

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



AFRONTAMIENTO, ADAPTACIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES DE  
ADULTOS MAYORES CON DEPENDENCIA FUNCIONAL, ADSCRITOS A  
CENTROS DE SALUD FAMILIAR”

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA**

**DANIELA ALEJANDRA VILLABLANCA MERINO**

**PROFESOR GUÍA: DRA. OLIVIA SANHUEZA ALVARADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**SEPTIEMBRE-2018**

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



AFRONTAMIENTO, ADAPTACIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES DE  
ADULTOS MAYORES CON DEPENDENCIA FUNCIONAL, ADSCRITOS A  
CENTROS DE SALUD FAMILIAR”

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA**

**DANIELA ALEJANDRA VILLABLANCA MERINO**

**PROFESOR GUÍA: DRA. OLIVIA SANHUEZA ALVARADO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**SEPTIEMBRE-2018**

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION DIRECCION DE POSTGRADO

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

Profesor Guía: Sra. Olivia Sanhueza Alvarado  
Profesora Titular, Doctora en Enfermería

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

---

Sra. Olivia Sanhueza Alvarado  
Profesora Titular, Doctora en Enfermería

---

Sra. Maritza Espinoza Venegas  
Profesora Asociada y Doctora en Enfermería

---

Sra. Isis Chamblás García  
Profesora Asociada y Magíster en Educación

Directora Programa Magíster: Sra. Patricia Cid Henríquez

Profesora Titular, Doctora en Enfermería

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por guiarme en este enriquecedor proceso y además por entregarme la fortaleza necesaria para seguir creciendo como profesional.

A mi familia por acompañarme y darme el apoyo que requerí.

A mis padres por siempre creer en mí y en mis capacidades.

A la Universidad de Concepción por entregarme la posibilidad de aumentar mis horizontes como enfermera.

A los cuidadores principales que accedieron ser partícipes de este estudio y gracias a ellos/as el hacer realidad este anhelo.

A los Centros de Salud Familiar que me abrieron las puertas y creyeron en la propuesta.

A Leticia, Samuel y Lesly, colegas que acogieron con agrado esta propuesta y permitieron que fuese realidad.

A mi profesora guía Dra. Olivia Sanhueza, por su apoyo y guía en la formulación de nuevo conocimiento.

Por último, agradecer las experiencias que me ha dado la vida las cuales me han llevado a amar lo que hago.

## DEDICATORIA

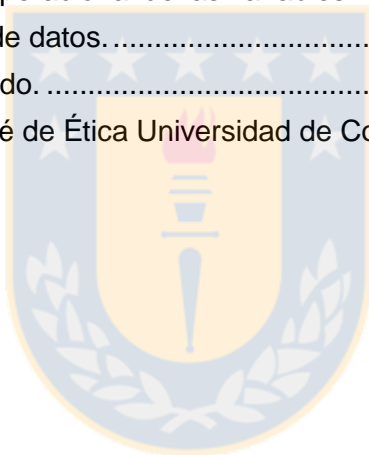
*Le dedico el presente trabajo a la formación del conocimiento emergente de Enfermería para poder fortalecer nuestro que hacer diario y brindar de esta manera un cuidado de calidad y con amor.*



## Tabla de Contenidos

ÍNDICE DE TABLAS .....	viii
RESUMEN .....	x
ABSTRACT .....	xi
I. INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA.....	1
Problema de investigación. ....	4
II. MARCO REFERENCIAL.....	5
MARCO CONCEPTUAL .....	5
MARCO TEÓRICO.....	7
MARCO EMPÍRICO .....	10
III. HIPÓTESIS DE TRABAJO:.....	16
OBJETIVOS .....	16
1.- Objetivo general.....	16
2.- Objetivos específicos.....	16
IV. VARIABLES DE ESTUDIO .....	17
1.- Variable dependiente.....	17
2.- Variables independientes.....	17
V. METODOLOGÍA:.....	18
1.- Tipo de estudio.....	18
2.- Unidad de análisis.....	18
3.- Universo.....	18
4.- Muestra.....	18
5.- Criterios de inclusión.....	18
6.- Criterios de exclusión.....	19
7.- Recolección de datos.....	19
8.- Control de calidad del instrumento.....	22

9.- Aspectos e implicancias éticas de la investigación.....	23
10.- Procesamiento y análisis estadístico de los datos.....	25
VI. RESULTADOS.....	26
VII. DISCUSIÓN .....	43
VIII. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	46
CONCLUSIÓN.....	46
LIMITACIONES.....	47
SUGERENCIAS.....	48
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
X. ANEXOS .....	56
Anexo 1: Descripción nominal y operacional de las variables. ....	56
Anexo 2: Instrumento recolector de datos.....	59
Anexo 3: Consentimiento Informado.....	71
Anexo 4: Carta aprobación Comité de Ética Universidad de Concepción.....	73



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°1:</b> Escala de afrontamiento y adaptación según puntaje global y por factor a obtener	21
<b>Tabla N°2:</b> Características sociodemográficas de los/as cuidadores/as de adultos mayores con dependencia funcional	27
<b>Tabla N°3:</b> Edad de los/as cuidadores/as de adultos mayores con dependencia funcional	29
<b>Tabla N°4:</b> Tiempo como cuidador/a de adultos mayores con dependencia funcional	30
<b>Tabla N°5:</b> Nivel de confiabilidad Escala Capacidad de Afrontamiento y Adaptación	31
<b>Tabla N°6:</b> Confiabilidad escala total Capacidad de afrontamiento y adaptación y sub factores	32
<b>Tabla N°7:</b> Capacidad de afrontamiento y adaptación total en cuidadores de usuarios dependientes severos	33
<b>Tabla N°8:</b> Distribución del grupo de cuidadores según clasificación de la Capacidad de afrontamiento y adaptación	34
<b>Tabla N°9:</b> Capacidad de Afrontamiento y Adaptación según factores de la Escala CAPS	35
<b>Tabla N°10:</b> Resultado total Afrontamiento y Adaptación (Afro_Adap) según variables sociodemográficas (V.S-D) de cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional adscritos en CESFAM	36
<b>Tabla N°11:</b> Nivel de confiabilidad Escala Calidad de Vida, WHOQOLB-Bref	38
<b>Tabla N°12:</b> Calidad de vida y grado de satisfacción con su salud en los cuidadores de personas adultas mayores con dependencia funcional adscritos a Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa	39
<b>Tabla N°13:</b> Calidad de vida según sus dominios en los cuidadores principales de adultos mayores con dependencia funcional adscritos a Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa	40



**Tabla N°14:** Calidad de vida según sus dominios en los cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional adscrita a Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa y su correlación con capacidad de afrontamiento y adaptación 41

**Tabla N°15:** Resultados correlación Escala Afrontamiento y adaptación con Calidad de Vida de cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional adscritos en CESFAM 42



## RESUMEN

La práctica de cuidar a un adulto mayor con dependencia funcional es realizada en muchas ocasiones por los familiares, cuidado que representa una fuente importante de sobrecarga, implicando una excesiva demanda que puede disminuir notablemente la calidad de vida de los/as cuidadores/as.

**Objetivo:** Determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación de cuidadores de personas adultas mayores con dependencia funcional y la relación con su calidad de vida.

**Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, en una muestra de 34 de un total de 83 cuidadores de los Centros de Salud Familiar San Carlos y San Ignacio, provincia de Ñuble, Chile. Previo Consentimiento Informado se aplicó cuestionario de variables sociodemográficas; Escala CAPS y WHOQOL-Bref.

**Resultados:** Perfil del/la cuidador/a, mujer, en edad adulta, hija del usuario, enseñanza básica completa, promedio de 9,5 años como cuidadora, y presencia de una patología de base. El 97 % de ellas presentó alto nivel de afrontamiento, utilizando principalmente los factores 1 “Recursivo y Centrado”, 3 “Proceso de Alerta” y 5 “Conocer y Relacionar”. En relación a la Calidad de Vida, la totalidad de los encuestados clasificó su calidad de vida como “lo normal”; encontrándose que el dominio 2 “Psicológico” de esta escala, explicaría el 46,3% de la capacidad de afrontamiento del cuidador/a.

**Conclusiones:** Los aspectos psicológicos para la cuidadora de una persona adulta mayor con dependencia, presentan gran importancia en su capacidad de afrontamiento y adaptación, recurrir a sí misma y a los demás, lo cual le permitiría sostener adecuadamente la práctica de cuidado de un adulto mayor dependiente.

**Palabras Claves:** Cuidadores, Adulto mayor, Afrontamiento y adaptación, Calidad de vida, Enfermería.

## ABSTRACT

The practice of caring for an elderly person with functional dependence is carried out on many occasions by family members, care that represents an important source of overload, implying an excessive demand that can significantly reduce the quality of life of the caregivers.

**Objective:** To determine the capacity of coping and adaptation of caregivers of older adults with functional dependence and the relationship with their quality of life.

**Methods:** Quantitative, descriptive, correlational study in a sample of 34 of a total of 83 caregivers of the San Carlos and San Ignacio Family Health Centers, Ñuble province, Chile. Prior Informed Consent was applied questionnaire of sociodemographic variables; Scale CAPS and WHOQOL-Bref.

