UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

"Nivel de sobrecarga del cuidador formal y dependencia física y/o psíquica del adulto mayor en residencias de larga estadía"

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

Cinthya Ira-Ira Mercado.
Mauricio Negrete Reyes.
Paz Rosas Peralta.
VALDIVIA – CHILE
2012

Profesor Patrocinante:

Nombre: Ida Elizabeth Flores González.
Profesión: Enfermera
Grado: Magíster en Enfermería, Mención Gestión del Cuidado. Diplomado en Administración de Empresas de Salud. Diploma en Gestión de Calidad para la Gestión del Cuidado.
Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina

Firma:

Profesores Informantes:

Nombre: Vinka Aleova Yusef Contreras.
Profesión: Enfermera
Grado: Magister en Enfermería, Mención Gestión del Cuidado
Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina

Firma:

Nombre: Patricia Triviño Vargas.
Profesión: Enfermera
Grado: Magíster en Enfermería
Instituto: Enfermería
Facultad: Medicina

Firma:

AGRADECIMIENTOS

Primero agradecer a Dios por estar presente en mi vida y ser mi guía en las etapas de mi vida.

Agradecer la oportunidad de conocer a toda esa gente maravillosa que me dio su apoyo y bendición.

A mi familia, por estar siempre conmigo, dándome su apoyo y animo cuando mas los necesite; por resistir a mis miedos, incertidumbres, mis regaños, mis iras. Por darme su amor y cariño, el que me formo como la persona que soy hoy.

Agradecer a mis amigas y compañeras que logramos enfrentar juntas esta gran batalla (Anita, Ina, Eni, Harlette, Martina, Pixo *).

Agradecer a mis compañeros de tesis (Paz y Mauricio), que juntos logramos obtener esta investigación a pesar de todas las adversidades, y a nuestra docente guía Ida Elizabeth Flores G. quien tuvo la paciencia en guiarnos en nuestra etapa de formación.

Cinthya Ira-Ira Mercado

Este agradecimiento va dirigido principalmente a mis padres, hermana, sobrino abuelitas; ya que siempre fueron un pilar fundamental en estos años de formación, me motivaban a seguir y son lo más importante que tengo.

Además no puedo dejar de mencionar y agradecer a mis compañeras de tesis, Paz Rosas y Cinthya Ira-Ira, que pese a todas las dificultades que se presentaron logramos llevar a cabo de manera óptima esta investigación, pero siempre con el apoyo incondicional de nuestra profesora guía Sra. Elizabeth Flores con quien siempre pudimos confiar y que nos brindo todo su apoyo y paciencia durante este largo proceso.

Finamente agradecer a mis amigos Pablo Campos, Viviana Otey, Nicole Troncoso, Ángela Berthet, Daniela Llanquipichun y Paulina Neira que siempre estuvieron a mi lado, y fueron mi familia durante estos años en Valdivia y siempre me apoyaron en mis alegrías, pero principalmente en mis momentos no tan buenos.

Mauricio Ignacio Negrete Reyes.

Este agradecimiento va especialmente dirigido a mí Familia, padres y hermana, ya que fueron un pilar fundamental con su apoyo continuo durante mis años de formación; muchas gracias por la comprensión, animo, cariño y por sobre todo el amor que me brindaron día a día principalmente en los momentos difíciles por los cuales tuve que pasar a causa de mi enfermedad, lo que marco mi vida de distintas forma, y que de todas maneras fortaleció mi por la profesión que elegí.

También agradezco sinceramente a todas las personas que fueron un ente importante en el desarrollo de mi vida durante el período universitario, mi familia Valdiviana y Malalhuina; ya que gracias a ellas pude conllevar entusiasta y positivamente cada actividad que se me fue presentando en el día a día; principalmente a mis grandes amigas: Cinthya, Martina, Harlette y Denisse

Destaco el agradecimiento a mis compañeros de tesis Mauro y Cinthya, con quienes pase más peripecias de lo esperado, durante el recorrido de los hogares, lo que sin duda nos unió como grupo y nos favoreció para estrechar lazos de amistad.

Por último, quiero destacar la gran motivación, disposición y la buena orientación que recibimos por parte nuestra profesora guía Sra. Elizabeth Flores, quien nos brindo mucho más que las herramientas necesaria para la tesis, sino que también las herramientas para ser unas buenas personas y unas buenas futuras profesionales.

Paz Angela Rosas Peralta

1. ÍNDICE

1. ÍNDICE 6

2. RESUMEN 7

3. SUMMARY 8

4. INTRODUCCIÓN 9

5. MARCO TEORICO 11

6. OBJETIVOS E HIPOTESIS 23

6.1. OBJETIVO GENERAL: 23

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 23

6.3. HIPÓTESIS: 23

7. METODOLOGIA 24

7.1. DISEÑO DEL ESTUDIO: 24

7.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO: 24

7.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN. 24

7.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. 25

7.5. RECOLECCIÓN DE DATOS: 25

7.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS: 26

7.7. RIGOR ÉTICO: 28

8. PROYECCIONES PARA LA PROFESIÓN/DISCIPLINA/SALUD PÚBLICA 29

9. RESULTADOS 30

10. . DISCUSIÓN 37

11. CONCLUSIONES 40

12. REFERENCIAS 41

13. ANEXOS 44

2. RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación existente entre la sobrecarga del cuidador formal y el grado de dependencia física y psíquica del adulto mayor. Material y métodos: Investigación cuantitativa de corte transversal, descriptiva y de asociación en 52 Cuidadores Formales y 144 Adultos Mayores pertenecientes a Establecimientos de Larga Estadía de la Región de los Ríos. Se utilizó la escala de Zarit en cuidadores e Índice de Barthel y Mini –mental State Examination de Folstein (MMSE) en adultos mayores, además de aplicar una escala Sociodemográfica en ambos casos. Resultados: La mayoría de los cuidadores formales son mujeres, con una media de edad de 39,67 años, solteras, sin hijos, sin antecedentes mórbidos, con educación media completa, dedican al cuidado entre 11 a 15 horas diarias, por un periodo de 1 a 5 años, en donde un 57.7% presento algún nivel de sobrecarga. Los adultos mayores en su mayoría mujeres, con una media de edad de 84 años, con patologías cardiovasculares 37,2% Osteomusculares 14,5% y psiquiátricas con un 10,7%, en donde un 45,1% no presenta estudios y solo un 11,1% contaba con su enseñanza media completa, y un 94,4% presento un grado de dependencia física, y un 84% presento alguna alteración cognitiva, las pruebas estadísticas demostraron significancia entre las variables de sexo y el MMSE. Conclusión: Los resultados obtenidos en esta investigación son significativos, ya que, no se cuentan con antecedentes previos de los temas investigados, por otra parte, brinda datos sobre la gran cantidad de adultos mayores dependientes tanto física y psicológicamente en los establecimientos de la Región, además de la importancia de contar con un profesional Enfermero especializado en Geriatría en los establecimientos, ya que se contaría con una mejor gestión del cuidado.

Palabras claves: Cuidador formal, Adulto Mayor, Sobrecarga, Dependencia.

3. SUMMARY

Objective: To determine the relationship between formal caregiver burden and degree physical and psychological dependency of the elderly. Methodology: A cross-sectional quantitative research, descriptive and association in 52 formal caregivers and 144 elderly belonging to the Region de Los Ríos. We used the Zarit scale in caregivers and Barthel Index and Mini-Mental State Examination of Folstein (MMSE) in elderly, in addiction to applying a scale Sociodemographic in the both case. Results: Most of the formal caregivers are women, with a mean of age of 39.67 years old, unmarried, without children and morbid history, with completed secondary education, dedicated to the care between 11 to 15 hours per day, for a period of 1-5 years, where 57.7% had some level of burden. The mostly of the elderly are women, with a mean of age of 84 years old, with 37.2% of cardiovascular diseases, 14.5% musculoskeletal diseases and 10.7% of psychiatric diseases, where 45.1% of the elderly don´t have studies and only 11.1% had completed their secondary education, 94.4% had a degree of physical dependence and 84% showed abnormal cognitive, statistical test showed significance between the variables of sex and MMSE. Conclusion: The results of this research are significant because, don´t exist a prior history of research subjects, on the other hand, provides data on the large number of elderly dependents both physically and psychologically in the establishments of the region, and the importance of having a professional nurse specializing in geriatrics in establishments, since it would provide better care management.

Keywords: Formal Caregiver, Elderly, Burden, Dependency.

4. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la población se encuentra en una etapa de cambio demográfico, que es avalado por estudios estadísticos, los cuales revelan un incremento del envejecimiento poblacional. Esto trae consigo un aumento de patologías crónicas y una disminución en las tasas de mortalidad en personas mayores de 60 años, también hay un aumento en la demanda de la asistencia para satisfacer las necesidades básica de esta población envejecida. Entendiéndose el envejecimiento como un proceso continuo e irreversible, en donde se presenta una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación.

Actualmente las familias que se ven en la situación de cuidar a un Adulto Mayor (AM), tienen dificultades, puesto que no siempre cuentan con un miembro de la familia disponible para dedicarse al cuidado exclusivo, lo que se encuentra relacionado con: el ingreso de la mujer al mundo laboral (ya que esta es la principal cuidadora informal dentro de la familia); el menor número de integrantes en la familia, viviendas de menor dimensión y desconocimiento de las técnicas adecuadas para entregar los cuidados.

Es por esto que se hace necesaria la habilitación de residencias de larga estadía para la atención de adultos mayores vulnerables, en donde es fundamental el trabajo de los cuidadores formales, entregando cuidados a AM con variados niveles de dependencia y presencia de problemas psicológicos, lo que dificulta su labor y aumenta el grado de sobrecarga laboral, determinando como principal factor de riesgo la aparición del síndrome del cuidador. Al respecto se necesita conocer las características legales de la conformación de instituciones autorizadas, junto con el perfil epidemiológico del personal que ahí trabaja, y de los AM que residen en ellas.

Por lo mencionado anteriormente, esta investigación se enfoco en conocer la relación existente entre el nivel de sobrecarga que puede presentar el cuidador formal y el grado de dependencia física y psíquica que presenta el AM, en residencias de larga de la Región de los Ríos.

