del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Variable(1)	Variable(2)	n	Spearman	p-valor
APOYO SOCIAL GLOBAL	AUTOACEPTACION	72	0,29	0,0123
	RELACIONES POSITIVAS	72	0,53	<0,0001
	AUTONOMIA	72	0,06	0,6379
	DOMINIO DEL ENTORNO	72	0,17	0,1480
	CRECIMIENTO PERSONAL	72	0,20	0,0962
	PROPOSITO EN LA VIDA	72	0,22	0,0587

Fuente: Elaboración propia.

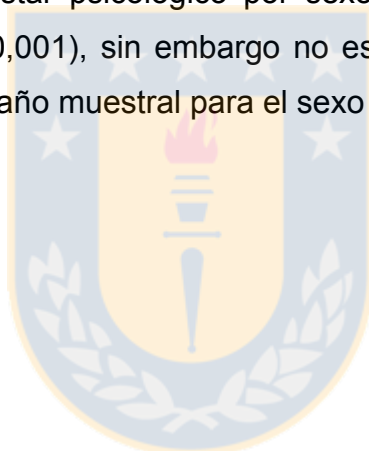
Al cruzar las variables dependientes apoyo social y bienestar psicológico, a través de la prueba de Spearman, se encuentra correlación estadísticamente significativa entre ambas ($p=0,0003$) para esta muestra, lo que se observa en la tabla 19. En la tabla 20, se observa que al relacionar el apoyo social global con las dimensiones de la escala bienestar psicológico, destaca asociación significativa entre apoyo social global y la dimensión “Relaciones positivas con otros” ($p=0,0001$).

TABLA 21: Relación entre apoyo social global y bienestar psicológico, por sexo del cuidador/a familiar de adulto mayor dependiente grave o total de CESFAM VMF, Concepción, 2016.

Variable(1)	Variable(2)	SEXO	n	Spearman	p-valor
APOYO SOCIAL GLOBAL	BIENESTAR PSICOLOGICO GLOBAL	F	62	0,39	0,0019
		M	10	0,65	0,0435

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, al realizar partición de variables, es decir, analizar asociación entre apoyo social y bienestar psicológico por sexo, se encuentra significancia para el sexo femenino ($p=0,001$), sin embargo no es posible hacer comparación de medias, dado que el tamaño muestral para el sexo masculino es menor ($n=10$).



10. DISCUSIÓN.

El principal objetivo de esta investigación ha sido relacionar el bienestar psicológico con el apoyo social y las distintas variables independientes, en los cuidadores familiares de adultos mayores de un CESFAM de la comuna de Concepción, Chile.

Los resultados obtenidos permitieron confirmar parte de la hipótesis planteada, mostrando la relevancia que tienen las variables apoyo social percibido y escolaridad para el bienestar psicológico de los cuidadores.

Se establece una correlación estadísticamente significativa, positiva y directa para esta muestra, entre las variables apoyo social y bienestar psicológico ($p=0,0003$). Este hallazgo coincide con lo descrito por Vivaldi F. y Barra E., en el que las variables tuvieron un comportamiento similar ($p=0,52$), quienes destacan la importancia del apoyo que percibe el individuo de su entorno como elemento protector en la salud mental, ya que la existencia de relaciones significativas y estables en el tiempo inciden en el autoconcepto, el nivel de funcionamiento y el afrontamiento del estrés (Aguerre & Bouffard, 2008; Barra, 2004; Fernández et al., 2000; Fiori, Smith & Antonucci, 2007; Hicks et al., 2001; Kleinspehn, Kotte. & Smith, 2008) en (16).

Se encontró relación estadísticamente significativa para esta muestra, de correlación directa y positiva entre las variables apoyo social y escolaridad, así como también entre bienestar psicológico y escolaridad. En estudios de predicción de los componentes del bienestar (58), el nivel de estudios se ha asociado positivamente con los componentes del bienestar (Ryff, 2002). En otro estudio, los hallazgos acerca de la relación del nivel de estudios fueron positivos con las dimensiones del bienestar, destacando en dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida (53).