**Results:** Profile of the caregiver, woman, in adult age, daughter of the user, complete basic education, average of 9.5 years as caregiver, and presence of a basic pathology. 97% of them presented a high level of coping, mainly using the factors 1 "Recursive and Centered", 3 "Alert Process" and 5 "Know and Relate". In relation to the Quality of Life, all the respondents classified their quality of life as "normal"; finding that the "Psychological" domain 2 of this scale, would explain 46.3% of the coping capacity of the caregiver.

**Conclusions:** The psychological aspects for the caregiver of an elderly person with dependency, have great importance in their ability to cope and adapt, to resort to themselves and others, which would allow them to adequately sustain the care practice of a dependent elderly adult .

**Key words:** Caregivers, Elderly, Coping and adaptation, Quality of life, Nursing.

## I. INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA.

Chile no es una excepción a las tendencias de envejecimiento poblacional mundial. El país se encuentra en un proceso avanzado de transición demográfica. La esperanza de vida al nacer, es en promedio de 79,6 años <sup>(1)</sup>. El grupo mayor de 60 años, constituirá el año 2020 casi un quinto del total de la población chilena, un 17.3%, con más de tres millones de personas <sup>(2)</sup>.

En el año 2010 se observó una disminución de la base de la pirámide y un aumento de las edades intermedias y avanzadas, siendo la proyección para el año 2050 la de una pirámide totalmente vertical y más amplia en su cima, denotando la mayor proporción a futuro de la población adulta mayor, respecto de los restantes grupos etarios <sup>(3)</sup>.

Llegar a la etapa de adulto mayor implica una transición, proceso que se vuelve necesario enfrentar de la mejor manera posible. En este grupo etario en algunos casos, además de enfrentar la transición de la vejez, deben enfrentar estados de salud que los hacen ser dependientes de un cuidador informal, por otro lado, este cuidador también presenta un proceso de transición. Ambos procesos se pueden interpretar a través de la teoría de Callista Roy, quien en su modelo conceptual de adaptación considera a la persona como un sistema adaptativo holístico que se encuentra en continua interacción con un ambiente cambiante <sup>(4)</sup>.

En Chile se define como adulto mayor a una persona de 60 y más años, según el criterio asumido por el Gobierno de Chile establecido en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA <sup>(5)</sup>.

La incidencia de patologías que generan discapacidad aumenta a medida que las personas envejecen. Según las cifras globales emanadas desde la información obtenida desde el DEIS (2012), en base a los datos aportados por el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), refiere que para el año 2012, de un total de 733.436 personas mayores bajo control en atención primaria de salud,

clasificados por condición de funcionalidad según Evaluación funcional del adulto mayor (EFAM): un 69,8% es autovalente, (41,2% autovalente sin riesgo y 28,7% autovalente con riesgo), 17,2% está en riesgo de dependencia y el 13% restante es dependiente las cuales corresponde a 95.485 personas<sup>(6)</sup>. A raíz de la realidad mencionada, emana el concepto de cuidador/a, el cual, según el Servicio Nacional del Adulto Mayor, es la persona que proporciona los servicios necesarios para el cuidado de otros, en sus actividades cotidianas <sup>(7)</sup>.

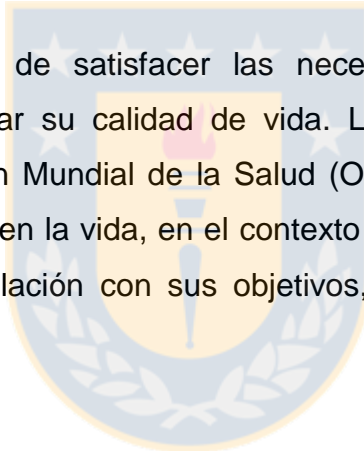
Estudios nacionales e internacionales han intentado definir el perfil y los problemas más frecuentes de los cuidadores, lo que permite orientar el trabajo del equipo de salud. En relación al perfil, en Chile se trata de mujeres, adultas, con pareja, con educación básica incompleta, sin trabajo ni participación social y con percepción económica insuficiente, dedicando gran parte del día a cuidar, sin ayuda de terceros, con niveles de sobrecarga leve y escasa percepción de apoyo social <sup>(8)</sup>; la edad de la mujer es entre 54 y 65 años de edad, siendo hija, esposa y/o madre, que cuida más de 8 horas diarias a su familiar, que realiza esta tarea desde hace más de 6 años, que no ha recibido la formación para los diferentes cuidados que otorga y que presenta niveles moderados de sobrecarga <sup>(9)</sup>. Los problemas más comunes del cuidador serían la deficiente ayuda de parte de familiares; tiempo limitado de descanso y ocio; problemas económicos; insatisfacción de las necesidades propias; conflictos familiares; pérdida de relaciones sociales; dificultades laborales; desconocimiento de la enfermedad y su manejo y problemas conyugales. Dentro de los sentimientos, los más frecuentes experimentados por los cuidadores informales son, la pena, culpa, enojo, rabia, vergüenza, impotencia, soledad, inseguridad, frustración y resentimiento. Dentro de lo afectivo se señalan los trastornos del sueño, depresión y ansiedad. Se puede observar una importante variabilidad en los efectos que produce el cuidado de una persona con dependencia, en su cuidador/a <sup>(10, 11, 12, 13,14)</sup>.

Lo anterior no sólo pone en evidencia la sobrecarga, sino también una serie de sentimientos y aspectos negativos que el cuidar promueve en el cuidador y, que

constituirían el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de personas dependientes funcionales y que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal <sup>(15)</sup>.

El equipo de salud y en especial el profesional de Enfermería, puede intervenir reduciendo esta suma de efectos o problemas, por medio del reconocimiento al cuidador/a y de la entrega de conocimientos técnicos, que le permitirían mejorar la eficiencia del cuidado, rescatando su rol de persona con necesidades de salud, permitiéndole al mismo tiempo expresar sus vivencias y sentimientos, así como también, poder compartir con un experto técnico su experiencia e incertidumbre del cuidado, todo lo cual podría mejorar su calidad de vida.

Para enfrentar el desafío de satisfacer las necesidades de los cuidadores informales, es clave mejorar su calidad de vida. La calidad de vida ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones <sup>(16)</sup>.



## **Problema de investigación.**

Enfermería, es un servicio que se presta en todo el continuo salud- enfermedad, debiendo involucrarse y profundizar en este proceso de la vida de los adultos mayores con dependencia funcional y específicamente en este estudio, se abordó a quienes son sus cuidadores/as, para indagar en su calidad de vida dado que los cuidadores muchas veces enfrentan solos el cuidado, siendo necesario conocer sus capacidades y estrategias de afrontamiento y adaptación y como éstas influyen en su calidad de vida, para apoyar y a la vez proponer las estrategias de ayuda profesional que contribuyen a potenciar este cuidado lo que promueve un mayor bienestar tanto en la persona cuidada como en su cuidador.

Por otro lado, se dimensiono cómo afrontan los cuidadores situaciones que les generan estrés, permitiendo orientarles; también permitió contribuir a visibilizar la realidad a la cual se enfrentan muchos hogares y visibilizar también esta práctica, de manera de considerar a la/os cuidadoras/es como un usuario más de las intervenciones y prestaciones que el sistema de salud formal debe otorgar.

De esta forma el problema de estudio se enunció de la siguiente manera: Se desconocen las capacidades de afrontamiento y adaptación que poseen los cuidadores informales durante el cuidado de personas adultas mayores que se encuentren inscritos en el Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa y como se relacionan con su calidad de vida.

## II. MARCO REFERENCIAL

### MARCO CONCEPTUAL

En general, para otorgar cuidados de salud se puede distinguir entre: Cuidadores Formales y Cuidadores Informales o Primarios; estos últimos serían aquellos familiares que ejercen la tarea de cuidado cuando la persona mayor vive en la casa y requiere del apoyo de otro para que le ayude en la asistencia básica, estos cuidados no son entregados por profesionales. Por otro lado, como cuidador formal se concibe al personal que atiende a la persona mayor en una institución (establecimientos de larga estadía). El cuidador formal también puede ser el personal contratado que asiste a la persona mayor en su hogar <sup>(36)</sup>.

Concepto calidad de vida relacionada con salud.

Si bien no existe una única definición aceptada de Calidad de Vida relacionada con la salud, existen consensos básicos:

Patrick (1993)<sup>(37)</sup> define Calidad de Vida como "La medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades, a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud". Esto significa que la percepción de los/as cuidadores/as acerca de su calidad de vida puede ser determinada por las diversas situaciones que vivencia en su rol de cuidador/a.