Para esto se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo y de asociación, para determinar la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador y el grado de dependencia del AM que se encuentran en las residencias de larga estadía de la Región de los Ríos (Anexo 1), durante el año 2012. El estudio se desarrollo a través de la aplicación de un cuestionario sociodemográfico y de escalas que han sido validadas en Chile (Índice de Barthel,

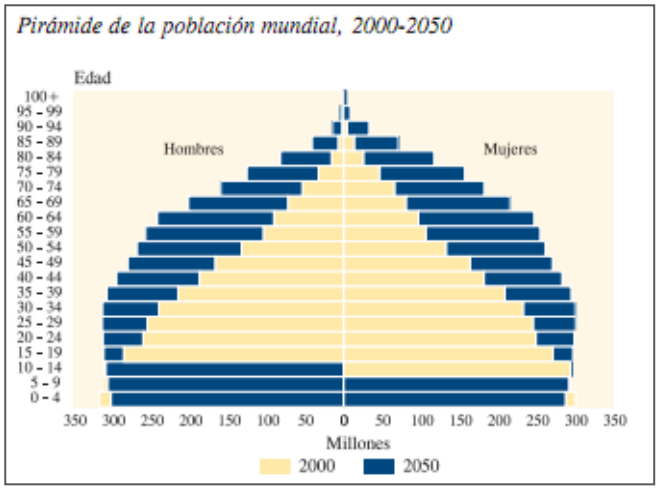
Mini –mental State Examination de Folstein (MMSE) y la escala de Zarit). Los datos obtenidos fueron analizados a través del programa estadístico SPSS versión 15.0. Se solicitó la autorización por parte del comité de Ética del Servicio de Salud Valdivia y de los directores técnicos de las residencias de larga estadía para la realización de la investigación, se obtuvo el consentimiento informado del cuidador y del AM.

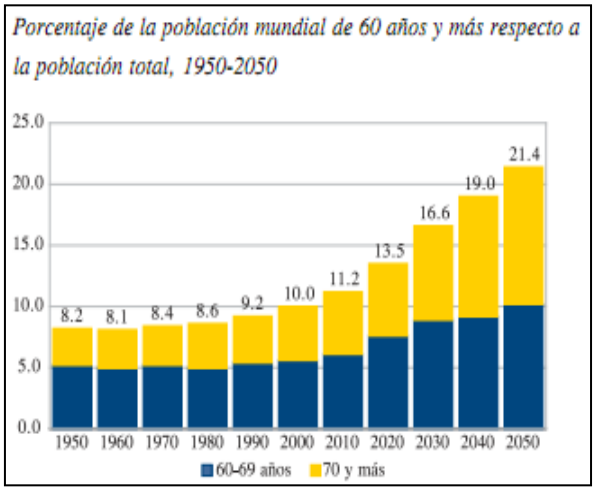
Ésta investigación adquiere relevancia, debido al escaso desarrollo de estudios sobre el tema y porque los adultos mayores son una población vulnerable que requiere de mayores cuidados para satisfacer sus necesidades, los cuales influyen directamente en la calidad de vida de éstos. Los resultados servirán para adecuar los recursos a utilizar en atención primaria y comunitaria, asimismo permitirá determinar el perfil de los cuidadores formales y AM de las residencias de larga estadía de la Región.

Debido a todo lo anteriormente nombrado y la falta de estudios referentes al tema, nace la inquietud por conocer la realidad laboral de los cuidadores formales, junto con las características propias de los AM institucionalizados en la Región de los Ríos. Para la disciplina de enfermería es relevante la realización de este estudio, para aumentar el conocimiento enfermero en el área de la Gerontología, puesto que el profesional de enfermería es el más apropiado para dirigir éstas instituciones, ya que a través de la gestión del cuidado son capaces de brindar cuidados de calidad integrando las cuatro áreas del rol.

5. MARCO TEORICO

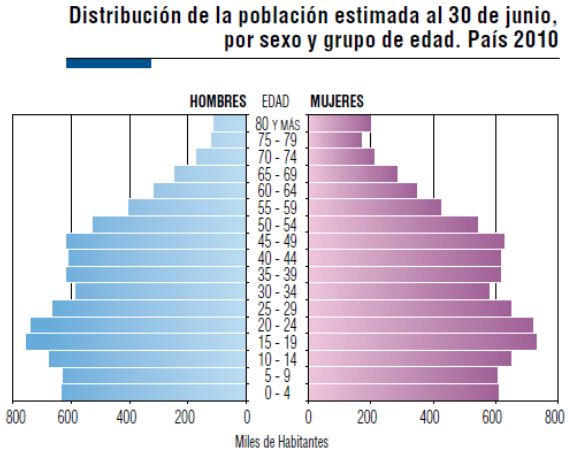
La población mundial viene siendo afectada por un proceso de transición demográfica desde los años 50, se estima que entre el año 2000-2050 la pirámide poblacional se verá modificada con una disminución en las edades de 15 años y menos y un aumento en la población entre los 60 o más años. Se debe tener en cuenta que los principales factores que influyen en este cambio son: el aumento en la esperanza de vida al nacer y la disminución de la tasa de fecundidad; esto nos sitúa en un contexto mundial en donde el aumento de las personas Adulto Mayor debe ser considerado en el orden sociopolítico como un desafío para la atención de salud (1).

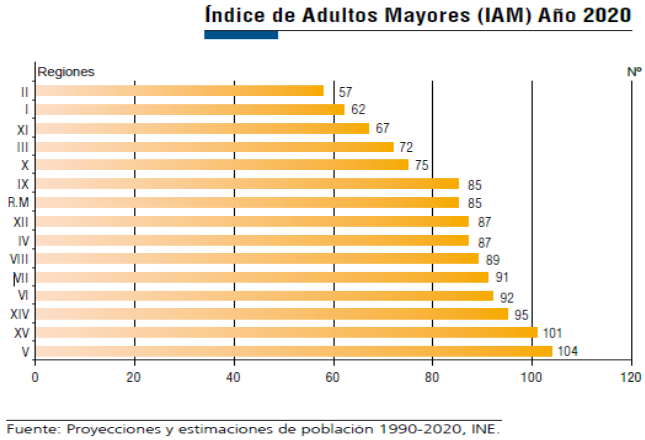




Fuente: World Population Prospects: The 2002 Revision (1)

En Chile se hace cada vez más visible el aumento en la población Adulto Mayor, la base para que esto ocurriese data de la década de los 60, en donde hubo cambios como descenso de la fecundidad y grandes avances en el área de la medicina, lo que claramente provocó un aumento de la esperanza de vida al nacer. Actualmente la esperanza de vida para los hombres en Chile es de 76 años y en las mujeres es de 82 años, en una proyección para los años 2010-2015 (2). En 1970 había 19 personas de 60 años o más por cada cien menores de 15 años; en cambio, en 2010 hubo 58 adultos mayores por cada cien menores de 15 años, en comparación a la misma cantidad de menores de 15 años (3), por lo tanto la población se encuentra en una etapa avanzada de transición hacia el envejecimiento demográfico.





Fuente: Instituto Nacional Estadística (INE), Población Adulta Mayor en el Bicentenario, Septiembre de 2010. (3)

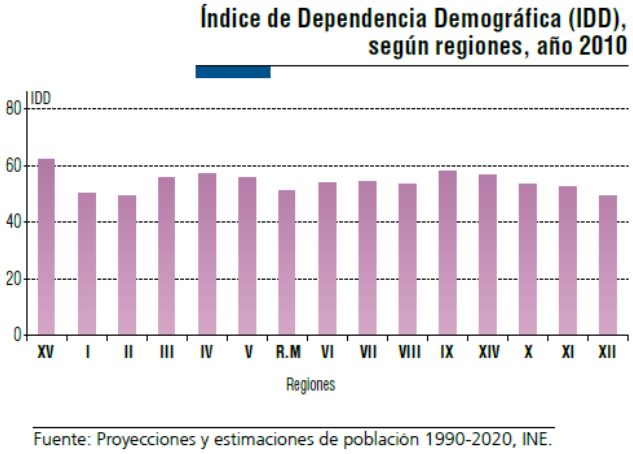
El envejecimiento se define como un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación (4). Se reconoce el envejecimiento individual y el demográfico o poblacional, en donde el individual es aquel que experimenta cada persona durante el transcurso de su vida de forma irreversible. Por otra parte el demográfico tiene relación directa con el incremento del número de AM respecto al conjunto de la población a la cual pertenecen (5).

La Ley Nº 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (6) (SENAMA) define como AM a "toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferenciar entre hombres y mujeres", por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), destaca la definición de Gorman del año 2000, la cual refiere, que a pesar de las diferencias entre edades para establecer al AM, a nivel de países desarrollados se le considera cuando su contribución activa ya no es posible (7).

Con respecto a lo anterior, de gran relevancia es el concepto de dependencia que define el Consejo de Europa (8) como: "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal".

Una definición más actual de dependencia se encuentra propuesta en El Libro Blanco, en donde se hace un análisis al nuevo planteamiento de discapacidades dado por la OMS en el año 2001, en este libro español se hace hincapié en que la dependencia es el resultado de un déficit en el funcionamiento corporal por consecuencia de un accidente o una enfermedad. Este déficit trae consigo una limitación en la actividad, la cual al no ser compensada por una

adaptación del entorno provoca una restricción en la participación, y por lo tanto, dependencia de ayuda, la que es otorgada por otras personas para poder realizar actividades de la vida diaria (8).



Fuente: INE, Población Adulta Mayor en el Bicentenario, Septiembre de 2010 Chile.

En Chile se han validado instrumentos para lograr determinar el grado de dependencia que presenta el Adulto Mayor, los cuales son aplicados durante los controles realizados en atención primaria una vez al año, estos instrumentos son: el índice de KATZ, el índice de Barthel y el Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE), que abarca el área cognitiva de la persona (9).

A continuación una breve descripción de cada uno de estos:

Índice de actividades de la vida diaria (KATZ): Consta de seis ítems, donde destacan: baño, vestirse/desvestirse, uso del inodoro, movilidad, continencia y alimentación. Para lo cual la escala define lo que se considera como dependiente e independiente según cada término. El instrumento clasifica a las personas en 7 grupos de la A-G, donde A es para el adulto independiente y G como adulto con la máxima dependencia (9) (Anexo 2).

Índice de Barthel o de Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD): Consta de 10 parámetros; ocho grupos de actividades: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, usar el urinario, trasladarse, deambular y subir escalones y dos funciones corporales: deposiciones y micción las cuales tiene como condición valorarse la semana previa. Se clasifica como Independiente aquellos que obtengan puntuación 100 o 90 en caso de que ocupen silla de ruedas y con Dependencia severa si el resultado es menor o igual a 35 puntos (10) (Anexo 3).

Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE): Instrumento útil en la búsqueda de deterioro cognitivo moderado. Consta de una serie de preguntas agrupadas en diferentes categorías que representan aspectos relevantes de la función intelectual:

- Orientación témporo-espacial.
- Memoria reciente y de fijación.
- Atención.
- Cálculo.
- Capacidad de abstracción.
- Lenguaje y praxis (denominación, repetición, lectura, orden, grafismo y copia), (9) (Anexo 4).

De una puntuación total de 30 puntos, el valor por debajo de 24 puntos indica deterioro cognitivo.

Según un estudio realizado el año 2009, el SENAMA (11) estableció diversos grados de dependencia en el AM (leve, moderado y severo), en relación a la actividad diaria que realiza el AM y la ayuda requerida para su realización:

Las Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) evaluadas fueron: preparar comida, manejar su propio dinero, salir solo de su casa, efectuar compras, hacer o recibir llamadas telefónicas, efectuar quehaceres livianos de la casa, organizar y tomar sus propios medicamentos.

Las Actividades básicas de la vida diaria evaluadas fueron: bañarse, vestirse, caminar, comer, usar el excusado, acostarse y levantarse de la cama.