En relación al perfil de los/las cuidadores/as del estudio, se encuentran coincidencias con otras investigaciones (6-18-21) en las que también se describe

al cuidador como mujer, desempleada, responsable de las tareas domésticas, familiar directo y quien convive con la persona que cuida, es decir, continúa observándose un componente de género, a raíz de la asociación de la tarea de cuidar con el sexo femenino, sumándose a esto, la feminización de la vejez (el promedio de edad de la muestra de este estudio fue de 58 años).

Se encontró un nivel alto de bienestar psicológico que corresponde al 73% del puntaje total máximo posible, se han encontrado resultados similares en otros estudios, como el de Matus V., Barra E. (15) en el que se estudiaron a los cuidadores familiares de pacientes con cáncer terminal. En otro artículo estos valores altos se describen como relacionados con la etapa de la adultez mayor, donde las metas ya no son las mismas de hace 10 años, lo que disminuye la frustración al fracaso cuando no se puede llegar a concretar las metas propuestas a esta edad (59), en este sentido, algo de relación podría haber con la muestra de este estudio, ya que la media de edad fue de 58 años.

Se encontró un nivel de apoyo social percibido regular, lo que contrasta con otros estudios, donde la percepción de los cuidadores con respecto al apoyo disponible del entorno ha sido baja (7-40-41-42). Esto podría deberse a que algunos participantes podrían responder de acuerdo a lo “socialmente esperado” y no necesariamente a lo que les parece más congruente con su realidad.

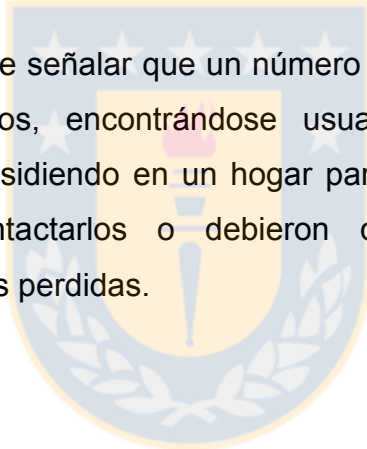
De acuerdo a estudios previos de validación de la escala de apoyo social, se decidió analizar en conjunto los ítems “familia” y “otros significativos”, pues se ha visto que para las personas adultas y adultas mayores, el otro significativo tiende a asociarse con un integrante del grupo familiar. El ítem tuvo un buen comportamiento ($\alpha=0,88$) y se encontró un nivel de apoyo medio en comparación al ítem “amigos”, cuyo resultado fue bajo. Los mismos encuestados hacían referencia a como los amigos se iban perdiendo con el tiempo, asociándolo a desinterés pero también a las dificultades propias para salir del hogar y realizar actividades de ocio y reunión.

Es necesario contar con un tamaño muestral mayor de cuidadores de sexo masculino para poder hacer análisis comparativos en dos muestras, para que así los resultados puedan ser generalizables o comparables con otros estudios.

Para próximos estudios, sería adecuado incluir la variable “situación de pareja”, pues algunos estudios (16-32) apuntan a que la presencia de pareja estaría relacionado con un mayor bienestar y mejor apoyo social.

Dentro de las limitaciones para la realización de este estudio, es importante mencionar que para facilitar la obtención de la información, las entrevistas se realizan mediante visitas domiciliarias, lo que en algunos sectores de mayor vulnerabilidad implicó situaciones de riesgo para el encuestador, pese a ser un profesional del área de la salud, pero desconocido para la comunidad.

Además es importante señalar que un número no despreciable de datos se encontraban desactualizados, encontrándose usuarios que habían fallecido, cambiado de dirección o residiendo en un hogar para personas mayores, por lo que no fue posible contactarlos o debieron quedar fuera del estudio, considerándose como visitas perdidas.



11. CONCLUSIONES.

A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir que, para la muestra de este estudio:

La relación existente entre el bienestar psicológico y el apoyo social percibido por los cuidadores familiares, es directa y de correlación positiva, es decir, en la medida que una de ellas es mejor, la otra también lo es.

La escolaridad es una variable que interfiere de manera positiva y directa tanto con el apoyo social percibido como con el bienestar psicológico, es decir, a mayor número de años de estudio existe una mejor percepción de apoyo social y bienestar psicológico.