Por otro lado, implica evaluar la calidad de vida en distintas esferas, lo que involucra alejarse del modelo biomédico tradicional, ampliándolo a lo que le sucede en el ámbito físico, psíquico, social y espiritual como parte esencial del bienestar global del individuo. Es decir, se trataría de un concepto multidimensional <sup>(37)</sup>. Incorpora tanto elementos negativos como positivos, reflejando que salud no es la mera ausencia de síntomas, reconociendo que determinados hechos positivos como por ejemplo: sentirse apoyado y querido pueden determinar que la evaluación de un problema físico sea atenuada por



estas evaluaciones positivas o que, por el contrario, la presencia de soledad y depresión deterioran la calidad de vida, en un nivel no explicado exclusivamente por las características de la afección orgánica <sup>(38)</sup>. Finalmente, otro criterio es su variabilidad a través del tiempo <sup>(37)</sup> y, por lo tanto, la posibilidad de ser modificada a través de intervenciones adecuadas. Éste último aspecto es un elemento central en la presente investigación ya que se podrá identificar en qué áreas es posible apoyar para mejorar la calidad de vida.

La calidad de vida está siendo estudiada con especial interés, debido a que ésta se ve alterada en mayor o menor grado por un sinnúmero de variables derivadas del propio paciente, así como también de factores situacionales. Para esta investigación calidad de vida será entendida como un concepto que se refiere a como el individuo percibe su propio bienestar o malestar lo que implica la opinión de la persona en relación a su propia vida estando este concepto influido por la cultura, los valores y expectativas de la persona en cuestión <sup>(39)</sup>.

Los cuidadores informales están expuestos a un sinnúmero de estímulos que generan respuestas adaptativas o de afrontamiento que van a influir en su percepción de calidad de vida.

## MARCO TEÓRICO

En este estudio se utilizó como marco de referencia los conceptos formulados en la teoría del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy.

Callista Roy <sup>(17)</sup>, define el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza una persona para atender las demandas del ambiente, los cuales actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad.

En su Teoría de Adaptación, Roy postula que el subsistema cognoscitivo es el proceso de afrontamiento principal de la persona, y que éste se manifiesta en la conducta o modo fisiológico de autoconcepto, función de rol e interdependencia <sup>(18)</sup>. Considera al afrontamiento y a los procesos de adaptación, como a un constructo multidimensional que representa las respuestas o modos fisiológicos y psicosocial. Como sistema posee niveles jerárquicos pues abarca procesos cognoscitivos tanto a nivel de entradas o estímulos, procesos internos o centrales, como de salidas o respuestas <sup>(19)</sup>.

Los estímulos pueden ser focales, representados por aquellas situaciones o circunstancias que la persona debe confrontar en forma inmediata, tales como una enfermedad o un evento externo y para lo cual requiere consumo de energía <sup>(20)</sup>; en el caso del cuidador informal, podrían estar representados por la sintomatología asociada a la sobrecarga del cuidador, la crisis de alguna enfermedad que padezca, entre otras <sup>(21)</sup>. También considera estímulos contextuales, que están presentes en la situación, y aunque no son el centro de atención o de consumo de energía, influyen en la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal <sup>(20)</sup>. En el cuidado que entrega el cuidador informal tales estímulos podrían estar representados por las características del hogar donde otorga el cuidado, el riesgo de infección con algún fluido, la difícil y escasa comunicación con personas dependientes funcionales muy deterioradas por mencionar estímulos que podrían estar presentes en el caso de los/as cuidadores.

También están los estímulos residuales, que son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente, cuyos efectos no han sido confirmados. Estos pudieran ser una expectativa, un valor, una actitud o una creencia, producto de experiencias pasadas. En el momento en el que se conoce cómo están actuando en la situación se vuelven contextuales (20). En la situación del cuidador informal estos estímulos se consideran factores que se encuentran en el ambiente, el cambio y la pérdida del rol anterior a asumir la responsabilidad de cuidar, los sentimientos de pérdidas, de la independencia, modificación de valores y filosofía de la vida, lo cual se traduce en alteración del auto concepto (22).

Posterior al proceso de entrada se pasa al proceso de control en el cual según la teoría se considera el sistema regulador y relacionador los cuales son enlazados por la percepción del individuo. El primer sistema mencionado reacciona automáticamente por medio del modo de adaptación fisiológico (neuronales, químicos y endocrinos). Por otro lado, el sistema relacionador actúa gracias al modo de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol; este sistema reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales (procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones)(23).

Los cuatro modelos de adaptación de ambos subsistemas del modelo de Roy ofrecen la forma o aportan pruebas de las actividades del relacionador y del regulador. Las reacciones ante los estímulos se desarrollan por medio de los modos de adaptación. El modo de adaptación fisiológico-físico se centra en la forma en que los seres reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse. El autoconcepto del grupo se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y como se debe actuar en la sociedad. Roy define el concepto de autoestima de uno mismo como el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado. El autoconcepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico

y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual). El modo de adaptación de la función del rol describe los roles primarios, secundarios y terciarios que desempeña el individuo en la sociedad. El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro. El modo de adaptación de la interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modelo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social. El propósito de estos cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social. Las proposiciones relacionadas entre los subsistema del relacionador y del regulador unen los sistemas de los modos de adaptación.

La escala de medición desarrollada desde la teoría de Roy agrupa los ítems en cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar las situaciones. El factor recursivo y centrado, se ve respaldado teóricamente por el modo de adaptación de interdependencia y función del rol; el factor reacciones físicas y enfocadas se respalda por el modelo de adaptación fisiológico y por último el factor proceso de alerta, se ve relacionado con el modelo de adaptación del autoconcepto. El análisis anterior, permite identificar y visualizar en los cuidadores, estrategias adecuadas o inefectivas y orientar el cuidado, a fin de mejorar su calidad de vida. Este último concepto dentro de la presente investigación es considerado como un efector que influye en el modo de afrontamiento a utilizar<sup>(16)</sup>.

## MARCO EMPÍRICO

A continuación, se presentan diversos estudios relacionados con la capacidad de afrontamiento y adaptación de cuidadores principales de usuarios adultos mayores y con calidad de vida. Los descriptores utilizados fueron cuidadores, adultos mayores, capacidad de afrontamiento, y adultos mayores. La revisión de la literatura informó que la capacidad de afrontamiento y adaptación en cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional ha sido poco investigada existiendo referencias aplicables a cuidadores.

1. En el año 2006 en Colombia, el estudio de Giraldo y Franco. “Calidad de vida de los cuidadores familiares” tuvo como objetivo describir, desde la perspectiva etnográfica, como podría estar afectada la calidad de vida de los cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia funcional, como consecuencia del desempeño del rol de cuidador, y según su percepción. Enfocada en 14 cuidadoras familiares de adultos mayores de 65 años, con más de seis meses a su cuidado, en el municipio de Envigade, a través de quince entrevistas en profundidad. El análisis de las entrevistas identificó siete grandes temas o categorías con las percepciones de las cuidadoras sobre su rol y los efectos de este en su calidad de vida se hace énfasis en la categoría “la invisibilidad del trabajo de la cuidadora familiar”, en tanto es la menos documentada en la literatura, y en la importancia del acercamiento a los valores y las tradiciones de grupos para la interpretación de las respuestas de su vida social (24).

2. En el año 2007 en Colombia, el estudio de García. “Adquiriendo habilidades en el cuidado de la incertidumbre al nuevo compromiso”, desarrolló una propuesta teórica que describió la experiencia de cuidado del cuidador familiar antes, durante y después de participar en el programa - Cuidando a los Cuidadores mediante la metodología cualitativa con abordaje de teoría fundamentada-, a fin de enriquecer y fortalecer el cuidado de enfermería a partir de la comprensión de la realidad de la persona. En el estudio participaron cuidadores familiares quienes asistieron al

programa. El resultado de la investigación se traduce en la identificación de categorías tales como: desorientación, inquietud, pertenencia, sobrecarga, sentirse imprescindible, auto abandono, comprensión, organización, presencia, razonamiento, reafirmación, ganancia, proyección, cambio y trascendencia. Todas las anteriores fueron reagrupadas en tres fases que se relacionan entre sí y hacen referencia al proceso desarrollado por el cuidador durante su participación en el programa; este proceso se inicia con una exploración y contacto, continúa con una situación de comprensión y progreso, para finalmente experimentar cambios y nuevos retos que emprender (25).

3. El año 2012 en Colombia, se realizó el estudio de Monroy y Suarez. “Afrontamiento cognitivo y adaptación de padres o madres con hijos en post-operatorio de cardiopatía congénita en la Fundación cardiolinfantil de Bogotá” A través de este lograron definir que el promedio de puntaje global de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación en padre o madre fue de 139 ubicándose en alta la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación. Al analizar por subfactores la escala se observó una baja capacidad en el factor dos que representa un estilo que resalta las reacciones físicas y una estrategia respectivamente, el quinto factor que refleja estrategias utilizando la memoria y la imaginación, el cuarto describe las estrategias físicas del yo y el factor tres que refleja comportamientos del yo personal. Todos estos factores estuvieron en una alta capacidad de afrontamiento y adaptación. Al relacionarla con las demás variables socio-demográficas se obtuvo que no existe evidencia estadística suficiente para definir una diferencia en el proceso de afrontamiento y adaptación según la variable edad y educación básica o superior (26).