Clasificación de los grados de dependencia:

Dependencia Leve:

- Incapacidad para efectuar una AIVD.
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar una ABVD.
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar dos AIVD.

Dependencia Moderada: es aquella que requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye:

- Incapacidad para bañarse.
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar dos ABVD.
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar tres AIVD.
- Incapacidad para efectuar una AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar una ABVD.

Dependencia Severa: Personas con limitación funcional severa, que debido a su situación, necesitan ayuda siempre. Las situaciones que se incluyen son:

- Individuos postrados. Se define como aquellos confinados a su cama.
- Sujetos que presenten Demencia de cualquier grado. Se define como puntaje MMSE corto <13 puntos y puntaje test de actividades funcionales de Pffefer >5 puntos. (instrumento de actividad funcional aplicado al acompañante del AM cuando este obtiene un puntaje < 13pts en el MMSE)(11).
- Presencia de alguna de las siguientes situaciones:
- Incapacidad para efectuar una ABVD (excepto bañarse).
- Incapacidad para efectuar dos AIVD.

Si la persona cumple con alguno de los tres criterios mencionados, se considera como dependiente severa (12).

Al aumentar la cantidad de AM dependientes, se ha hecho necesario establecer lugares de larga estadía para brindar los cuidados básicos necesarios que estos requieren y que no pueden ser brindados en el hogar; a partir de esto nace el concepto de Residencia, que Tellechea en el 2005 refiere como un "centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia" (13).

Con respecto a las residencias de larga estadía en Chile, el 24 de Febrero de 2010 se promulgo el "Reglamento de Establecimientos de larga estadía para Adultos Mayores" (14), en el cual se consideró la necesidad de poner al día las normas que sirven para regular el funcionamiento de estos establecimientos, con el fin de proporcionar cuidados holístico a los AM. En el artículo 2º de este reglamento, se define al establecimiento de larga estadía para AM (ELEAM), como un lugar en donde residen personas de 60 años o más, y que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y de cuidados diferenciados. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes.

Las residencias de larga estadía para AM, deben cumplir con un conjunto de reglamentos para poder establecerse y tener la autorización sanitaria otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud, la que está encargada de realizar la fiscalización, control y supervisión. Dicha autorización tiene una vigencia de 5 años, la que será renovada automáticamente y sucesivamente por periodos iguales mientras la Secretaría así lo determine (14).

Los ELEAM deben contar con una dirección técnica, a cargo de un profesional de la salud con título de una carrera de a lo menos ocho semestres y preferentemente con capacitaciones en el área de gerontología o también por un profesional del área de ciencias sociales con postítulo en gerontología, el cual deberá cumplir horarios en la institución según el número de residentes que posea (14).

Los ELEAM deben contar con programas de atención para los AM con deferentes niveles de funcionalidad, para lo cual deben contar con:

- Protocolos de prestaciones de cuidado, mantención y rehabilitaciones que brindaran a los residentes.
- Protocolos de ingreso e inducción a AM en periodo de ingreso a la residencia.
- Servicios de apoyo a los AM, donde destacan la alimentación, aseo personal, higiene, vestuario, lavado de ropa, realizados cuando sea pertinente para cada residente.
- Base de datos de aplicación de instrumentos de valoración geriátrica integral a cada uno de los AM (índice de KATZ).
- Programas de recreación y distención de los AM acorde al nivel funcional de cada uno.
- Planes de mantención y creación de redes de apoyo comunitarias (14).

La institución deberá contar con personal adecuado a sus necesidades (número AM y su nivel de dependencia) para mantener de forma permanente la atención integral de sus residentes. Para lo cual deberá contar a lo menos con:

- Enfermera, encargada de gestionar los cuidados de los AM.
- Nutricionista para determinar minutas y dietas.
- Kinesiólogo y/o terapeuta ocupacional para realizar la rehabilitación y mantención de la funcionalidad de los AM.
- Técnico paramédico, encargado de la alimentación por sonda, aseo personal de AM, mantención higiene camas y habitaciones, prevención úlceras por presión (UPP) y administración de medicamentos.
- Asistente social encargada de insertar e integrar el ELEAM a redes locales de servicio.
- Manipuladores de alimentos capacitados, en una cantidad adecuada al número de residentes.
- Auxiliares de servicio, encargados de realizar el aseo diario y lavandería de la residencia, se debe contar con el número adecuado de éstos según el número de AM (14).

Por su parte, a los cuidadores les corresponderá realizar: asistencia para la alimentación oral de los AM que lo requieran, traslado, acciones de aseo personal y de la habitación o

ejecución de la misma, baño a residentes, desarrollo de actividades para el mantenimiento de movilidad, prevenir UPP y administración de medicamentos (14).

Para el funcionamiento activo de estas residencias es fundamental la presencia de cuidadores, que se define como la “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” (15).

Al respecto, se pueden diferenciar dos tipos de cuidadores:

Cuidador informal: es aquel que no percibe una remuneración por el cuidado del AM, con el cual puede o no tener lazo consanguíneo, además dicho cuidado se realiza en el hogar y no cuenta con limite horario en el cuidado (15).

Cuidador formal: es aquel que recibe una remuneración por el cuidado del AM, el cual puede o no contar con una certificación de sus conocimientos en el rubro; además no posee un lazo consanguíneo con este y cuenta con un lugar físico adecuado para la atención, con horarios acorde a lo establecidos (15).

De gran importancia es evaluar el grado de sobrecarga que presentan los dos tipos de cuidadores, ya que este cuidado prolongado puede traer consigo implicancias negativas en su entorno bio-psico-social, la cual se evalúa a través de la escala de Zarit (16).

La **Escala Zarit**, es un instrumento de evaluación que incluye calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos de la persona a su cuidado; es un cuestionario tipo likert que consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<46puntos), "sobrecarga ligera" (47-55 puntos) o "sobrecarga intensa" (>56 puntos). "Sobrecarga ligera" representa un factor de riesgo para generar "sobrecarga intensa". Esta última se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador. Por las dimensiones que evalúa es recomendada para los estudios comparativos, porque permite caracterizar dinámicas socioculturales, las cuales pueden ser de utilidad en la programación de intervenciones (16) (Anexo 5).

Los AM que viven en residencias de larga estadía necesitan cuidados mínimos que, según su grado de dependencia, deberán ser entregados en menor o mayor proporción por sus

cuidadores. Dentro de éstos cuidados básicos para mantener una mejor calidad de vida destacan (17):

- Mantener la higiene, éste término está relacionado tanto con la higiene corporal como la pública (alimentos, vestimenta y de las dependencias de la residencia), las que se relacionan por la directa interacción de los adultos mayores con su entorno.

- Garantizar una buena alimentación, determinada por la elección de los alimentos adecuados y necesarios para los AM, basada en el desarrollo de adecuados hábitos de alimentación. Para su cumplimento es de suma importancia contar con una adecuada infraestructura y personal de cocina. Además de un personal capacitado para brindar alimentación enteral en los casos que sea necesario.

- Comunicación permanente, esencial para garantizar una adecuada entrega de los cuidados, ya que, mientras más efectiva sea, de mejor calidad serán los cuidados entregados a los AM residentes.

- Correcta administración de medicamentos, porque los AM requieren de muchos fármacos de uso diario, los que tienen relación directa con el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la morbilidad y mantención de la calidad de vida.

- Actividad en las personas con diferentes grados de dependencia, esto favorece el retraso en la aparición de la pérdida de las reservas físicas y psíquicas que las personas mantienen, por lo tanto los cuidadores con apoyo de otros profesionales deben estar en conocimiento de que tipo de ejercicios o actividades pueden realizar las personas que tienen a su cargo.

Se puede destacar que el alto nivel de dependencia de los AM, que en su mayoría poseen enfermedades crónicas de base (patologías cardiovasculares y osteoarticulares entre otras), aumenta considerablemente la necesidad de proporcionar cuidados de calidad por parte de los cuidadores. A su vez al aumentar la necesidad de entrega de cuidados, aumenta las tasas de morbilidad de los cuidadores, ya que la sobrecarga está directamente relacionada con la aparición de estrés, ansiedad, depresión y el Síndrome del cuidador (18). Es por todo esto que el mantener personas con altos niveles de dependencia en el hogar/residencia, conlleva una gran dedicación en la entrega de cuidados, que a su vez deben ser adecuados y oportunos a las necesidades del AM.

Una investigación sobre la “Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado” destaca la presencia de factores estresores que afectan a los cuidadores, algunos de los más importantes en este estudio son: la sobrecarga percibida de trabajo, dificultades con otros miembros del personal, problemas sindicales, tratamiento en condiciones críticas de enfermedad, casos difíciles o sin esperanza, falta de tiempo, subutilización de habilidades, ambigüedad acerca del futuro, falta de autonomía, escasez de recursos y bajos salarios (19).

Para identificar el nivel de Burnout se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), que mide el Burnout como una forma específica de estrés, en el estudio los puntajes obtenidos en el MBI, mostraron que poco más de la mitad de los entrevistados presentó un nivel de Burnout nulo o bajo y porcentajes inferiores Burnout medio y alto (19).

Por otra parte, esta investigación determina algunos factores predisponentes para presentar sobrecarga en el cuidador, los cuales son: tener 30 años de edad o menos, desempeñar el puesto de cuidador formal, trabajar más de ocho horas diarias, no descansar ningún día a la semana, tener quince años o menos de antigüedad en el puesto, tener estudios secundarios y ser padres solteros (19).

También tienen relevancia las capacitaciones que deben ser brindadas a los cuidadores sobre el envejecimiento (biológico y psicológico) y los cuidados adecuados que se deben entregar a los Adultos Mayores, todo esto sin considerar el grado de dependencia de las personas a cuidar.

Por último hace hincapié en el trabajo interdisciplinario en las residencias, en especial de aquellos que se dedican a atender la salud mental, para que asistan no sólo las necesidades de los residentes, sino también las de los cuidadores que trabajan en estas instituciones, ya que son individuos que presentan emociones que repercuten en su salud y en el trato que dan a los que están bajo su cuidado (19).

Agudelo, Ayala y Ríos (20), en su investigación sobre caracterización de la movilidad de ancianos de Colombia, determina que la asistencia en los Adultos Mayores tiene como objetivo potenciar y/o permitir la responsabilidad de éstos sobre sus propios cuidados. Al respecto destaca la importancia de realizar programas de autocuidado para lo AM tomando en cuenta los diferentes grados de dependencia.

Se enfatiza que atender a una persona senil hasta en sus más simples necesidades puede resultar una tarea difícil y absorbente, por lo cual es necesario incentivar que las entidades

educativas de formación técnica y profesional, apoyen mediante talleres de actualización y aprendizaje, a las personas que trabajan como prestadores del cuidado del AM (20).

Según López, Ortega y Martínez (21), el realizar una valoración funcional del AM será un medio de identificación y de restructuración en el diseño de un cuidado adecuado e individualizado para éste. Esto permitirá mejorar la discapacidad o si es muy compleja, favorecer la función.