El perfil del cuidador familiar está caracterizado por ser, mayoritariamente de sexo femenino, esposa o hija, con un promedio de edad cercano a la adultez mayor. Conviven principalmente con esposo o hijos y el familiar que cuidan. Dedicar gran parte de su día a la tarea de cuidar y en promedio llevan en esta labor 8 años.

Es un cuidador que en su mayoría no posee un trabajo remunerado, pese a tener nivel de escolaridad en promedio de 12 años, es decir, enseñanza media completa, lo que le permitiría acceder a un trabajo remunerado.

El perfil del enfermo es un usuario enfermo o secuelado de larga data, siendo en un 40% dependiente grave y en 60% dependientes totales, de acuerdo al índice de evaluación de Barthel, que valora la capacidad de las personas para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Los enfermeros y enfermeras que trabajan en comunidad deben poner mayor énfasis en promover y mantener una comunicación fluida con los cuidadores, guiándoles no sólo en la satisfacción de las necesidades de la persona que cuidan, si no de las propias, en primer lugar porque como personal de la salud son parte de la red de apoyo de estas personas, y en segundo lugar porque se conoce la sobrecarga que genera el estar al cuidado de otros, y esta

información debe ser traspasada y se deben realizar mayor número de intervenciones destinadas al autocuidado del que cuida.

Deben continuar realizándose investigaciones del ámbito social en salud, pues es sabido que en un futuro cercano los enfermeros y enfermeras continuaremos trabajando con un número importante de usuarios adultos mayores, por lo que entender la importancia que tiene en esta etapa el apoyo social y el bienestar psicológico para el envejecimiento positivo, nos permite intervenir con mayor conocimiento y buscar nuevas herramientas que ayuden al desarrollo o mantenimiento del bienestar de las personas.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012 – 2025. [Internet]. 1° ed. Chile: 2012 [citado 30-12-14] Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas_.pdf
- 2.- Cerda R. Cambios demográficos y sus impactos en Chile. Centro de Estudios Públicos [Internet].2008 [citado 31-12-2014] 1:1-75. Disponible en: http://www.cepchile.cl/1_4158/doc/cambios_demograficos_y_sus_impactos_en_chile.html#.VKIKw14AOA
- 3.- MINSAL. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. [Internet] Chile: 2011 [Citado el 02.01.2015] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- 4.- Arriagada I. La Crisis de cuidado en Chile. Centro de Estudios de la Mujer [Internet].Chile: 2009. [Citado 11.09.2016] Disponible en: www.cem.cl/proyectos/documentos/Arriagada_crisis.pdf
- 5.- Flores E., Rivas E., Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y Enfermería. 2012; 18(1):29-41.
- 6.- Jofré V., Sanhueza O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. Ciencia y Enfermería. 2010; 16 (2):111-120.
- 7.- Espinoza K., Jofré V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Ciencia y Enfermería. 2012; 18(2):23-30.
- 8.- Giraldo C., Franco-Agudelo G. Calidad de vida de los cuidadores familiares. AQUICHAN [Internet] 2006 [Citado 11.09.2016] 6(1): 38-53. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/79/163>
- 9.- Greenwood N., Mackenzie A., Cloud GC, Wilson N. Informal carers of stroke survivors-factors influencing carers: a systematic review of quantitative studies. Disabil Rehabil [Internet] 2008 [Citada 11.09.2016] 30:1329–49. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19230230>
- 10.- Giró J. Envejecimiento activo, envejecimiento positivo [Internet]. 1° ed. España: La Rioja; 2011 [citado 31-12-14]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=343628>