4. En el año 2011, el estudio de Rivera, Dávila y González. sobre “Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE” buscó conocer el perfil del cuidador primario de pacientes geriátricos y relacionar la sobrecarga del cuidador con su calidad de vida. Se trató de un estudio transversal analítico de los cuidadores primarios de

paciente atendidos en esa clínica de medicina familiar. Se utilizó la escala de Zarit para calcular la sobrecarga de cuidador y el perfil de salud de Nottingham para valorar la calidad de vida. De los 100 cuidadores incluidos en el estudio, 11% eran hombres, con edad promedio de 52,9 años; 26% tenía estudios profesionales. En cuanto a la salud, 27% sufría HTA y 18% diabetes mellitus. Según la escala de Zarit, 14% de los cuidadores experimentaban sobrecarga leve y 11%, sobrecarga intensa. Se obtuvo relación estadísticamente significativa entre la carga de cuidador y el nivel de escolaridad, la hipertensión y el parentesco, así como con todas las dimensiones de la calidad de vida. Como conclusión, el aumento en el desgaste del cuidador afecta su calidad de vida (27).

5. En el año 2012, México, el estudio de Félix et al sobre “Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género”, de tipo descriptivo analítico y correlacional, trabajó con 300 cuidadores de adultos mayores dependientes funcionales con más de seis meses de cuidados. El objetivo de este estudio fue identificar el bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional con perspectiva de género. Se utilizó cuestionario de datos sociodemográficos, índice de Barthel y calidad de vida. Como conclusión se obtuvo como perfil: mujer en etapa media de la vida, próxima a la etapa de adultez mayor, casada, baja escolaridad, labores del hogar, sin actividad productiva o con ingreso limitado. Por otro lado se pudo concluir que este grupo humano es un grupo en desventaja social y de salud, en que se ve afectado su bienestar espiritual y en menor medida la dimensión social (28).

6. El año 2013 en Chile, el estudio de Hermosilla y Sanhueza sobre “Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado” tuvo como objetivo conocer la relación entre las variables personales con el afrontamiento en usuarios inscritos en policlínico del dolor y cuidados paliativos del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. Se pudo concluir que un 61,2% posee una alta capacidad de afrontamiento, 32,7% una muy alta capacidad y un 6,1% una mediana capacidad,

sin usuarios con baja capacidad en el estudio. Según los factores el 61,2% utiliza comportamientos personales y creativos en busca de resultados con una alta capacidad, teniendo esta misma capacidad para afrontar la situación con reacciones físicas en un 51% y con procesamiento de la información o vivencia personal en un 57,1%. Asimismo, el 53,1% tiene una alta capacidad para llevar a cabo estrategias metódicas personales y físicas para adaptarse a la situación, y en un 55,1% utilizando también estrategias propias que recurren a la memoria y la imaginación, con una muy alta capacidad. Referente a las características sociodemográficas de los adultos mayores de 65 años, el 34,7% presenta una alta capacidad el 36,7% es de sexo femenino, el 42,9% profesa religión católica y el 40,8% está casado, sin evidencia de relación significativa entre las variables (29).

7. El año 2013 por Avila, en México: “autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas”, de tipo descriptivo, analítico, correlacional aplicado en 300 cuidadores tuvo como objetivo establecer asociación de autopercepción entre el bienestar y las características del cuidador, se utilizó como instrumento índice de Barthel y calidad de vida con la intención de planificar los cuidados de enfermería y así mejorar su bienestar y la autopercepción positiva que permita cuidar de su familiar. Como resultado se obtuvo una muestra caracterizada por ser mujeres en etapa media de la vida, casadas, con hijos, con baja escolaridad y sin antecedentes de productividad. Se consideró una autopercepción del bienestar espiritual y físico, psicológico y social(30).

8 .El año 2013 en España, Corbalán, et al en el estudio “sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria” de tipo descriptivo transversal, se trabajó con 48 cuidadores con el objetivo de determinar la sobrecarga, prevalencia de ansiedad y depresión y la relación que existía con la sobrecarga del cuidador; se consideró además conocer el perfil del cuidador y del paciente en atención domiciliaria. Para medir sobrecarga se utilizó escala Zarit. Entre las conclusiones se obtuvo como perfil del



cuidador mujer, hija del paciente, con una sobrecarga intensa y en perfil del paciente eran en su mayoría mujeres, con patologías no demenciales y con una edad promedio de 86 años <sup>(31)</sup>.

9. El año 2003, Guedes y Pereira en Portugal el desarrollaron el estudio “Sobrecarga, enfrentamiento, síntomas físicos y morbilidad psicológica en cuidadores de familiares dependientes funcionales” de tipo correlacional, con participación de 50 cuidadores familiares. El objetivo de este estudio fue evaluar la sobrecarga, enfrentamiento, síntomas físicos y morbilidad psicológica de los cuidadores a través de encuesta Barthel, mini-mental state examination, Burden interterviw scale, Health symptoms checklist, Depression anxiety stress scales y carers assessment of managing index. Se obtuvo como conclusión un perfil de cuidadoras mujeres, en promedio 56 años, casada, al cuidado de familiar en promedio mayor a 3 años, el cual se encontraba en total o grave dependencia con algún déficit cognitivo. Se encontró además una correlación positiva entre las estrategias de enfrentamiento por ejemplo “percepciones alternativas de la situación”, “lidiar con/solucionar el problema y la duración del cuidado y considera estas estrategias como medios protectores del área física y psicológica del cuidador. Por ultimo existió una correlación negativa entre las estrategias y morbilidad psicológica, síntomas físicos y sobrecarga <sup>(32)</sup>.

10. Jiménez, Zapata y Díaz el año 2013 en Colombia investigaron la capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana. De este estudio participaron 61 familiares a los cuales se les aplicó la escala de medición CAPS. Los rangos de edad de los participantes oscilaron entre 18 y 65 años, con una participación mayoritaria del género femenino (67,2%) sobre el masculino (32,8%). Se obtuvo como resultado que en la capacidad de afrontamiento y adaptación, el 85,2% presentó un puntaje alto y con mayor frecuencia fue utilizada por las familias el factores recursivo y centrado más proceso de alerta (factores 1 y 3, relacionados con alta capacidad de afrontamiento), el factor físico y enfocado (factor 2, relacionado con bajo afrontamiento). Las estrategias de afrontamiento

utilizadas por los familiares fueron las dirigidas a la solución del problema, caracterizándose por hacer frente a la situación desde un principio, planeando actividades dirigidas a modificar la conducta y desarrollar objetivos específicos que contribuyan con la solución del mismo <sup>(33)</sup>.

11. El año 2013 en Colombia, Ávila y Vergara evaluaron la calidad de vida de cuidadores informales de personas que viven en situación de enfermedad crónica y también quisieron determinar si la misma se relaciona con las características sociodemográficas de los 127 participantes. Se hizo uso de la escala Whoqolf-Bref. Se observaron bajos niveles de salud física y psicológica, deterioro de los procesos de participación social y niveles moderados de interacción con el medioambiente. El género del cuidador, su ocupación y la relación con el paciente tuvieron una correspondencia significativa con la calidad de vida en relación con los dominios de medioambiente, vida social y salud psicológica. Pudieron concluir que los cuidadores informales presentan un deterioro general de su calidad de vida con déficit marcado en la esfera relacional <sup>(34)</sup>.

12. Amendola, Oliveira y Alvarenga, el año 2008 en Sao Paulo, evaluaron la asociación entre la calidad de vida de los cuidadores familiares de enfermos dependientes atendidos por el Programa Salud de la Familia y las características sociales, demográficas, y de salud, así como el grado de sobrecarga percibido y el grado de independencia funcional del enfermo. Fueron entrevistados 66 cuidadores. En los resultados obtenidos a través de WHOQOL-BREF los dominios Físico y Relaciones Sociales presentaron los mayores puntajes (66,72 y 60,86, respectivamente), mientras que el dominio Medio Ambiente presentó el menor puntaje (52,51) <sup>(35)</sup>.

### III. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Los cuidadores informales de personas adultas mayores con dependencia funcional que poseen una baja capacidad de afrontamiento y adaptación presentan una peor calidad de vida.

#### OBJETIVOS

##### 1.- Objetivo general.

Determinar la capacidad de afrontamientos y adaptación que poseen los cuidadores informales de personas adultas mayores con dependencia funcional pertenecientes a los Centros de Salud Familiar (CESFAM) “Dr. José Duran Trujillo” de San Carlos y San Ignacio y como se relaciona con su calidad de vida y las variables sociodemográficas.

##### 2.- Objetivos específicos.

- Describir a la población de cuidadores/as según sexo, edad, parentesco con la persona adulto mayor, presencia de enfermedad y el tiempo que lleva como cuidador/a.

- Identificar la capacidad de afrontamientos y adaptación que presentan los cuidadores de usuarios adultas mayores con dependencia funcional pertenecientes a CESFAM “Dr. José Duran Trujillo” de San Carlos y San Ignacio.

- Identificar la calidad de vida que presentan los cuidadores de persona adultas mayores dependientes funcionales CESFAM “Dr. José Duran Trujillo” de San Carlos y San Ignacio.