Debido a lo anterior, los diferentes instrumentos de valoración aplicados serán de ayuda para obtener un lenguaje común dentro del equipo de trabajo en las residencia, ya que aportaran información sobre la cantidad de trabajo que un AM va a generar en función a su dependencia y además de permitir planificar la carga de trabajo adecuada para cada cuidador (21).

Marín P, Guzmán J. y Araya A (22), a través de su estudio sobre Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cuántos son?, realizado en colaboración con el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), dieron a conocer las características de los AM institucionalizados, además de cuantificar las residencias que existen en nuestro país. De dicho estudio se pudo obtener que en Chile existen 1668 residencias de ancianos en el año 2002, de las cuales 624 correspondían a informales y alrededor de 1044 a formales, en las cuales se destaca que la mayoría de los residentes son mujeres y que la institucionalización aumenta con la edad.

Dentro de las características principales de los AM institucionalizados, además de las anteriormente mencionadas, destaca que alrededor del 20% de los AM que en ellas habitan están casados, el 35% son solteros y el 42% viudos, además de que más del 80% de los residentes saben leer y escribir. Por otro lado casi el 15% se considera impedido (en realizar una ABVD), o presenta algún grado de parálisis, mientras que el resto refiere no tener discapacidad física (22).

Miyamoto y Tachimori en su estudio “Formal Caregiver Burden in Dementia: Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living” (23), destacan que la movilización física y la asistencia para ir al baño fueron aspectos reportados como estresantes dentro del trabajo como cuidador y que estos podrían aumentar el estrés, cuando el trabajo se realiza con AM que exhiben un comportamiento incorrecto o perjudicial para el cuidador.

En base a esto plantearon su hipótesis en la que propusieron "que cuando hay necesidades físicas y mal comportamiento del AM con demencia, la carga del cuidador formal es mayor".

Lo que descubrieron durante su estudio fue que al tener un deterioro de la función, ser de sexo femenino, ser agresivo y tener otros tipos inapropiados de comportamientos, tal como ser conflictivo, fueron los mayores predictores en el aumento de la carga del cuidador. Así también, la agresión y la irritabilidad del AM causan una gran angustia en las personas cuidadoras (23).

Debido a las características anteriormente descritas, resulta importante la sobrecarga que sufre el cuidador, por la demanda que este trabajo amerita, ya que trae consigo problemas tanto físicos, psicológicos como emocionales.

Betty Neuman (24) en su Teoría de Sistemas, determina que el ser humano al estar en estrecha relación con su entorno, se ve constantemente influenciado por diversos factores estresantes que pueden alterar su estado integral.

Neuman considera que la Enfermería es una disciplina que se relaciona con todas las variables que influyen sobre la respuesta del individuo al estrés, esto se puede ver en la labor que ejercen los cuidadores en las residencias de larga estadía de AM, en donde el principal factor estresor proviene del cuidado del AM con dependencia. Por otra parte, el concepto de persona/paciente tiene directa implicancia con el cuidador, ya que es como un conjunto dinámico de relaciones que se establecen entre factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, el que se encuentra en un proceso de cambio permanente al estar relacionado con el entorno laboral, cuyos componentes básicos son el estrés y la reacción proveniente de este entorno (24).

Es importante mencionar el Entorno, el cual lo define como el conjunto de todos los factores internos y externos que rodean al cuidador/paciente e interactúan con él. De los tipos de entorno que Neuman plantea, para esta investigación es de relevancia el entorno externo, el cual involucra las interacciones que se producen fuera del paciente, ya que en los cuidadores este entorno es el que podría alterar su condición de bienestar, cuando las partes del paciente interactúan en armonía (24).

Finalmente, se refiere al término de Bienestar, que es el equivalente al de Salud, y lo define como un continuo que va desde el Bienestar a la Enfermedad, de naturaleza dinámica y

que está sujeto a un proceso de cambio permanente. Teniendo en cuenta que al tener un bienestar optimo se estaría satisfaciendo todas las necesidades del Sistema (24).

6. OBJETIVOS E HIPOTESIS

6.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación existente entre la sobrecarga del cuidador formal y el grado de dependencia física y psíquica del adulto mayor, en Establecimientos de Larga Estadía de la Región de los Ríos, durante el periodo 2012.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer perfil socio-demográfico del Adulto Mayor y del cuidador formal.
- Determinar el grado de dependencia de los AM institucionalizados en residencias de larga estadía.
- Determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores formales.
- Relacionar los factores socio-demográficos con el grado dependencia del AM.
- Relacionar los factores socio-demográficos con la sobrecarga del cuidador.
- Relacionar el grado de sobrecarga del cuidador formal con la dependencia física y/o psíquica del AM.

6.3. HIPÓTESIS:

- A mayor nivel de dependencia física y/o psíquica del Adulto Mayor, mayor es el nivel de sobrecarga en el cuidador formal.
- La dependencia psíquica del Adulto Mayor provoca mayor sobrecarga en el cuidador formal que la dependencia física del Adulto Mayor.
- A mayor cantidad de Adultos Mayores residentes, mayor es el nivel de sobrecarga en el cuidador formal.

7. METODOLOGIA

7.1. DISEÑO DEL ESTUDIO:

Investigación cuantitativa en la cual se aplicaron escalas y cuestionario socio-demográfico; transversal debido a que se desarrollo en un tiempo determinado; descriptivo porque se determinaron las características de los AM y cuidadores formales; y de asociación puesto que se relaciono la dependencia física y/o psíquica con el nivel de sobrecarga. Esta investigación busca especificar propiedades, características y perfiles importantes de los sujetos en estudio durante el año 2012, y la relación entre las variables el grado de dependencia física psíquica de los AM y la sobrecarga del cuidador formal.

7.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO:

La población en estudio fueron 196 personas correspondientes a la totalidad de AM (144), y cuidadores formales (52), de ELEAM con autorización sanitaria del Servicio de Salud de la Región de los Ríos.

7.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión al estudio:

Para el cuidador:

- Que esté recibiendo remuneración por el cuidado del AM.
- Que se encuentre ejerciendo su labor por más de 6 meses en la ELEAM o que lleve menos de 6 meses trabajando en la residencia pero con antecedentes de haber ejercido mínimo 1 año como cuidador formal de AM en otro lugar. Con o sin certificación de estudios.
- No poseer lazo consanguíneo con el AM.

Para el AM:

- AM que resida en los Hogares de larga estadía
- Aceptar participar de la investigación explicitado en el Consentimiento Informado (Anexo 6).
- En caso de que el AM presente alguna alteración física y/o psicológica, que le impida tomar sus propias decisiones, se solicitara la autorización a su familiar o tutor responsable; en caso de no encontrarse disponibles ambos, la decisión recaerá en el Director Técnico de cada establecimiento.

7.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Se consideraron los siguientes criterios de exclusión al estudio:

Cuidador:

- Cuidador que no se encuentre en el ELEAM el día que se vaya a realizar los cuestionarios.
- Llevar trabajando menos de 6 meses y no cuente con antecedentes de haber ejercido como cuidador formal.
- Que se encuentre en periodo de vacaciones.
- Que se encuentre con licencia médica.

AM:

- Que no resida permanentemente en el hogar de larga estadía.

7.5. RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario socio demográfico (Anexo 7), el cual contiene variables: Continuas (edad, número de hijos, años de estudio, tiempo dedicado al rol de cuidador, horas diarias que le dedica al cuidado, remuneración, sobrecarga del cuidador); Nominales (sexo, estado civil, antecedentes mórbidos, actividades recreativas, previsión de salud); y Ordinales (situación laboral, sobrecarga del cuidador, nivel de dependencia, MMSE). Estas variables se aplicaron a los sujetos del estudio. En el caso de los cuidadores se aplico la escala de Zarit, y para los AM el Mini –mental State Examination de Folstein (MMSE) y el Índice de Barthel, las que han sido validadas en Chile.

7.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Se organizó una base de datos en el programa Misocroft Office Excel, para luego ser analizados con el programa estadístico SPSS versión 15.0.

Para el análisis de los datos se utilizaron análisis estadísticos descriptivos, paramétricos y no paramétricos como prueba exacta de Fischer para variables categóricas y de correlación para analizar las relaciones entre las variables, tomando como variable dependiente la sobrecarga del cuidador y como variables independientes, el nivel de dependencia y las socio-demográficas.

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

VARIABLES CONTINUAS	Definición	Categoría
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	En años.
Número de Hijos	Número de hijos de la persona.	Número
Años de estudio	Años de estudios alcanzados por la persona.	En años.
Tiempo dedicado al rol de cuidador	Años que la persona ha dedicado al rol de cuidador.	En años.
Horas diarias que le dedica al cuidado	Horas de trabajo	En horas.
Remuneración	Ingresos percibidos por la persona.	Ingreso en $
Sobrecarga del cuidador	Resultado de aplicación de escala de Zarit.	Puntaje obtenido.
VARIABLES NOMINALES	Definición	Categoría
Sexo	Condición física que define a la persona.	Mujer- Hombre
Estado Civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Casado, Soltero, Separado o Divorciado, Viudo, Conviviente.
Antecedentes Mórbidos	Presencia o ausencia de enfermedades crónicas.	Enfermedades Cardiovasculares, Cerebrales, Endocrinas, Respiratorias, Osteomusculares, Otra, Ninguna.
Realiza actividades recreativas	Si la persona realiza actividades recreativas.	Si, No.
Previsión de Salud	Sistema de salud al cual pertenece la persona.	PRAIS, FONASA, ISAPRE, OTRA.
VARIABLES ORDINALES	Definición	Categoría
Situación laboral	Horario de trabajo	Media jornada, Jornada completa, Esporádico.
Sobrecarga del cuidador	Resultado de aplicación de escala de Zarit.	Ausencia de Sobrecarga, Sobrecarga ligera, Sobrecarga intensa.
Nivel de dependencia	Resultado de aplicación de Índice de Barthel	Independiente, Dependencia leve, Dependencia moderada, Dependencia severa.
MMSE	Resultado de aplicación de MMSE	Puntaje

7.7. RIGOR ÉTICO:

La recolección de la información en esta investigación, incluye también aspectos éticos que deben ser mencionados:

- **No maleficencia:** ante todo no producir daño a algún participante de la investigación, ya que la participación o no en el estudio no le traerá perjuicios en su estadía en la residencia o en lo laboral según corresponda.

- **Beneficencia:** a partir de los resultados obtenidos se puedan obtener beneficios para los sujetos en estudio, cuidadores y residencias, ya que reflejarán la realidad a nivel regional.

- **Justicia:** todos los sujetos en estudio se le aplicaran las mismas condiciones, tanto para la obtención del consentimiento informado (Anexo 6) como la aplicación del cuestionario (Anexo 7), escalas e índice (ver anexos); donde se dispondrá del mismo tiempo para cada uno de ellos, se contara con condiciones similares para que ninguno pueda verse en desventaja.

  En el caso de los Adultos Mayores que cuenten con las características de inclusión al estudio, pero no se encuentren en plena facultad para aprobar el consentimiento, se conseguirá la aprobación del familiar y/o Tutor responsable; en caso de ausencia de este se solicitara el consentimiento del Director Técnico de la Institución.