- 11.- De-Juanas A., Limón M., Navarro E. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social, Revista Universitaria* [Internet] 2013 [Citada 22.04.2016] 22:153-168. Disponible en: http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia_social/article/view/411
- 12.- SENAMA. Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. [Internet] Chile: 2009. [Citado 02.01.2015] Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf
- 13.- Huenchuan S., Fassio A., Carlos S., Osorio P., Miño A., Batthyany K., et al. Envejecimiento, género y políticas públicas. [Internet] Uruguay: 2010. [Citado 02-01-2015] Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/25581/1/envejecimiento_genero_y_politicas_publicas.pdf
- 14.- Pérez J. La feminización de la vejez. *Centre d'Estudis Demogràfics* [Internet]. 2003 [citado 03-01-2015];104(3):91-121. Disponible en: <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/PDFs/ArtiLamujer.pdf>
- 15.- Matus V., Barra E. Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud* [Internet] 2013. [Citada 22.04.2016]; 23(2):153-160. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud232/232/Viviana%20Matus%20Donoso.pdf>
- 16.- Vivaldi F., Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*. 2010; 30(2):23-29.
- 17.- Fernández A, Manrique-Abril FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global* [Internet] 2010. [Citada 04.01.2015]; 9(2):1-9. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107281>
- 18.- Ruiz-Robledillo N., Moya-Albiol L. El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción* [Internet]. 2012 [Citado 04.01.2015];1:22-30. Disponible en: http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
- 19.- Rivas J., Ostiguín R. Cuidador: ¿Concepto operativo o preludio teórico? *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, (2011). 8(1): 1-6.

- 20.- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J., Valderrama, M. y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: Análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5): 443-450.
- 21.- Vaquiro S., Stieповich J. Cuidadora Informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*. 2010; 16(2): 9-16.
- 22.- Comelin A. ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? *Icono* [Internet]. 2014 [citada 04-01-2014]; 50:111-127. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50931716007>
- 23.- García-Calvente M. Mateo-Rodríguez I. Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* [Internet] 2004. [Citada 28.08.2016]; 18(2): 83-92. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S021391112004000800011&script=sci_arttext&lng=pt
- 24.- Jofré Aravena V. Impacto de Cuidar sobre el/la cuidar/a informal [Tesis doctoral]. Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. 2009.
- 25.- Cheng HY., Chair SY., Chau JP. The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. [Internet] 2014 [Citado 11.09.2016] 95(1):30-44. Disponible en: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(14\)00013-5/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(14)00013-5/pdf)
- 26.- Slachevsky A., Budinich M., Miranda-Castillo C., Nuñez-Huasaf J., Silva JR., Muñoz-Neira C., Gloger S., Jimenez O., Martorell B., Delgado C. The CUIDEME study: determinants of burden in Chilean primary caregivers of patients with dementia. *J Alzheimers dis* [Internet] 2013 [citada 11.09.2016] 35(2):297-306. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23422358>
- 27.- Cid-Ruzafa J., Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. [Internet] 1997 [Citada 24.04.2016] 71:127-137- Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004
- 28.- Ramos M. PPT Índice de Barthel, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente. 2013 [Internet] [Citada 23.04.2016]. Disponible en: web.minsal.cl/portal/url/item/dabae5e899a823be040010164014f15.pptx+&cd=8&hl=es&ct=clnk&gl=cl

- 29.- MINSAL. Orientaciones para la planificación y programación en red año 2014. [Internet]. Chile: 2013. [Citado 02.01.2014] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e6485ed1642ee853e040010164011633.pdf>
- 30.- Mariñelarena- Dondena L. Surgimiento y desarrollo de la Psicología Positiva. Análisis desde una historiografía crítica. *Psicodebate* [Internet] 2012 [Citada 22.04.2016] 12; 9-22. Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/12/02-Psicodebate-Surgimiento-y-desarrollo-de-la-Psicologia.pdf>
- 31.- Park N., Peterson C., Sun J. La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Ter Psicol* [Internet] 2013 [Citada 22.04.2016] 31(1):11-19. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082013000100002&script=sci_arttext
- 32.- Satorres Pons E. Bienestar Psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital [Tesis doctoral] Valencia. Facultad de Psicología, Universitat de Valencia. 2013.
- 33.- Ortiz J., Castro M. Bienestar Psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y autoeficacia. *Contribución de enfermería. Ciencia y Enfermería*. 2009; 15(1):25-31.
- 34.- Vera-Villaruel P., Urzúa A., Silva J., Pavez P., Celiz-Atenas K. Escala de Bienestar de Ryff: Análisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad. *Psicología: Reflexao e Crítica*. [Internet] 2012 [citada 03.01.2015]; 26(1):106-112. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722013000100012&script=sci_arttext
- 35.- Machado W., Bandeira D. Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia* [Internet]. 2012 [citada 04.01.2015] 29;(4):587-595. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000400013
- 36.- Félix A., Aguilar R., Martínez M., Ávila H., Vásquez L., Gutiérrez G. Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados* [Internet]. 2012 [citada 04.01.2015]; 33:81-88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.011>