- Correlacionar la capacidad de afrontamiento, adaptación y sus características bio-sociodemográficas con la calidad de vida que presentan los cuidadores de personas adultas mayores dependientes funcionales pertenecientes a CESFAM “Dr. José Duran Trujillo” de San Carlos y San Ignacio.

#### IV. VARIABLES DE ESTUDIO

##### 1.- Variable dependiente.

- Calidad de vida de los cuidadores principales de personas adultas mayores con dependencia funcional inscritas en CESFAM.

- Capacidad de Afrontamiento y Adaptación

##### 2.- Variables independientes.

- Variables sociodemográficas:

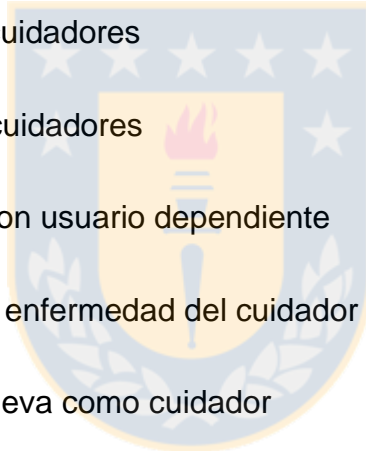
- Sexo de los cuidadores

- Edad de los cuidadores

- Parentesco con usuario dependiente

- Presencia de enfermedad del cuidador

- Tiempo que lleva como cuidador



Descripción nominal y operacional de las variables en Anexo 1.

## **V. METODOLOGÍA:**

### 1.- Tipo de estudio.

Diseño no experimental, Descriptivo, transeccional, de alcance correlacional

### 2.- Unidad de análisis.

Cuidadores informales de personas adultas mayores en situación de dependencia funcional en CESFAM Duran Trujillo de San Carlos y CESFAM San Ignacio, en el año 2017-2018.

### 3.- Universo.

La población con la cual finalmente se seleccionó la muestra fue de 83 cuidadores informales de personas adultas mayores en situación de dependencia funcional del CESFAM Duran Trujillo de San Carlos y CESFAM San Ignacio.

### 4.- Muestra.

Seleccionada por conveniencia, conformada por 34 usuarios inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, que correspondió al 40,1% de la población adscrita a esos centros.

### 5.- Criterios de inclusión.

Cuidadores informales que se encuentren al cuidado de personas adultas mayores con dependencia funcional pertenecientes a CESFAM "Dr. José Duran Trujillo" de San Carlos y CESFAM San Ignacio.

## 6.- Criterios de exclusión.

Cuidadores informales menores de 18 años, que no deseen participar, que no se encuentren inscritos en el Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa, o que tengan diagnosticada alguna enfermedad mental que les impida contestar.

## 7.- Recolección de datos.

**Técnica de recolección de datos:** La recolección de datos se llevó a cabo durante diciembre 2017 y marzo 2018, en las reuniones de cuidadores informales en CESFAM previo planificación después de recibir la autorización por el Director del establecimiento de salud.

La modalidad de aplicación del instrumento a los cuidadores informales fue a través de una entrevista realizada por la investigadora a todos los cuidadores de usuarios dependientes que se encontraran inscritos en el Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa, previa lectura del Consentimiento Informado (Anexo 3) y aprobación verbal y escrita de participar en el estudio. Todos los cuestionarios fueron etiquetados con un número de folio que permitió mantener el anonimato y la confidencialidad de los encuestados.

Un 3,6% de los cuidadores informales rechazaron la aplicación de la encuesta durante la reunión, debido a que deseaban volver a su hogar para cuidar a su familiar.

**Instrumento recolector de datos:** está conformado por un cuestionario y 2 Escalas para recoger los datos necesarios en el desarrollo de la investigación (anexo 2):

- Cuestionario de antecedentes socio-demográficos: instrumento elaborado por la autora, relacionado con los antecedentes socio demográficos del cuidador/a

- Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación: La escala de afrontamiento y adaptación (CAPS) consta de 47 reactivos con cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, desde el ítem 1 al 33, y los dos últimos, desde el ítem 34 al 47, miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación, es decir, de adaptación. De acuerdo con Roy, estos factores son:

- Factor 1- Recursivo y Centrado: correspondiente a los 10 primeros ítems, que reflejan los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativos y buscar resultados, donde las entradas involucran a los procesos de alerta, sensación y percepción.
- Factor 2 - Reacciones Físicas y Enfocadas: con los 14 ítems subsiguientes en la escala, que resalta las reacciones físicas y la fase de alerta para el manejo de situaciones.
- Factor 3 - Proceso de Alerta: con 9 ítems desde el 25 al 33, que representa los comportamientos del yo personal y físico, se enfoca en los niveles de procesamiento de información.
- Factor 4 - Procesamiento Sistemático: correspondiente a 6 ítems del 34 al 39, que describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.
- Factor 5 - Conocer y Relacionar: con los 8 últimos ítems, que describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación.

Las respuestas van de uno a cuatro puntos, en que 1 corresponde a nunca, 2 a rara vez, 3 a casi siempre y 4 a siempre, cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. El puntaje puede oscilar entre 47 a 188 puntos, en que a mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. La puntuación total de CAPS se obtiene invirtiendo los valores de las preguntas

negativas 5, 8, 11, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 39, 42, 43, 45, 47. Presenta una confiabilidad de 0.93 Alpha de Cronbach obtenido en el estudio de Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo II realizado por Lazcano M., Zalazar B. y Gómez M. el 2007 en población Mexicana<sup>(40)</sup>.

La Escala fue creada por Callista Roy, con la finalidad de identificar las estrategias que la persona utiliza para afrontar situaciones difíciles.

A continuación, la Escala según puntaje de clasificación global y por sus 5 factores:

**Tabla N°1: Escala de afrontamiento y adaptación según puntaje global y por factor a obtener:**

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Puntaje global	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Baja capacidad	47-117	11-27	13-32	9-22	6-18	8-24
Alta capacidad	118-188	28-44	33-52	23-36	19-24	25-32

Fuente: Monroy A, Suarez C. Validez y confiabilidad de la versión en español (2007) <sup>(26)</sup>.

Antecedentes de validación escala Afrontamiento:

La escala ha sido utilizada en Chile por Brevis (2012) y Herмосilla<sup>(29)</sup> (2014), el primer estudio corresponde a una tesis doctoral titulada “Intervención de enfermería para la rehabilitación cardiovascular de pacientes post infartados agudo al miocardio”, el cual buscaba evaluar el efecto de una intervención de enfermería educativa sobre la rehabilitación cardiaca en pacientes post infarto evaluando además el estilo de afrontamiento utilizado por ellos, con una confiabilidad Alpha de Cronbach 0.83. La tesis de magister de Herмосilla titulada “Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionada al



afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado”, tenía como objetivo conocer la relación entre las variables individuales – control emocional, satisfacción vital y felicidad subjetiva- con el proceso de afrontamiento y adaptación al cáncer, en usuarios con diagnóstico de cáncer avanzado, presentando un Alpha de Cronbach total de 0.698.

- Escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF: Posee en total 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente, las respuestas son en escala Likert, con 5 opciones de respuesta, que van desde 0 a 4 puntos. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Posee un Alpha de Cronbach de 0,89, utilizado en Chile en población adulta chilena, en una muestra de 2.186 personas<sup>(41)</sup>. En las dimensiones de la escala el Alpha de Cronbach obtenido fue, en la dimensión Salud Física de 0.71; en la dimensión Psicológica de 0.75; en la dimensión Social de 0.63 y en la dimensión Ambiental de 0.76<sup>(39)</sup>.

#### 8.- Control de calidad del instrumento.

**Prueba piloto:** Para control y calidad del instrumento recolector de datos se desarrolló una prueba piloto en CESFAM El Carmen, por ser un grupo que poseía características similares a las de la muestra a entrevistar, con el fin de determinar tiempo de respuesta de las preguntas y comprensión de las mismas

Consistió en aplicar el instrumento de estudio a 5 cuidadores informales de usuarios dependientes, quienes aceptaron participar de la actividad firmando un consentimiento informado. Previo a la aplicación de los instrumentos se explicó la modalidad de respuesta de cada uno de ellos. El instrumento fue respondido en la sala de espera. El tiempo utilizado en responder por estas personas osciló entre 30 a 45 minutos, donde se presentaron diversas modalidades de aplicación, algunos solicitaron la lectura de los instrumentos, otros solicitaban realizarlo de

forma independiente, y otros solicitaron asesoría para la respuesta de los instrumentos. En varias preguntas fue necesario dar ejemplos cotidianos a fin que entendieran el contenido de la pregunta. Esto mismo se realizó en la muestra definitiva.