- **Autonomía:** cada sujeto en estudio fue invitado a participar de esta investigación, y lo hará por su propia elección, previo firma de consentimiento informado, de ninguna manera será obligado, incluso ya participando será libre de no responder o retirarse si así lo estima conveniente (25).

En el proceso de recogida y análisis de datos sólo se usó un número de encuesta, y los datos obtenidos serán utilizados sólo en el presente estudio, dando cumplimiento a los principios de anonimato y confidencialidad de la información para así resguardar el bienestar físico, mental y social, por se respondió a las inquietudes manifestadas por los cuidadores y AM.

8. PROYECCIONES PARA LA PROFESIÓN/DISCIPLINA/SALUD PÚBLICA

Actualmente en Chile existe regulación ministerial sobre las ELEAM, que incluye aspectos importantes para la calidad de vida de los AM, destacando características básicas del espacio físico, recursos humanos y atención de los residentes. Pese a todo lo anteriormente nombrado, existe muy poca información respecto a la realidad de las residencias, es por esto que éste estudio servirá como base de datos disponible para las ELEAM de la región de los Ríos, proporcionando información sobre el grado de dependencia de los AM que residen en los hogares, sus necesidades básicas y el nivel de sobrecarga de sus cuidadores formales. Por lo cual será de gran ayuda para la administración de los recursos tanto monetarios como humanos de cada residencia.

En la disciplina de enfermería esta investigación proporcionará información sobre las principales carencias de los AM y cuidadores en las ELEAM, facilitando así la gestión del cuidado por parte de enfermería en las residencias, que traerá consigo la prevención, promoción y mantención de la salud de los residentes y cuidadores. Además entregará herramientas para un mejor trabajo en equipo, en donde se considere al cuidador como un ente fundamental en la entrega de los cuidados, evitando la sobrecarga laboral.

Por otra parte el estudio favorecerá a la inserción del profesional de enfermería en la administración de los ELEAM, ya que este cuenta con los conocimientos necesarios sobre la gestión del cuidado, de forma holística tomando en cuenta los aspectos biopsicosociales, que viene a ser la clave en cuanto a la dirección y administración de estos centros.

9. RESULTADOS

La población estudiada correspondió a Adultos Mayores pertenecientes a los Hogares de la Región de los Ríos: Hogar Ancianos Clínica Alemana, Hogar de Ancianos "San Antonio", Casa Reposo Adulto Mayor "Juan Pablo II", Casa de Reposo "Jardín del Rey", Residencia Adulto Mayor "Lilichen", Casa de Reposo "La Esperanza", Hogar de Ancianos "San José", San Francisco de Asís, Hogar de Acianos "San Francisco", Casa de Reposo Armonía, Hogar de Ancianos Tornasol, Hogar Adulto Mayor "Padre Enrique Boisson" siendo un total de 144 AM, de los cuales un 61,8% fueron mujeres.

El rango etario predominante de la población de AM es entre los 76- 85 años, destacando la media de 84 años de edad, con una mínima 67 años y una máxima de 109 años de edad, se observo incidencia de las siguientes patologías, cardiovasculares 37,2%; Osteomusculares 14,5% y psiquiátricas con un 10,7%. Dentro de la población estudiada destaca que un 45,1% de ella que no presenta estudios y solo un 11,1% contaba con su enseñanza media cursada (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil socio-demográfico del Adulto Mayor

Variable	Ítems	%	Media	DS	Mediana	Moda	Mínima	Máxima
Sexo	Mujer	61.8						
	Hombre	38.2						
Rangos de edad (años)	65-75	11.1	84.6	7.83	84	84	67	109
	76-85	42.7						
	86-95	38.9						
	96-105	6.9						
	106 y más	0.7						
Morbilidad	Cardiovascular	37.2						
	Endocrina	7.3						
	Cerebral	13						
	Respiratoria	5.4						
	Osteomuscular	14.5						
	Psiquiátrica	10.7						

	Ninguna	3.8
	Otras	7.7
Nivel Educacional	S/Estudio	45.1
	Básica Inc.	22.9
	Básica Com.	6.9
	Media Inc.	4.9
	Media Com.	11.1
	T. Superior	2.1
	E. Universitaria	6.9

En cuanto a la población de cuidadores correspondió a 52 personas pertenecientes a Hogares de AM de la Región a excepción de los Hogares de Valdivia: Casa de Reposo, Clínica Alemana, Hogar San José y Lilichen. De la totalidad de los cuidadores un 96.2 % corresponde a mujeres, en donde la edad mínima correspondió a 19 años y la máxima a 66 años, siendo la moda los 26 años y la mediana de 43 años. Se destaca una Moda de 0 hijos dentro de los cuidadores, lo que corresponde a un 30.8% del total, con una media de 1 y una mediana de 2. Como antecedente la mayoría se encuentra soltero (34.6 %) y sin ninguna enfermedad (77.4%). Por otra parte la mayoría dedica al cuidado entre 11 a 15 hrs diarias, correspondiendo al 53.8 %; y en su mayoría realizan jornadas completas de atención (75%). La realización de actividades recreativas no se ve influenciada por las jornadas laborales puesto que la mitad de estos sí las realiza. En cuanto al rol del cuidador un 46.2% de la población se ha dedicado por un período de 1 a 5 años (Tabla 2).

Tabla 2. Perfil socio demográfico del cuidador

Variable	Ítems	%	Media	DS	Mediana	Moda	Mín.	Máx
Sexo	Mujer	96.2						
	Hombre	3.8						
Rangos de edad (años)	15-25	17.3						
	26-35	26.9	39.67	13.69	43	26	19	66
	36-45	11.5						
	46-55	30.8						
	56-65	11.5						
	>65	1.9						

		%	Media	DS	Mediana	Moda	Mín.	Máx
N° de hijos	0	30.8	1.77	1.68	2.0	0	0	6
	1	17.3						
	2	21.2						
	3	19.2						
	4	3.8						
	5	1.9						
	6	5.8						
Estado Civil	Soltero	34.6						
	Casado	19.2						
	Conviviente	25						
	Separado	13.5						
	Divorciado	1.9						
	Viudo	5.8						
Morbili-dad	Cardiovasc.	15.1						
	Endocrina	3.8						
	Cerebral	0						
	Respiratoria	0						
	Osteomusc.	3.8						
	Psiquiátrica	0						
	Ninguna	77.4						
	Otras	0						
Nivel Educacio-nal	S/Estudio	0				4		
	Básica Inc.	5.8						
	Básica Com	15.4						
	Media Inc.	7.7						
	Media Com.	50						
	T. Superior	15.4						
	E. Univ.	5.8						

		%	Media	DS	Mediana	Moda	Mín.	Máx
Actividad Recreativa	No	50						
	Si	50						
Situación Laboral	Media	13.5						
	J. Comp.	75						
	Espor.	11.5						
Tiempo Cuidador	6 m- 1 a.	19.2	6,25	6,9	4	2	0.5	30
	1 - 5	46.2						
	6 - 10	15.4						
	11- 15	3.8						
	16 y más	15.4						
Horas de Cuidado	0 a 5	3.8	10,02	3,346	11,50	12	3	24
	6 a 10	40.4						
	11 a 15	53.8						
	16 a 20	0						
	21 a 24	1.9						

La población de Adultos Mayores presento un alto nivel de dependencia física siendo 94,4% de la población, dentro de la cual destaca que un 43,1% presento dependencia leve y el 35,4% tiene dependencia severa; en cuanto a la dependencia psíquica (evaluada por MMSE), se determino que un 84% de los AM presento alteración cognitiva (Tabla 3).

Tabla 3. Caracterización de los Adultos Mayores según evaluaciones de dependencia física y psíquica (MMSE y Nivel de dependencia):

Variable	Categoría	%
MMSE	Normal	16
	Alterado	84
Nivel de Dependencia	Independiente	5.6
	Dependencia Leve	43.1
	Dependencia Moderada	16
	Dependencia Severa	35.4

Las pruebas estadísticas indican que existe asociación significativa (p= 0,01) entre las variables sexo y Mini –mental State Examination de Folstein (MMSE), al analizar la proporción total de hombres se obtiene que un 92.7% presenta un MMSE alterado, a diferencia de las mujeres, en las que sólo un 78.6% presenta un MMSE alterado (Tabla 4).

Tabla 4. Relación entre el sexo y MMSE del Adulto Mayor.

Sexo	MMSE Normal		MMSE Alterado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	19	82,6	70	57,9	89	61,8
Hombre	4	17,4	51	42,1	55	38,2
Total	23	100	121	100	144	100

(p: 0,01 significativa)

Frente a la sobrecarga de los cuidadores, el 57,6% presentó algún nivel de sobrecarga, en donde la media del puntaje obtenido fue de 52,48 puntos, y la moda de 46 puntos lo que correspondería a una ausencia de sobrecarga, siendo de un 42,3% (Tabla 5).

Tabla 5. Caracterización de los cuidadores según niveles de sobrecarga.

Nivel de Sobrecarga	%	Media	Mediana	DS	Moda	Mínimo	Máximo
Ausencia de Sobrecarga	42.3	52,48	51,50	15,45	46	28	108
Sobrecarga Ligera	28.8						
Sobrecarga Intensa	28.8						

"ausencia de sobrecarga" (< o = 46). "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (> o = 56).

Las pruebas estadísticas indican que no es significativa la asociación entre sobrecarga del cuidador y dependencia física del AM (p = 0,42), sin embargo, es relevante la cantidad de cuidadores (98%) que tienen a su cuidado AM con dependencia física, de los cuales un 58.8% presentó algún nivel de sobrecarga y un 41.2% ausencia de sobrecarga (Tabla 6).

Tabla 6. Relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador y el grado de dependencia del Adulto Mayor.

Nivel de sobrecarga	AM Independiente		AM Dependiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ausencia de sobrecarga	1	100	21	41,2	22	42,3
Presencia de sobrecarga	0	0	30	58,8	30	57,7
Total	1	100	51	100	52	100

(p: 0,42, no significativa)

Al estudiar la asociación entre las variables sobrecarga del cuidador y dependencia psíquica del adulto mayor, las pruebas estadísticas muestran que la asociación no es significativa (p= 0,19), aún así, se destaca que del total de cuidadores, un 88.46% está a cargo de AM que presentaron un MMSE normal, en donde un 39.1% de los cuidadores tuvo ausencia de sobrecarga, y un 60.9% algún nivel de sobrecarga; lo cual se contrapone, con el 11.5% de cuidadores a cargo de AM con MMSE alterado (Tabla 7).

Tabla 7. Relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador y el MMSE del Adulto Mayor.

Nivel de sobrecarga	MMSE Alterado		MMSE Normal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ausencia de sobrecarga	4	66,7	18	39,1	22	42,3
Presencia de sobrecarga	2	33,3	28	60,9	30	57,7
Total	6	100	46	100	52	100

(p: 0.19, no significativa)

Las pruebas estadísticas indican que no es significativa la asociación entre el sexo y dependencia física del AM (p = 0,34), se puede determinar, que del total de AM dependientes el 61% corresponde al sexo femenino, y sólo un 39% al sexo masculino (Tabla 8).