- 37.- Félix A., Aguilar R., Martínez M., Ávila H., Vásquez L., Gutiérrez G. Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas. *Cultura de los Cuidados* [Internet]. 2013 [citada 04.01.2015]; 36: 50-58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.06>
- 38.- Barrón A. *Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Vol 1. 1° ed. España: Siglo veintiuno; 1996.
- 39.- Durá E. Garcés J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social* [Internet] 1991 [citada 03.01.2015]; 6(2):257-271. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111762>.
- 40.- Molina J, Iáñez M, Iáñez B. El apoyo social como moderador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*. [Internet] 2005 [Citada 04.01.2015]; 15(1):33-43. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/817/1483>
- 41.- Herrera A, Flórez I, Romero E, Montalvo A. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *AQUICHAN* [Internet] 2012. [Citada 04.01.2015]; 12(3):286-297. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2308/pdf>.
- 42.- Vega-Angarita O. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *AQUICHAN*. [Internet] 2011 [citada 04-01-2015]; 11(3):274-286. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2019>
- 43.- Pereira T, Iost S. Relación entre apoyo social y capacidad funcional de los mayores con los cambios cognitivos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2012, vol.20, n.4 [cited 2014-09-29], pp. 677-684. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000400007>
44. Montes V. *Redes de apoyo social de personas mayores: Elementos teórico-conceptuales*. CELADE [Internet] 2003. [Citada 29.06.2014]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf>
45. Da Silva IC., Rocha SMM, Nascimento LC. Red y apoyo social en enfermería familiar: Revisión de conceptos. *Rev Latino-am Enfermagem*. [Internet] 2008 [citada 29.06.2014]; 16(2):1-4. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_24.pdf

46.- Yildirim Y, Kocabiyik S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(5-6):832-9.

47.- Silva IT., Griep RH., Rotenberg L. Apoyo social y rastreo de cáncer uterino y de mama entre las trabajadoras de enfermería. *Rev Latino-am Enfermagem*. [Internet] 2009. [citada 05.10.2014];17(4):77-84. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_13.pdf

48.- Tomás Miguel J.M., Oliver A., Navarro E., Meléndez J.C., Molina C. Comparación del bienestar psicológico de personas mayores dominicanas y españolas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. [Internet] 2009. [Citada 24.04.2016] 44(4):180-185. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-comparacion-del-bienestar-psicologico-personas-13139958>

49.- Barrera I. Bienestar psicológico de los cuidadores de adultos mayores en la asociación Casa del Otoño Municipio de Yopal Casanare [Tesis para optar al título de psicóloga] Colombia. Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades, CEAD. 2014.

50.- González T. Calidad de Vida del cuidador familiar del enfermo mental diagnosticado en el Instituto de Neurociencias del Caribe Santa Marta 2009. Duazary [Internet] 2009. [Citada 11.09.2016] 7(2):191-198. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/326>

51.- Pérez A. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. [Tesis doctoral] Salamanca. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. 2006

52.- Ryff, C. D. Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* [Internet] 1989. [Citada 18.01.2015]; 57(6):1069-1081. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1990-12288-001>

53.- Oliver A, Navarro E, Meléndez JC, Molina C, Tomás JM. Modelo de ecuaciones estructurales para predecir bienestar y ABVD en adultos mayores de la Republica Dominicana. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2009 [Citada 18.01.2015]; 26(3): 189-96. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n3/01.pdf>

- 54.- Arechabala C, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Cienc. enferm.* 2002; 8 (1): 49-55.
- 55.- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., & Valle, C.(2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- 56.- Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Pellegrini A, Macklin R, eds. *Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 1999: 33-46.
- 57.- Celina Oviedo H., Campo Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]* 2005; 34(4): 572-580 [Fecha de consulta: 20 de abril de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634409>> ISSN 0034-7450:
- 58.- Ryff, C. D. y Singer, B. From social structure to biology. En C. Snyder y A. López (Eds.). *Handbook of positive psychology [Internet]* 2002; 63-73. [Citada 25.04.2016] Disponible en: <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/83.pdf>
- 59.- Zamarrón C, Maria D. El Bienestar Subjetivo en la Vejez. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores N° 52. *Lecciones de Gerontología*; 2006.[Citada 16.05.2016] Disponible en: http://uom.uib.cat/digitalAssets/318/318219_march3.pdf

13. ANEXOS.

13.1 - Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Información para el participante y Consentimiento informado.