#### 9.- Aspectos e implicancias éticas de la investigación.

##### **Consideraciones éticas:**

El estudio fue enviado al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción (Anexo 4), con lo cual se solicitó la autorización en CESFAM “Dr. José Duran Trujillo”, San Carlos y CESFAM San Ignacio. Asimismo, fueron considerados los 7 principios éticos de Ezekiel Emanuel <sup>(42)</sup>:

Valor social y disciplinar: este considera la importancia que le otorga la sociedad al presente estudio, sumado a la información que se pueda generar mejoras para la sociedad, en este estudio en particular se evaluaron los procesos de afrontamientos presentes en los cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional y como se relacionaron con su calidad de vida, pertenecientes al CESFAM “Dr. José Duran Trujillo”, San Carlos y CESFAM San Ignacio 2017 para así ayudar a implementar intervenciones efectivas por parte del equipo de enfermería y guiar de forma eficaz el proceso del cuidado informal.

Validez científica: la cual buscó que los resultados obtenidos en el estudio fueran reproducibles en poblaciones similares, esto se logró en el presente estudio a través de los resguardos al seleccionar la población y respetar cada etapa metodológica del estudio.

Selección equitativa de los sujetos: al buscar los participantes se les ofreció la misma oportunidad de participar, con la misma posibilidad de beneficiarse con el menor riesgo posible, esto se logró al resguardar la selección de la población y respetando cada etapa metodológica del estudio, la muestra se seleccionó por conveniencia.

Razón riesgo/beneficio favorable: este aspecto consideró el grado de riesgo y beneficio incierto procurando minimizar los riesgos potenciales individuales del sujeto y a la vez maximizar los beneficios para el sujeto y la sociedad. En este estudio no se evidenció ningún riesgo latente, considerando de esta forma el nivel de beneficios obtenidos por la población a raíz del objetivo que se buscó alcanzar con la investigación.

Evaluación independiente: la cual se efectuó al someter a revisión el estudio por peritos apropiados que no estén afiliados al estudio y que tengan autoridad para probar, enmendar o en casos extremos, cancelar la investigación. El presente estudio fue sometido a revisión del comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción durante el mes de julio del año 2017.

Consentimiento informado (anexo 3): en el cual debió incluir la información sobre la finalidad del estudio, sus riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación. El sujeto evaluó si la investigación es compatible con sus valores, intereses y preferencias. El consentimiento informado fue entregado en formato individual a cada individuo que se seleccionó para participar del estudio.

Respeto por los sujetos inscritos: Quienes podían retirarse, cambiar de opinión o decidir que cambiaron sus intereses hacia el estudio. Se resguardó la confidencialidad, manteniéndolo informado de los cambios, informando a la posteridad de los resultados obtenidos del estudio y vigilando durante toda la investigación el bienestar del individuo. Este aspecto fue resguardado al procesar los resultados con el número de folio del participante, además dentro del consentimiento informado se incluyó el nombre completo de la investigadora, el Rut y sus datos de contacto, además de los datos del responsable del comité de ética que aprobó el estudio. Posteriormente se le hará llegar al cuidador participante una carta informando de los resultados obtenidos del estudio.

Una vez aceptado el proyecto se realizó la coordinación de las reuniones con los cuidadores, a cada sujeto seleccionado se le informó mediante el consentimiento

informado los objetivos del estudio, procedimiento de medición de las variables, el carácter voluntario de su participación, anonimato, garantía de confidencialidad de los datos aportados.

#### 10.- Procesamiento y análisis estadístico de los datos

a) Se realizó análisis descriptivo univariado de las variables sociodemográficas que se presentan a través de tablas de frecuencia y medidas de resumen según el tipo de variables. También se realizó un análisis completo de la variable principal, tanto del valor global como análisis de cada factor (considerándola en su valor original cuantitativo como en su categorización asignada por estudios que la validan)

b) Luego se procedió con estadística bivariada entre la variable principal y las variables sociodemográficas. Para comparar medias se utilizó la prueba t y ANOVA. En los casos que no se cumplieron los supuestos, se utilizaron las pruebas no paramétricas correspondientes a Coeficiente de Correlación de Kruscal Wallis y Mann Whitney (para ver si las variables cuantitativas estaban asociadas). Para los contrastes se consideró una significancia  $\leq 0,05$ . Para el análisis se utilizó el software estadístico SPSS 22.

## VI. RESULTADOS

El estudio comprendió a 34 cuidadores de usuarios pertenecientes al Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa del CESFAM Duran Trujillo de San Carlos y CESFAM San Ignacio. Estos fueron encuestados durante los meses de noviembre del 2017 hasta abril del 2018.

La razón por la cual la muestra total de encuestados se vio reducida de 83 a 34 cuidadores se debió a que un 30% de la muestra se encontraba inscrito en otro centro de salud o con dirección errónea, un 19% no se encontró en domicilio o faltó a la reunión coordinada, 9,6% de los adulto mayores dependiente falleció durante el periodo de encuestas abandonando de esta manera automáticamente el programa y por último un 3,6% rechazó formar parte del estudio.

A raíz de lo anterior, el porcentaje de encuestados representa el 40,9% de la población inscrita en el Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa de ambos CESFAM.

Los resultados se presentan a continuación según los objetivos del estudio:

1. Describir a la población de cuidadores/as según sexo, edad, parentesco con la persona adulto mayor, presencia de enfermedad y tiempo como cuidador/a.

**Tabla N°2: Características sociodemográficas de los/as cuidadores/as de adultos mayores con dependencia funcional**

<b>Variable</b>	<b>Clasificación</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Mujer	33	97,1
	Hombre	1	2,9
<b>Edad cuidador</b>	Adulto	19	55,9
	(20-59 años)		
	Adulto Mayor	15	44,1
<b>Nivel Educativo</b>	(60 años y más)		
	Básico	24	70,6
	Media	10	29,4
<b>Parentesco cuidador/a</b>	Hija	15	44,1
	Madre	7	20,6
	Esposa	5	14,7
	Hermana	3	8,8
	Otros	4	11,8
<b>Presencia patologías en Cuidador/a</b>	Si	26	76,5
	No	8	23,5

Fuente: Villablanca, D. Afrontamiento, Adaptación y Calidad de Vida de cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional, adscritos a Centros de Salud Familiar. Tesis del Programa de Magister de la Facultad de Enfermería- Universidad de Concepción.

\*Esta categoría corresponde a cuidadores que presentan el siguiente parentesco el adulto mayor dependiente: abuela, prima, tía, vecina.

**Comentario:** En la muestra de cuidadores, un alto número correspondía a mujeres, en su mayoría en edad “Adulta” y un tercio correspondió a “Adultas mayores”. Su nivel educacional en un alto porcentaje era Básica, y un bajo número tenía la educación media completa. El parentesco era predominantemente hijas y madres. El mayor porcentaje presentaba alguna patología de base. Cabe señalar que el tiempo como cuidador se encontró como media 9,5 años, con un mínimo de 3 y un máximo de 37 años.



**Tabla N°3: Edad de los/as cuidadores/as de adultos mayores con dependencia funcional**

<b>Edad de los cuidadores</b>	<b>Sexo</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>
	Femenino	29 años	74 años	56,8 años
	Masculino		53 años	

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** En relación a la edad de los cuidadores se puede observar que presentaron una media de edad de 56,8 años en mujeres y 32 en hombres, de estos el 55,9% correspondía a la categoría de adultos y el 44,1% a adultos mayores.





**Tabla N°4: Tiempo como cuidador/a de adultos mayores con dependencia funcional.**

<b>Tiempo como Cuidador en años</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Media</b>
	3	37	10,1	9,5

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** En relación al tiempo como cuidador se puede observar que existe amplia variabilidad en esta variable, siendo la media de 9,5 años.



2. Identificar la capacidad de afrontamientos y adaptación que presentan los cuidadores de usuarios adultos mayores con dependencia funcional pertenecientes a servicios de atención primaria de CESFAM.

**Tabla N°5: Nivel de confiabilidad Escala Capacidad de afrontamiento y adaptación.**

<b>Variable independiente</b>	<b>N° de elementos</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
<b>Capacidad de afrontamiento y adaptación total</b>	47	0,874

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** Según el análisis de confiabilidad de la escala total es de 0,87 Alpha de Cronbach.

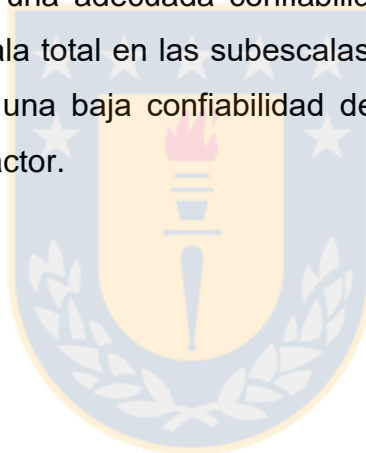


**Tabla N°6: Confiabilidad escala total Capacidad de afrontamiento y adaptación y sub factores.**

<b>Variable</b>	<b>Escala total</b>	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Factor 4</b>	<b>Factor 5</b>
<b>Confiabilidad según Alpha de Cronbach</b>	0,87	0,81	0,91	0,69	0,43	0,80

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** Se evidencio una adecuada confiabilidad en la escala total y una baja correlación con la escala total en las subescalas del factor 4 “Procesamiento sistemático”, lo que indica una baja confiabilidad de las respuestas entregadas por los cuidadores en ese factor.