Tabla 8. Relación entre el sexo y el grado de dependencia del AM.

Sexo	**AM Independiente**		**AM Dependiente**		**Total**	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	6	75	83	61	89	61.8
Hombre	2	25	53	39	55	38.2
Total	8	100	136	100	144	100

(p: 0.34, no significativa)

Por otra parte, al relacionar el sexo del cuidador con el nivel de sobrecarga no existe significancia estadística (p: 0.67), porque la cantidad total de cuidadores, distribuidos por sexo, presentan porcentajes similares entre la ausencia y la presencia de sobrecarga (Tabla 9).

Tabla 9. Relación entre el sexo y el nivel de Sobrecarga del cuidador.

Sexo	**Ausencia de sobrecarga**		**Presencia de sobrecarga**		**Total**	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	21	95.5	29	96.7	50	96.2
Hombre	1	4.5	1	3.3	2	3.8
Total	22	100	30	100	52	100

(p: 0.67, no significativa).

10. DISCUSIÓN

El estudio muestra que el 96,2 % de los cuidadores son mujeres, fenómeno que se reitera no tan sólo en nuestra región sino que tambien a nivel mundial, como se desmuestra en el estudio realizado en Japón a cuidadores formales, en donde el 80% de los cuidadores fueron mujeres (23). También se encontro que los cuidadores presentaron una media de 40 años de edad, sin antecedentes de enfermedades asociadas al rol del cuidador, siendo esto último totalmente relevante, ya que si estos presentasen alguna patología, no podrían desempeñar a cabalidad su rol de cuidador.

Los cuidadores presentaron un nivel educacional que correspondió a Media Completa, lo que se contrapone, con el título de Enfermeros que poseen los cuidadores formales en el estudio realizado por Miyamoto (23), lo que nos hace reflexionar, con respecto a las personas que se dedican al cuidado formal en nuestra región, ya que se pone de manifiesto la importancia de que los cuidadores deben contar con los conocimientos necesarios sobre los cambios fisiológicos que van presentando los adultos mayores y su posible accionar frente a una situación de emergencia.

Cabe destacar, que un 46.2% de los cuidadores formales del estudio resultaron llevar de 1 a 5 años dedicados al rol de cuidador, lo que resultó concordante con la investigación realizada en cuidadores informales en la ciudad de Valdivia publicada en el 2012 por Flores E., Rivas E. y Seguel F. (26).

Sin duda el porcentaje de ausencia de sobrecarga en el cuidador (42.3%), es significativa y al respecto, se puede inferir que su predominancia es porque a diferencia de los cuidadores informales, los formales sólo trabajan en un horario pre-establecido, que no sobrepasa en su mayoria (53.8%) las 15 horas diarias dedicadas a la labor, lo que resulta inferior comparado con las 21 a 24 horas que el cuidador informal dedica al rol (26). El hecho de recibir una remueración por el trabajo realizado y no presentar lazos de consanguineidad con los AM sin duda influye en que el nivel de sobrecarga percibido por los cuidadores fomales sea leve o asusente.

Frente al perfil sociodemografico del AM, se puede observar la predominancia del sexo femenino (61,8%), cuyo resultado se asemeja al obtenido ,en Colombia, por Ocampo (18), en donde el porcentaje de AM de sexo femenino resulto ser de un 68.5%; a su vez, la edad de su población oscilo entre los 60 y 106 años, a diferencia de los datos obtenidos en la

presente investigación, en donde el rango de edad estuvo entre los 67 y 109 años; la principal diferencia es el rago mínimo de edad, lo que se debe, principalmente, a que en Chile la edad preestablecida para que una persona sea considerada como AM debe ser igual o superior a los 65 años. Los AM presentarón un alto nivel de antecedentes mórbidos, donde se destacan las enfermedades cardiovasculares (37,2%), osteomusculares (14,5%) y psiquiatricas (10,7), lo que resulta semejante a la investigación Argentina realizada por Tellechea (13), en donde además, se establece que los cuidados que se brindan a los AM son de larga duración, y que abarcan principalmente la satisfacción de las necesidades básicas de la vida diaria.

En cuanto a la dependencia física que presentan los AM institucionalizados, se puede observar elevados niveles de dependencia (94,5%); valor que es ampliamente superior a los obtenidos en el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores en 2009 (10), donde se observa solo un 24,1% de la población de personas AM con dependencia en la población Chilena, hecho que se encuentra directamente relacionado con datos obtenidos por el INE (1), donde queda en evidencia un aumento paulatino de la población AM, que a su vez presenta antecedentes morbidos y por consecuencia un mayor nivel de dependencia.

Por otra parte, la dependencia psíquica, que fue medida a tráves del MME en los AM del estudio, resulto alterada en un 84% de la población; un dato significativo para un campo poco estudiado, ya que, una de las principales implicancias en estudios de depencia es el nivel de funcionalidad del AM, no así el aspecto cognitivo; el cual sin duda puede ser un predictor potencial ,como tambien destaca Miyamoto (23), a que el cuidador formal presente algún nivel de sobrecarga en el futuro.

Se destaca la importancia de realizar cursos de capacitación dirigido a los cuidadores formales de las diferentes instituciones de la Región de los Ríos, en ámbitos tales como: el proceso de envejecimiento en el adulto, el uso y la adhesión a los tratamientos farmacológicos, la prevención de la pérdida de funcionalidad del AM, la estimulación cognitiva, entre otras; ya que solo el 15.4% de los cuidadores formales presentarón Educación de Nivel Técnico Superior y un 5.8% Educación de tipo Universitaria, un porcentaje inferior, si se toma en cuenta que el Servicio de Salud de Chile no contempla, dentro de sus metas sanitarias, la capacitación de cuidadores formales de AM institucionalizados.

El estudio será de utilidad a los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las diversas ciudades de la región de los Ríos, ya que aportara datos con respecto a la población de AM independiente o dependiente que se encuentra en instituiciones de AM y que por tal, es necesario identificar como población de riesgo. También se podrán establecer las horas de atención a las instituciones, por parte del equipo multidisciplinario, ya que los AM, en su gran mayoría, son beneficiarios de Fonasa A y B, por lo que tienen el derecho a ser tratados por profesionales competentes en sus diversas áreas de atención tales como: la atención

domiciliaria a pacientes postrados, el seguimiento y/o control en el programa de salud cardiovascular, la atención en la rehabilitación kinesiologica, salud mental, la realización de una evaluación nutricional, los cuidados paliativos, la toma de examenes y fármacia.

Se destaca que el equipo multidisciplinario que trabaja en los consultorio o CESFAM, pueden no tan sólo brindar atención al AM ,sino que también, al cuidador por medio de la aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMP), el qué es una herramienta útil para la pesquiza de patologías crónicas y a su vez laborales que se pueda presentar el cuidador formal, y que por supuesto, incidan negativamente en su labor. Se enfatiza en que la aplicación del EMP en los cuidadores ayudaría significativamente al cumplimiento de las metas sanitarias de cada consultorio o CESFAM.

Finalmente, no se encontraron asociaciones significativas entre el nivel de sobrecarga que presentaron los cuidadores formales, con respecto al nivel de dependencia física y psíquica que presentaron los AM institucionalizados, pero si se pudo determinar el alto nivel de dependencia física y psiquíca que presentan los AM a nivel de la región de los Ríos, por lo que se hace incapié, en que las futuras investigaciones se enfoquen en determinar si el cuidado que se esta brindando en las ELEAM es el adecuado o si este cuidado se brinda considerando el grado de dependencia que los AM presentan.

11. **CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos en esta investigación son significativos, ya que no se cuentan con antecedentes previos de los temas investigados, por lo qué serán de gran apoyo para futuras investigaciones que se realicen, tanto nivel nacional como local, en donde las temáticas involucren la dependencia física y/o psíquica que presentan los AM institucionalizados o la sobrecarga presentada por parte de cuidadores formales que trabajan en ELEAM.

La investigación presentó un alto nivel de sobrecarga en los cuidadores (57,6%), mientras que los AM presentaron un 94,4% de dependencia física y un 84% de dependencia psíquica. Al relacionar estas variables no demostraron relación significativa entre la sobrecarga del cuidador formal y el grado de dependencia física y/o psíquica del AM

Si bien el estudio presenta una baja sobrecarga en el cuidador formal, resulta relevante la intervención por parte del Servicio de Salud, en relación a la certificación de los cuidadores formales, para qué estos cuenten con capacitaciones abocadas al cuidado en geriatría favoreciendo a la mantención de la salud y a la rehabilitación, ya que es de gran importancia para satisfacer las necesidades presentadas por los AM institucionalizados.

Por otra parte, se ve necesario el garantizar controles de salud para el trabajador, y así lograr la prevención de enfermedades profesionales, principalmente musculo-esqueléticas, permitiéndole así al cuidador formal un estado de completo bienestar físico, mental y social.

El estudio pone de manifiesto la importancia de contar con un profesional Enfermero especializado en Geriatría en los ELEAM, ya que se contaría con una mejor gestión del cuidado en los ámbitos de: administración de recursos humanos y materiales, aplicaciones de escalas de evaluación geriátrica de dependencia física y psíquica; capacitaciones anuales a los cuidadores formales; y el fortalecimiento de las redes de atención primaria.