Título estudio: Bienestar psicológico y apoyo social percibido de personas al cuidado de adultos mayores.

Centro de investigación: CESFAM Víctor Manuel Fernández, Concepción.

Investigador responsable: Daniela Marín Bustamante.

Tutor académico: Sr. Manuel Castro Salas.

Estimado usuario:

Se solicita leer con atención y consultar ante cualquier duda. La presente carta tiene por objetivo invitarlo a participar en el estudio de Tesis de Magíster de la investigadora responsable, el cual es un requisito académico para obtener el grado de Magíster en Enfermería. El objetivo del estudio es, relacionar el nivel de bienestar psicológico y el apoyo social percibido de las personas al cuidado de adultos mayores de la comuna de Concepción, Chile.

Usted ha sido invitado a participar pues realiza actividades de cuidado a una persona mayor, en su domicilio.

Su participación consistirá en responder una encuesta que le tomará aproximadamente una hora, por una sola vez, lo cual no implica eventos adversos o riesgos, y se espera con los resultados obtenidos, contribuir en la calidad de la atención brindada a usted en su Centro de Salud Familiar, ya que estos resultados serán entregados allí. Estas respuestas se realizarán de manera anónima, con el objetivo de mantener la confidencialidad de la información entregada por usted.

Los datos obtenidos sólo se usarán en este estudio, y es importante destacar que no se accederá a datos personales, sólo lo que usted responda en la encuesta.

En caso de cualquier duda relacionada con el estudio, podrá contactarse con la Srta. Daniela Marín Bustamante, de lunes a jueves en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción. Ante cualquier duda relacionada con sus derechos como participante en el estudio clínico, podrá contactarse con el Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Concepción, ubicado en San Martín 1436, cuya Presidenta es la Dra. M^a. Antonia Bidegain, o al teléfono 41-2722745.

Es importante destacar que su participación es completamente libre y voluntaria, y puede retirarse de él en cualquier momento si lo desea, sin que esto afecte su calidad de usuario. Además debe estar en conocimiento de que su participación en él no tendrá una retribución económica, y de que la realización de este estudio no implica un beneficio inmediato o propio.



Hoja de Firmas documento de Consentimiento Informado.

Título estudio: Bienestar psicológico y apoyo social percibido en personas al cuidado de adultos mayores.

Centro de investigación: CESFAM Víctor Manuel Fernández, Concepción

Investigador responsable: Daniela Marín Bustamante.

Tutor académico: Sr. Manuel Castro Salas.

AUTORIZACIÓN

- He leído el procedimiento descrito. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio.

- Sé que recibiré una copia firmada de este consentimiento.

-Sé que puedo revocar mi autorización en cualquier momento, sin dar explicaciones.

NOMBRE COMPLETO PARTICIPANTE

RUT Y FIRMA

Yo, Daniela Marín Bustamante, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria, he contestado todas las dudas y no he ejercido ningún tipo de presión para que el participante ingrese al estudio.

RUT Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR CESFAM VMF

INICIALES DEL SUJETO_____

INICIALES DEL INVESTIGADOR_____

FECHA: _____

Versión N°2, 16 de Septiembre de 2015.

13.2 - Anexo 2: ESCALA DE APOYO SOCIAL.

Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet *et al.* (1988).

	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.	1	2	3	4
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme	1	2	3	4
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	1	2	3	4
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	1	2	3	4
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	1	2	3	4
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	1	2	3	4
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.	1	2	3	4
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	1	2	3	4

10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	1	2	3	4
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	1	2	3	4
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4



Versión N°2, 16 de Septiembre de 2015.

13.3 - Anexo 3: ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF.