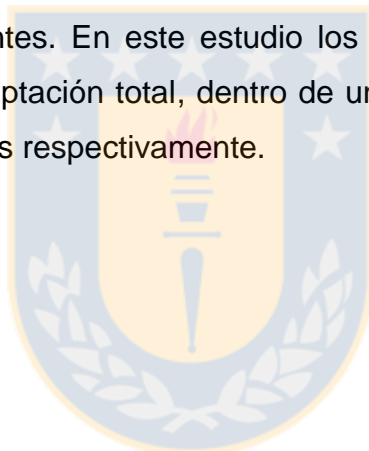


**Tabla N°7: Capacidad de afrontamiento y adaptación total en cuidadores de usuarios dependiente severos.**

<b>Variable independiente</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>
<b>Capacidad de afrontamiento y adaptación total</b>	175	109	149	147

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** De acuerdo a la media presentada por los cuidadores de personas adultos mayores dependientes. En este estudio los cuidadores poseen un nivel Alto de afrontamiento y adaptación total, dentro de un rango de puntaje mínimo y máximo de 109 a 175 puntos respectivamente.

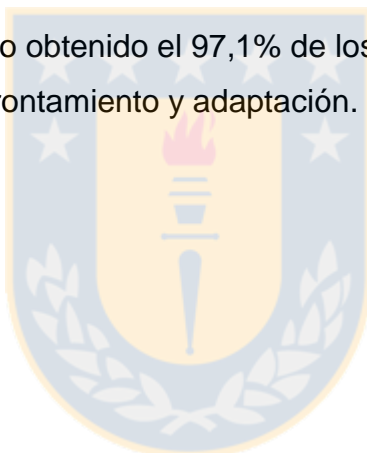


**Tabla N°8: Distribución del grupo de cuidadores según clasificación de la Capacidad de afrontamiento y adaptación.**

<b>Variable</b>	<b>Nivel</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Afrontamiento</b>			
<b>Clasificación</b>	Bajo	1	2,9%
<b>Puntuación</b>	Alto	33	97,1%
<b>escala CAPs</b>			

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** de acuerdo a lo obtenido el 97,1% de los cuidadores se encuentra con un alta capacidad de afrontamiento y adaptación.



**Tabla N°9: Capacidad de Afrontamiento y Adaptación según factores de la Escala CAPS.**

Variable		Bajo	Porcentaje	Alto	Porcentaje
<b>Capacidad de afrontamiento y adaptación por factores</b>	<b>Factor 1</b> Rekursivo Centrado	2	5,9%	32	94,1%
	<b>Factor 2</b> Físico Enfocado	15	44,1%	19	55,9%
	<b>Factor 3</b> Proceso de alerta	4	11,8%	30	88,2%
	<b>Factor 4</b> Procesamiento sistemático	7	20,6%	27	79,4%
	<b>Factor 5</b> Conocer y relacionar	4	11,8%	30	88,2%

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** Se observó que el factor recursivo centrado es el que presentó el porcentaje más alto de capacidad de afrontamiento y adaptación haciendo uso de los modos de interdependencia y función de rol, mientras que el factor físico y enfocado presento menor porcentaje de alta capacidad de afrontamiento y adaptación. Dentro de las estrategias utilizadas la que presento el mayor porcentaje mas alto fue el procesamiento sistemático.

**Tabla N°10: Resultados total Afrontamiento y adaptación (Afro\_Adap) según variables sociodemográficas (V.S-D) de cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional adscritos en CESFAM.**

<b>V. Afro_Adap.</b>		<b>N</b>	<b>Afron_Adap.</b>	<b>Desviación</b>	<b>Sig.</b>
<b>V. S-D</b>			<b>(Media)</b>	<b>estándar</b>	
<b>Sexo</b>	Hombre	1	130	-	No representativo
	Mujer	33	147,8	16	
<b>Edad</b>	Adulto	22	149,7	14,3	-0,22
	Adulto mayor	12	142,9	18,8	
<b>Escolaridad</b>	Básica	24	144,3	15,8	0,35
	Media	10	154,5	15,2	
<b>Enfermedad cuidador</b>	Si	26	147,6	16,1	No representativa
	No	8	146,3	17,1	
<b>Parentesco</b>	Hija	15	151,2	15,9	No representativa
	Hermana	3	148	15,6	
	Esposa	5	139,8	19,4	
	Madre	7	137	11,2	
	Otros	4	159,8	11,2	

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** De los antecedentes sociodemográficos, la variable escolaridad de los cuidadores, presenta relación estadísticamente, pero que no logra ser categorizada como significativa con la capacidad de Afrontamiento y Adaptación declarada. Se aplicó prueba no paramétrica Mann -Whitney para enfermedad del cuidador la cual dio resultado no representativo y para parentesco se aplicó Kruscal Wallis la cual no fue representativo.

Por otra parte, se puede evidenciar que todas las variables sociodemográficas presentaron una Alta capacidad de Afrontamiento y Adaptación al encontrarse en un rango entre 118 y 188 puntos estableciendo que el perfil es de un cuidador con herramientas de afrontamiento, hija, en etapa adulta con un nivel educacional a lo más enseñanza básica completa y con patologías asociadas.





3. Identificar la calidad de vida que presentan los cuidadores de personas adultas mayores con dependencia funcional pertenecientes a servicios de atención primaria de la ciudad del CESFAM.

**Tabla N°11: Nivel de confiabilidad Escala Calidad de Vida, WHOQOLF-Bref.**

<b>Variable independiente</b>	<b>N° de elementos</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Escala Calidad de Vida, WHOQOLF-Bref</b>	26	0,89

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** Según el análisis de confiabilidad de la escala que mide calidad de vida, posee un buen nivel con 0,89 alfa de Cronbach.

**Tabla N°12: Calidad de vida y grado de satisfacción con su salud en los cuidadores de personas adultas mayores con dependencia funcional adscritas a Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa.**

Variable dependiente	Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
		Calidad de vida	
Clasificación Puntuación escala Whoqol-Bref.	Muy mal	1	2,9%
	Poco	4	11,8%
	Lo normal	23	67,6%
	Bastante Bien	3	8,8%
	Muy Bien	3	8,8%
	<b>Satisfacción salud</b>		
Muy insatisfecho	1	2,9%	
Poco	8	23,5%	
Lo normal	19	55,9%	
Bastante satisfecho	3	8,8%	
Muy satisfecho	3	8,8%	

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** Los dos tercios de los cuidadores principales de usuarios dependientes manifestaron la percepción de calidad de vida como “lo normal”.

**Tabla N°13: Calidad de vida según sus dominios en los cuidadores principales de adultos mayores con dependencia funcional adscritas a Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa.**

<b>Variable</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>
<b>Dominio 1</b>	2	4,2	0,5	3,3	3,3
<b>Físico</b>					
<b>Dominio 2</b>	1,8	4,5	0,6	3,3	3,3
<b>Psicológico</b>					
<b>Dominio 3</b>	1,3	5	0,8	3	2,8
<b>Relaciones sociales</b>					
<b>Dominio 4</b>	1,9	4	0,5	3,2	3,1
<b>Ambiente</b>					

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** En los cuatro dominios los cuidadores presentaron una media y mediana de 3, un máximo de 5 y un mínimo de 1,3 puntos lo cual correspondería a una clasificación de calidad de vida ubicada en la media.

**Tabla N°14: Calidad de vida según sus dominios en los cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional adscrita a Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa y su correlación con capacidad de afrontamiento y adaptación.**

Variables	Coeficientes estandarizados		
	Beta	T	Significancia
Dominio 2 "Psicológico"	0,46	2,0	0,054
Escolaridad	0,08	0,5	0,625
Calidad de vida 1	0,05	0,23	0,82
Calidad de vida 2	0,24	0,92	0,36

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** En el análisis de regresión múltiple se incluyeron las variables sociodemográficas que pudieran correlacionar más con Afrontamiento, y solo el dominio 2 "Psicológico" de la escala de Calidad de vida WHOQOLB-Bref estuvo muy cercano a la significancia estadística, explicando un 46,3% del afrontamiento.

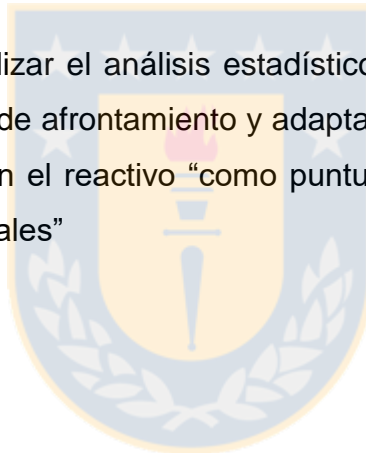
**Tabla N°15: Resultados correlación Escala Afrontamiento y adaptación con Calidad de Vida de cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional adscritos en CESFAM.**

		CV1	CV2	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4
Total_afrontamiento	Coefficiente de correlación	<b>,563**</b>	<b>,672**</b>	<b>,582**</b>	<b>,682**</b>	<b>,519**</b>	<b>,702**</b>
	Sig. (bilateral)	<b>,001</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,002</b>	<b>,000</b>

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: ídem tabla 2

**Comentario:** Luego de realizar el análisis estadístico, este arroja que existe una relación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación, con el Nivel de Calidad de Vida, específicamente en el reactivo “como puntuaría su calidad de vida” y el Dominio 3 “Relaciones Sociales”



## VII. DISCUSIÓN

El proceso de afrontamiento y adaptación de las personas sugiere una diversa utilización de comportamientos y estrategias destinadas a la resolución de dificultades o para simplemente adecuarse a una situación. Desenvolverse como cuidador principal de un adulto mayor con dependencia funcional requiere de una constante toma de decisiones y cambios en el estilo de vida, volviéndose necesaria una actitud proactiva y consciente en cada una de las fases del proceso de cuidado de estos pacientes.