12. REFERENCIAS

1. Consejo Nacional de Población. Envejecimiento de la Población de México. Reto del siglo XXI: El Envejecimiento de la población mundial; Transición demográfica mundial. México. 2005. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=340:envejecimiento-de-la-poblacion-de-mexico-reto-del-siglo-xxi&catid=34:publicaciones-recientes
2. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País. Esperanza de vida al nacer (en años), por periodos y sexo. Chile, 1950-2025. 2004. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.deis.cl/indicadores-basicos-de-salud/esperanza-de-vida-ine/
3. Instituto Nacional de Estadística. Población adulto mayor en el bicentenario. Enfoque estadístico- Boletín informativo del INE. 2010. [citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/boletines/enfoques/2010/2010.php
4. Hoyl T, Valenzuela E, Marín P. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev. méd. Chile. 2000. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100003
5. Galbán P, Soberats F, Díaz-Canel A, Carrasco M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev. Cubana Salud Pública. [Revista online]. 2007; 33(1). [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&nrm=iso
6. Ley Nº 19.828. Servicio Nacional del Adulto Mayor. 2002. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.senama.cl/QuienesSomos.html
7. World Health Organization. Definition of an older or elderly person. 2011. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html
8. Rodríguez A. Concepto de dependencia. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España, Libro Blanco. España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2004. 1; 21-26. España. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/buscador.html?cx=010756904267683632094%3Aobhi37_4zfu&cof=FORID%3A11&ie=ISO-8859-1&q=atencion+a+personas+con+dependencia&sa=Buscar&siteurl=www.imsersomayores.csic.es%2F
9. Sanjoaquín A, Fernández E, Mesa M, Garcia-Arilla E. Valoración geriátrica integral. Tratado de geriatría para residentes, Instituto de Mayores y Servicios Sociales

(IMSERSO). 2006. 4; 59-65. España. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/buscador.html?cx=010756904267683632094%3Aobhi37_4zfu&cof=FORID%3A11&ie=ISO-8859-1&q=Valoraci%F3n+geri%E1trica+integral.+Tratado+de+geriatr%EDa+para+residentes+&sa=Buscar&siteurl=www.imsersomayores.csic.es%252F

10. Rodríguez A. Concepto de dependencia. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España, Libro Blanco. España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2004. 1; 572. España. [Citado 2012 16 de Julio]. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/buscador.html?cx=010756904267683632094%3Aobhi37_4zfu&cof=FORID%3A11&ie=ISO-8859-1&q=atencion+a+personas+con+dependencia&sa=Buscar&siteurl=www.imsersomayores.csic.es%2F
11. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio Nacional de la Dependencia de las personas mayores. Definición operacional de la dependencia. [Citado 2011 19 de diciembre]. Chile. 2009; 14-15. Disponible en: http://buscador.chileclic.cl/buscar.php?utm_campaign=Buscador_ChileClic&utm_source=gobiernodechile&utm_medium=search&consulta=dependencia
12. Servicio de Salud Maule. Instructivo del control de Salud. [citado 2012 13 de Enero] Disponible en: http://www.ssmaule.cl/paginas/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=67&Itemid=123
13. Tellechea L. Cuidados permanentes de las personas mayores. 2005. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/LTellechea_d.pdf
14. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN Ley Chile). Aprueba reglamento de establecimientos de larga estadía para Adultos Mayores, Decreto nº 14. 2010. Chile. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1015936&idVersion=2010-08-05
15. Hernández Z. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Índex Enferm. [Revista online]. 2006; 15: 52-53. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. méd. Chile. [Revista online]. 2009; 137(5): 657-665. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009
17. Espín A, Leyva B, Vega E, Simón M, Arencibia H, Ochoa J, Rodríguez L, García M, López M, Diéguez R, Suárez Z. ¿Cómo cuidar mejor? Manual para cuidadores de personas dependientes. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/gericuba/buscar.php?id=5813&iduser=4&id_topic=17
18. Ocampo J, Herrera J, Torres P, Rodríguez J, Loboa L, García C. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. Colombia Médica. [Revista online]. 2007; 38 (1): 40-46. Colombia. [Citado 2011 19 de diciembre]. Disponible en:

http://redalyc.uaemex.mx/buscador/search.jsp?query=sobrecarga+asociada+con+el+cuidado

19. Hernández Z, Ehrenzweig Y. Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. Enseñanza e Investigación en Psicología. Redalyc. [revista online]. Enseñanza e Investigación. 2008; 13: 127-142. México. [Citado 2011 21 de diciembre]. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29213110
20. Agudelo E, Ayala ML, Ríos ML. Caracterización de la movilidad de ancianos, según índice de katz, en el centro de bienestar del anciano San José de Pereira. Redalyc. [revista online]. Investigaciones Andina. 2007; 1169-79. Colombia. [citado 2011 21 de diciembre]. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=239016503006.
21. López r, Ortega J, Martínez B. Nuevas aplicaciones de la valoración funcional en residencias de ancianos. Revista electrónica de Geriatría y Gerontología. 2000; 2(2). [Citado el 2011 23 de diciembre]. Disponible en http://www.geriatrianet.com/index.php/journal/issue/view/26
22. Marín P, Guzmán J, Araya A. Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? Rev. méd. Chile [revista online]. 2004; 132 (7): 832-838. [Citado 2011 25 de Diciembre]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000700007&script=sci_arttext
23. Miyamoto Y, Tachimori H, Ito H. Formal Caregiver Burden in Dementia: Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living. Geriatric Nursing. 2010. 31(4)243-253. [Citado el 2012 17 de enero]. Disponible en: http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572%2810%2900083-2/abstract
24. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Betty Neuman: Modelo de los sistemas España: Elsevier. 2007. p.317-352.
25. Acevedo I. Aspectos éticos en la investigación científica. Cienc. enferm. [revista online]. 2002; 8(1): 15-18. [citado 2012 Ene 12]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100003&script=sci_arttext
26. Flores E., Rivas E., Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. [Revista en la Internet]. 2012 Abril [citado el 31 de octubre 2012]; 18(1): 29-41. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532012000100004.

13. ANEXOS

Anexo 1:

ESTABLECIMIENTOS AUTORIZADOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES
REGIÓN DE LOS RÍOS 2011

	ESTABLECIMIENTO	PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	DIRECCION	COMUNA	TELEFONO
1	Casa de Reposo	Da. Elsa Saldaña Fourcade	Carlos Anwandter N° 375	Valdivia	63-211124
2	Hogar Ancianos Clínica Alemana.	Clínica Alemana Valdivia	Beauchef N° 809	Valdivia	63-209578
3	Hogar Ancianos "San José"	Fundación Hogar de Cristo.	René Schneider N° 229	Valdivia	63-345570
4	Hogar Ancianos "San Antonio"	Corporación Nacional de Protección a la Ancianidad	René Schneider N°3350	Valdivia	63-349232
5	Casa Reposo Adulto Mayor "Juan Pablo II"	Damas y Socios 18 de Octubre.	Camilo Henríquez N° 450	Paillaco	63-421387
6	Casa de Reposo "Jardín del Rey"	Sociedad Flores y Groves Ltda.	Pasaje 9, Casa N° 148. Villa del Rey	Valdivia	63-278584
7	Residencia Adulto Mayor "Lilichen"	Da. Guillermina Barría Cofrè	Runca Nº 619. Villa Rucahue	Valdivia	63-215649
8	Casa de Reposo "La Esperanza"	Da. Norma Zúñiga Vidal	Lautaro N° 322, Reumén.	Paillaco	63-427270
9*	Hogar Ancianos "Villa Payllahuen"	Corporación de Ancianos " Villa Payllahuen"	Av. Balmaceda Nº 4000	Valdivia	63-214496
10	Hogar Adulto Mayor	Voluntariado Casa Acogida	Blanco Nº10	Corral	63-471705

	“Padre Enrique Boisson”	Municipal Adulto Mayor.			
11	Hogar Ancianos “San José”	Fundación Caritas Araucanìa	Mariquina Nº 044	Mariquina	63-451706
12	Hogar de Ancianos “San Francisco	Fundación Oportunidad	María Alvarado Garay S/n	Panguipulli	63-310469
13	Casa de Reposo “Armonía”	D. Carlos Rolack	Arauco Nº 217 Reumén	Paillaco	63-247846
14	Hogar Ancianos Oasis San Francisco de Asis	Comité de Voluntarias Hogar de Ancianos	O’Higgins S/n	Río Bueno	64—341249
15	Hogar de Ancianos	Da. Isabel Muñoz Pedreros	Alvaro Covarrubias Nº 115	Valdivia	63-432415

(*) Este establecimiento fue cerrado, por lo que fue eliminado de la población estudio.

Anexo 2

Ficha de aplicación del índice de Katz

Actividades básicas de la vida diaria	Dependiente leve		Dependiente moderado		Dependiente severo o Postrado	
Bañarse	Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda solo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda.		Necesita ayuda para levarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar o salir de la bañera.		Totalmente incapacitado para darse un baño por si solo.	
Vestirse	Coge la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atar los zapatos.		Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente.		Totalmente incapacitado para vestirse por si mismo.	
Usar el inodoro	Va al inodoro, se limpia y ajusta su ropa.		Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal.		totalmente incapacitado para usar el inodoro.	
Trasladarse	Se levanta y se acuesta, se incorpora y sienta de manera independiente.		Recibe ayuda personal o mecánica para realizar éstas funciones.		Totalmente dependiente para levantarse, acostarse, para incorporarse, para sentarse o ambas.	
Continencia	Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación.		Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso reglado de orinales.		Depende totalmente de pañal, sonda o colostomía.	
Alimentarse	Sin ayuda.		Necesita ayuda para comer o necesita ayuda solo para cortar carne o untar el pan.		Es alimentado por otra persona, por sonda o por vía parenteral.	

Clasificación

Dependencia leve	Aquella persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda solo para un componente de la actividad.
Dependencia Moderada	Aquella persona que requiere de asistencia para más de un componente, pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión.
Dependencia Severa o Postrado	Aquella persona que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la actividad.

Anexo 3

N°

Índice de Barthel para clasificación de Dependencia

Actividades básicas de la vida diaria

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal. Marcar lo que la persona realiza actualmente, no lo que es capaz.

Parámetro	Situación del Paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. - Dependiente	10 5 0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño - Dependiente	5 0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente	10 5 0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. - Dependiente	5 0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas - Incontinencia	10 5 0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda - Incontinencia	10 5 0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa... - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo - Dependiente	10 5 0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo - Dependiente	15 10 5 0

Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros - Independiente en silla de ruedas sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente	10 5 0

Máxima puntuación: 100 puntos	
Resultado	**Grado de dependencia**
< 20	Total (corresponde a Dependencia Severa)
20-35	Grave (corresponde a Dependencia Severa)
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Nota: Para ser clasificado con **Dependencia Severa**, el puntaje debe ser menor o igual a 35 puntos.

N°

Anexo 4

Mini Mental Status Examination (folstein) MMSE

1. Por favor, digame la fecha de hoy.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana

Anote un punto por cada respuesta correcta

	BIEN	MAL	N.S	N.R
Mes				
Día mes				
Año				
Día semana				

N.S = No sabe
N.R = No responde

TOTAL = ☐

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?

Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.

	CORRECTA	NO SABE
Arbol		
Mesa		
Avión		

TOTAL = ☐

Número de repeticiones .....

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:

1 3 5 7 9

Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.

La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej; 9 7 5 3 1 = 5 puntos

Respuesta Entrevistado					
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1

N° de dígitos en el orden correcto

TOTAL = ☐

4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:

Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Ninguna acción 0

	Correcto
Toma papel con la mano derecha	
Dobla por la mitad con ambas manos	
Coloca sobre las piernas	

TOTAL = ☐

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

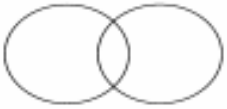
Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.

	CORRECTO	INCORRECTO	NR
Arbol			
Mesa			
Avión			

TOTAL = ☐

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.



CORRECTO	INCORRECTO	NR

TOTAL = ☐

Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6

Suma total = ☐

El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos.

Normal = ≥14 Alterado = ≤13

N°

Anexo 5

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Utilizada en la investigación de las mexicanas Zoila Hernández, Yamilet Ehrenzweig cuyo tema de estudio fue "Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado".

A continuación se presenta una lista de frases que refleja cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, encierre la letra que corresponda a lo que usted siente con más frecuencia. No existen respuestas correctas o incorrectas.