Escala Bienestar Psicológico de Ryff de 39 ítems.

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
Estoy contento con cómo me han resultado las cosas	1	2	3	4	5
A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos	1	2	3	4	5
Expreso mis opiniones, aunque sean opuestas a la mayoría	1	2	3	4	5
Me preocupa cómo se evalúan las elecciones que he hecho	1	2	3	4	5
Es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	1	2	3	4	5
Disfruto haciendo planes y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5

En general, me siento seguro/a conmigo mismo/a	1	2	3	4	5
No tengo muchas personas que quieran escucharme	1	2	3	4	5
Tiendo a preocuparme sobre lo que otros piensan de mí	1	2	3	4	5
Me juzgo por lo que yo creo que es importante	1	2	3	4	5
He construido un hogar y modo de vida a mi gusto	1	2	3	4	5
Soy activo al realizar los proyectos que me propongo	1	2	3	4	5
Hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría	1	2	3	4	5
Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5
Tiendo a estar influenciado por gente con fuertes convicciones	1	2	3	4	5

Siento que soy responsable de la situación en la que vivo	1	2	3	4	5
Me siento bien con lo hecho en el pasado y con lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5
Mis objetivos en la vida han sido más satisfactorios que frustrantes	1	2	3	4	5
Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5
La mayor parte de las personas tienen más amigos que yo	1	2	3	4	5
Tengo confianza en mis opiniones por sobre las del consenso general	1	2	3	4	5
Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	1	2	3	4	5
Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5

Siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo/a	1	2	3	4	5
Me siento decepcionado/a de mis logros en la vida	1	2	3	4	5
No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	1	2	3	4	5
Me es difícil expresar mis opiniones en asuntos polémicos	1	2	3	4	5
Soy bueno/a manejando las responsabilidades de mi vida	1	2	3	4	5
No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida	1	2	3	4	5
Hace tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras en mi vida	1	2	3	4	5
Me siento orgulloso/a de quien soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5

Puedo confiar en mis amigos, y ellos en mí	1	2	3	4	5
Cambio mis decisiones si mis amigos o familia están en desacuerdo	1	2	3	4	5
Mi vida está bien como está, no cambiaría nada	1	2	3	4	5
Pienso que es importante tener nuevas experiencias	1	2	3	4	5
Realmente con los años no he mejorado mucho como persona	1	2	3	4	5
Con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5
La vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento	1	2	3	4	5
Si me sintiera infeliz con mi vida trataría de cambiarla	1	2	3	4	5

Versión N°2, 16 de Septiembre de 2015.

13.4 - Anexo 4: CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

CUESTIONARIO VARIABLES SODIODEMOGRAFICAS

Se le solicita colocar en el recuadro de la derecha una equis (X) frente a la alternativa que corresponda su respuesta, y responder por escrito si corresponde.

1. Edad: _____ (años cumplidos)

2. Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

3. Convivencia:

___ Convive con pareja sin estar casados

___ Convive con pareja, casados

___ Convive sólo con familiar al que cuida

___ Convive con pareja y familiar al que cuida

___ Vive sólo

Otra opción. ¿Cuál? _____

4. Último año de estudios cursado completo: _____

5. Práctica religiosa

___ Practica o pertenece a alguna religión

___ No practica o pertenece a alguna religión

6. Pertenencia a grupos.

Si

No

Si la respuesta anterior fue SI, ¿a qué grupo pertenece?

7. Práctica de actividades recreativas.

Si

No

Si la respuesta anterior fue SI, ¿con que frecuencia las realiza?

1 vez al mes

2 veces al mes

4 veces al mes

Más de 4 veces al mes.



8. Parentesco con la persona que cuida:

Esposa

Madre

Hija

Hermana

Otra. ¿Cuál? _____

9. Ocupación (a qué se dedica además de estar al cuidado de su familiar):

___ Trabajo doméstico no remunerado

___ Trabajo remunerado, señale cuál: _____

10. Tiempo al cuidado de familiar, en años: _____

11. Horas diarias que ejerce cuidado de familiar.

___ Menos de 6 horas diarias.

___ Entre 6 y 12 horas diarias.

___ Más de 12 horas diarias.