1.- ¿Siente usted que sus pacientes solicitan más ayuda de la que realmente necesitan? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
2.- ¿Siente usted que a causa del tiempo que gasta con sus pacientes ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
3.- ¿Se siente estresado/a al tener que cuidar a sus pacientes y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej. con su familia) **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
4.- ¿Se siente avergonzado/a por el comportamiento de sus pacientes? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
5.- ¿Se siente irritado/a cuando esta cerca de sus pacientes? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
6.- ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
7.- ¿Siente temor por el futuro que le espera a sus pacientes? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
8.- ¿Siente que sus pacientes dependen de usted? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**

9.- ¿Se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a sus pacientes? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
10.- ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a sus pacientes? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
11.- ¿Siente usted que no tiene la vida privada que desearía a causa de sus pacientes? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
12.- ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a sus pacientes? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
13.- (**Solo si el entrevistado vive con el paciente**) ¿Se siente incomodo/a para invitar amigos a casa a causa de paciente? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
14.- ¿Cree que sus pacientes esperan que usted les cuide como si fuera la única persona con la que pudieran contar? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
15.- ¿Cree usted que no se dispone de dinero suficiente para cuidar a sus pacientes además de cubrir otros gastos? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
16.- ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de sus pacientes durante mucho tiempo mas? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
17.- ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de sus pacientes se manifestó? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
18.- ¿Desearía poder encargar el cuidado de sus pacientes a otra persona? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**
19.- ¿Se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con sus pacientes? **A: Nunca B: Casi nunca C: A veces D: Frecuentemente E: Casi siempre**

20.- ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por sus pacientes?				
A: Nunca	**B: Casi nunca**	**C: A veces**	**D: Frecuentemente**	**E: Casi siempre**
21.- ¿Cree que podría cuidar a sus pacientes mejor de lo que lo hace?				
A: Nunca	**B: Casi nunca**	**C: A veces**	**D: Frecuentemente**	**E: Casi siempre**
22.- En general, ¿se siente sobrecargado/a al tener que cuidar de sus pacientes?				
A: Nunca	**B: Casi nunca**	**C: A veces**	**D: Frecuentemente**	**E: Casi siempre**

Total:

* A = 1 punto; B = 2 puntos; C = 3 puntos; D = 4 puntos; E = 5 puntos.

- Escala de Zarit (todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1-5. Luego el puntaje obteniendo un resultado entre 22-110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (< o = 46). "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (> o = 56). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.
- Escala abreviada de Zarit (los 7 ítems marcados en gris): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1-5. Luego el puntaje obteniendo un resultado entre 7-35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (< o = 16). y "sobrecarga intensa" (> o = 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

Anexo 6

Consentimiento para Adulto Mayor

Universidad Austral de Chile

Conocimiento y Naturaleza

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio:

"Nivel de sobrecarga del cuidador formal y dependencia física y/o psíquica del adulto mayor en residencias de larga estadía"

Investigadores Responsables: Cinthya Ira-Ira, Mauricio Negrete y Paz Rosas.

Estudiantes 4° año de Enfermería UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE

Fono: 97733394 - 77478648 Email: escalapixomauronia@gmail.com

Profesora Patrocinante: Ida Elizabeth Flores González Fono: 221131

Este consentimiento ha sido autorizado por el Comité de Ética del Servicio Salud Valdivia, que preside la Dra. Ginette Grandjean Obando.

Se me ha informado que se está realizando un estudio cuyo objetivo es relacionar el nivel de sobrecarga de los cuidadores formales con el grado de dependencia de los Adultos Mayores, pertenecientes al Hogar _____de la Región de los Ríos, durante el periodo 2011- 2012. Se me ha explicado que el propósito de este estudio es contribuir en el mejorar la calidad laboral de los cuidadores formales de Adultos Mayores.

Dado que cumplo con las características y requisitos de incorporación al estudio, se me ha solicitado aprobación y consentimiento para participar.

Mi participación consistirá en responder un cuestionario y dos escalas, que serán aplicados por un encuestador, durante 20 minutos.

Se me ha explicado que participar en el estudio no implica riesgos ni costos, además mi participación es voluntaria. De manera que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda información obtenida de datos y resultados de las evaluaciones será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar a los investigadores responsables cuyos teléfonos y dirección electrónica se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, _____ RUT _____ he sido informada(o) (Nombre del Adulto Mayor)

por el Sr./Sra./Srta. _____ respecto al estudio

(Nombre de la persona que aplica el consentimiento) quien ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar □ No aceptar □, mi participación en el estudio.

_____ _____

Firma del Adulto Mayor. Firma persona que aplica el consentimiento

Fecha _____

Consentimiento para Cuidador Formal

Universidad Austral de Chile

Conocimiento y Naturaleza

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio:

"Nivel de sobrecarga del cuidador formal y dependencia física y/o psíquica del adulto mayor en residencias de larga estadía"

Investigadores Responsables: Cinthya Ira-Ira, Mauricio Negrete y Paz Rosas.

Estudiantes 4° año de Enfermería UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE

Fono: 97733394 - 77478648 Email: escalapixomauronia@gmail.com

Profesora Patrocinante: Ida Elizabeth Flores González Fono: 221131

Este consentimiento ha sido autorizado por el Comité de Ética del Servicio Salud Valdivia, que preside la Dra. Ginette Grandjean Obando.

Se me ha informado que se está realizando un estudio cuyo objetivo es relacionar el nivel de sobrecarga de los cuidadores formales con el grado de dependencia de los Adultos Mayores, pertenecientes al Hogar _____de la Región de los Ríos, durante el periodo 2011- 2012. Se me ha explicado que el propósito de este estudio es contribuir en el mejorar la calidad laboral de los cuidadores formales de Adultos Mayores.

Dado que cumplo con las características y requisitos de incorporación al estudio, se me ha solicitado aprobación y consentimiento para participar.

Mi participación consistirá en responder un cuestionario y una escala, que serán aplicados por un encuestador, durante 20 minutos.

Se me ha explicado que participar en el estudio no implica riesgos ni costos, además mi participación es voluntaria. De manera que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones, ni recibir sanción.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda información obtenida de datos y resultados de las evaluaciones será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar a los investigadores responsables cuyos teléfonos y dirección electrónica se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, _____ RUT _____ he sido informada(o) (Nombre del cuidador)

por el Sr./Sra./Srta. _____ respecto al estudio

(Nombre de la persona que aplica el consentimiento) quien ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar ☐ No aceptar ☐, mi participación en el estudio.

_____ _____

Firma del cuidador Firma persona que aplica el consentimiento

Fecha _____

Consentimiento para Apoderado o Director Técnico

Universidad Austral de Chile
Conocimiento y Naturaleza

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio:

"Nivel de sobrecarga del cuidador formal y dependencia física y/o psíquica del adulto mayor en residencias de larga estadía"

Investigadores Responsables: Cinthya Ira-Ira, Mauricio Negrete y Paz Rosas.

Estudiantes 4° año de Enfermería UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE

Fono: 97733394 - 77478648 Email: escalapixomauronia@gmail.com

Profesora Patrocinante: Ida Elizabeth Flores González Fono: 221131

Este consentimiento ha sido autorizado por el Comité de Ética del Servicio Salud Valdivia, que preside la Dra. Ginette Grandjean Obando.

Se me ha informado que se está realizando un estudio cuyo objetivo es relacionar el nivel de sobrecarga de los cuidadores formales con el grado de dependencia de los Adultos Mayores, pertenecientes al Hogar _____de la Región de los Ríos, durante el periodo 2011- 2012. Se me ha explicado que el propósito de este estudio es contribuir en el mejorar la calidad laboral de los cuidadores formales de Adultos Mayores.

Dado que el Adulto Mayor cumple con las características y requisitos para la incorporación del estudio, pero no cuenta con las facultades para aprobar este consentimiento, se requiere mi aprobación y consentimiento para que participe.

Se me ha explicado que deberé responder un cuestionario y dos escalas, que serán aplicados por un encuestador, durante 20 minutos.

Se me ha explicado que participar en el estudio no implica riesgos ni costos, además mi participación es voluntaria. De manera que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda información obtenida de datos y resultados de las evaluaciones será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar a los investigadores responsables cuyos teléfonos y dirección electrónica se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, _____ RUT _____ he sido informada(o) (Nombre del Apoderado o Director Técnico)

por el Sr./Sra./Srta. _____ respecto al estudio

(Nombre de la persona que aplica el consentimiento) quien ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar ☐ No aceptar ☐, mi participación en el estudio.

_____ _____

Firma del Apoderado o Director Técnico. Firma persona que aplica el consentimiento

Fecha _____

Anexo 7

N°

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO DEL CUIDADOR

Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una X o el número en el espacio que corresponda a la situación.

I .- VARIABLES DEMOGRAFICAS	**CATEGORIA**	
Sexo	Mujer ☐ Hombre ☐	
Edad		
Estado Civil	Soltero	
	Casado	
	Conviviente	
	Separado	
	Divorciado	
	Viudo	
Número de hijos		
Procedencia	Rural ….☐……urbano ☐	
Morbilidad del cuidador	E. Cardiovasculares ☐ E. Endócrinas ☐ E. Cerebrales ☐ E. Respiratórias ☐ E. Osteomusculares ☐ Enf. Psiquiátricas ☐ Ninguna ☐ Otra ☐	
Realiza actividad recreativa	Si ☐ No ☐	
Años de estudio		
II.-VARIABLES SOCIOECONOMICAS	**CATEGORIA**	
Previsión	Fonasa A B C D Isapre ☐ Particular ☐ Fuerzas Armadas ☐ PRAIS ☐ Sin Previsión ☐ Otro ☐ No sabe ☐	
Situación Laboral	Media Jornada ☐ Jornada Completa ☐ Esporádico ☐	
Remuneración ($)		
Tiempo en el rol de cuidador (años)		
Horas diarias dedicadas al cuidado		
Nivel de sobrecarga	☐ Ausencia de Sobrecarga ☐ Sobrecarga ligera ☐ Sobrecarga intensa.	

Anexo 8

N°

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO DEL ADULTO MAYOR

Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una X o el número en el espacio que corresponda a la situación.

I .- VARIABLES DEMOGRAFICAS	**CATEGORIA**	
Sexo	Mujer ☐ Hombre ☐	
Edad		
Estado Civil	Soltero	
	Casado	
	Conviviente	
	Separado	
	Divorciado	
	Viudo	
Número de hijos		
Morbilidad del cuidador	E. Cardiovasculares ☐ E. Endócrinas ☐ E. Cerebrales ☐ E. Respiratórias ☐ E. Osteomusculares ☐ Enf. Psiquiátricas ☐ Ninguna ☐ Otra ☐	
Realiza actividad recreativa	Si ☐ No ☐	
Años de estudio		
II.-VARIABLES SOCIOECONOMICAS	**CATEGORIA**	
Previsión	Fonasa A B C D Isapre ☐ Particular ☐ Fuerzas Armadas ☐ PRAIS ☐ Sin Previsión ☐ Otro ☐ No sabe ☐	
MMSE		
Grado de Dependencia	☐ Independiente ☐ Dependencia leve ☐ Dependencia moderada ☐ Dependencia severa	