Según lo estudiado por Callista Roy, a pesar de las diferencias que pueden existir entre las personas, de igual forma se hace uso de patrones de afrontamiento y adaptación similares los cuales a su vez guardan una directa relación con la calidad de vida del individuo.

El perfil de cuidador principal del presente estudio es coincidente con un estudio de Félix et al<sup>(38)</sup> que describe como cuidadora mujer en etapa media de la vida y con una baja escolaridad, por otro lado Corbalán et al<sup>(11)</sup> el 2013 apoya la presente tesis al concluir que la mayoría de los cuidadores tienen como parentesco con el usuario dependiente ser las hijas de estos hija, por otro lado este estudio se contrapone en que la edad promedio de la cuidadora es de 86 años apoyado además por Guedes y Pereira<sup>(7)</sup> el mismo año en Portugal.

En relación a las habilidades de afrontamiento otro autor, Monroy y Suarez<sup>(36)</sup> en el año 2012, determinaron la capacidad de afrontamiento y adaptación en padres que se encuentren solos o acompañados durante el proceso post operatorio de cardiopatía congénita de su hijo. Dentro de sus resultados obtuvieron que solo el 1er. factor relacionado con la habilidad recursiva centrada presentó un alto nivel de afrontamiento al igual que en el actual estudio. Lo anterior se ve apoyado por Hermosilla<sup>(39)</sup> el año 2013 en Chile, quien evidencia además un alto nivel de afrontamiento en usuarios inscritos en policlínico del dolor y cuidados paliativos del Hospital Clínico Herminda Martín en Chillán.

Jiménez, Zapata y Díaz<sup>(34)</sup> el 2013 en Colombia trabajó con familiares de usuarios hospitalizados en unidad de tratamiento intensivo. Sus resultados apoyan el presente estudio pues la mayoría de su población presentó un alto nivel de afrontamiento con mejores resultados en los factores 1 y 3 mientras que en el factor 2 presentó un bajo nivel de afrontamiento.

La función de desenvolverse como cuidador principal de un adulto mayor con dependencia funcional tiene efectos sobre la calidad de vida del cuidador, Ávila y Vergara <sup>(33)</sup> en su estudio aplicado a cuidadores de personas con enfermedades crónicas presenta una contraposición con el actual estudio pues ellos pudieron concluir que los cuidadores informales presentan un deterioro general de su calidad de vida con déficit marcado en la esfera relacional y el presente estudio refiere que su calidad de vida es considera como “lo normal”, encontrándose en una situación promedio de satisfacción con su calidad de vida.

Por otro lado Amendola<sup>(32)</sup> el 2008 en Sao Paulo al evaluar la calidad de vida de los cuidadores familiares de enfermos dependientes atendidos por el Programa Salud de la Familia, se obtuvo que los Dominios Físico y Relaciones Sociales presentaron los puntajes más altos, mientras que Medio Ambiente presentó lo más bajos concluyendo así que esta área se encuentra con una percepción de menor calidad de vida por parte del encuestados. Estos resultados se contraponen a lo obtenidos en el presente estudio ya que los cuidadores principales clasificaron su calidad de vida en los 4 factores como “lo normal”. Esto pudo deberse a la diferencia existente entre ambos estudios por el número de encuestados y el nivel de autoanálisis de cada cuidador.

La gran mayoría de los cuidadores principales que participaron del estudio presentaron una alta capacidad para afrontar las dificultades o problemas planteados en la escala de medición, a través de esta herramienta se consideran las diversas labores que desempeña el rol del cuidador principal a cargo de una persona postrada adulta mayor; considerando así circunstancias que requiere de

estrategias utilizadas tanto en el dominio pasivo como activo, por medio de una actitud favorable y positiva en la toma de decisiones incluso en los cambios de sus estilos de vida y solución de conflictos diarios. Lo anterior deja en evidencia lo relevante de incorporar el concepto de calidad de vida en los cuidadores principales dentro de la atención de salud entregada durante la permanencia en el Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa ya que esto dejaría en evidencia como repercute directamente en el marco familiar y personal del individuo el desarrollar la función de cuidador principal.





## VIII. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

### CONCLUSIÓN

Posterior al análisis de los resultados del presente estudio que evalúan el nivel de afrontamiento-adaptación y calidad de vida junto a las variables sociodemográficas de los cuidadores informales en sus diversas facetas se puede llegar a la conclusión que sin duda se ven interrelacionados los diferentes comportamientos y estrategias para enfrentar las heterogéneas y complejas tareas que trae consigo el ejercer la función de cuidar de manera altruista y desinteresada a una persona que lo requiere.

En relación a los cuidadores estudiados, el mayor porcentaje son adultos mayores, mujeres, el 71% cursa a lo más enseñanza básica, en su mayoría presenta una patología de base y el tiempo promedio que llevan como cuidador fue de 9,5 años.

Según la valoración del grado de capacidad de afrontamiento y adaptación el 97,1% mostró alta capacidad, según los factores específicos involucrados en esta escala se evidenció en los factores 1, 3, 4 y 5 una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, mientras que el factor físico y enfocado presentó una baja capacidad de afrontamiento y adaptación con un 44,1%.

En relación a la calidad de vida, los encuestados categorizan su calidad de vida como "lo normal" con un 67,6% en el ítem de *percepción de su calidad de vida* y 55,9% en el reactivo *satisfacción con su salud*. Según los cuatro Dominios de esta escala fue percibido como "lo normal".

Se demostró que el dominio "Psicológico" fundamenta el afrontamiento y adaptación de los cuidadores.

Al analizar las variables sociodemográficas con la escala de afrontamiento cabe destacar que quienes presentan alta capacidad de afrontamiento y adaptación son personas adultas de 20 a 60 años de sexo femenino, cursando a lo más enseñanza básica y alguna enfermedad de base con relación directa familiar.

## LIMITACIONES

En el proceso de la investigación se detectó escasa publicación con la utilización de la Escala de medición del grado de afrontamiento y adaptación vinculada a otras variables más allá de los sociodemográficos, dificultando el contraste de los resultados con otros estudios relevantes en el ámbito del cuidador principal de usuarios dependientes funcionales.

Considerando el escaso tiempo que disponen los cuidadores para desarrollar otras actividades se le suma además la sobrecarga de labores y sobrecarga afectiva a la cual se ven expuestos. Esto generó una mayor predisposición a no poder participar con tanta disponibilidad de tiempo de la investigación.

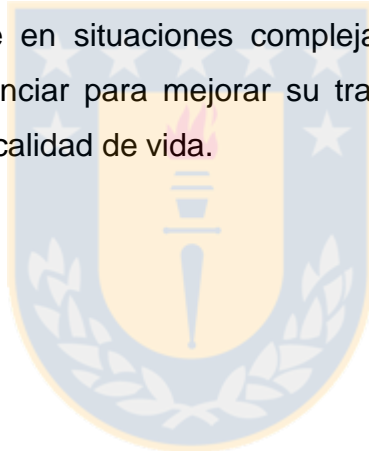
Por otro lado se redujo bastante la muestra presentada en el estudio y con ello afectó el nivel de significación estadística al no ser representativo, sin embargo, quienes accedieron a participar del estudio, en su mayoría lo realizaron con buena predisposición.

Es importante mencionar que la población de las zonas rurales en las cuales se desarrolló el estudio evidenció dificultad en la comprensión de algunos conceptos, para lo cual fue necesario hacer uso de ejemplos de la vida diaria para así lograr una respuesta fidedigna. Cabe agregar además, que en un bajo porcentaje de usuarios más añosos se detectó dificultad para retener la idea de la acción consultada por lo que se requería mayor tiempo y dedicación en la aplicación de los instrumentos esto generó lapsus de desconcentración y un pensamiento disgregado.

## SUGERENCIAS

Es de importancia mencionar que al hacer uso de escalas con 46 reactivos el tiempo de aplicación se volvía muy extenso por lo cual sería favorable poder contar con un mayor acceso a una escala abreviada y validada para comunidad rural y urbana.

Sería de real importancia el poder implementar estos instrumentos a los cuidadores principales al momento de ingresar al programa con la persona dependiente y así establecer un insumo base de los estilos de afrontamiento y adaptación que posee y como va variando en el tiempo. Una buena instancia de implementación sería posterior a 1 mes como cuidador para poder de esta manera entregar una orientación sobre que estrategias de afrontamiento utiliza actualmente al encontrarse en situaciones complejas y en base a esto poder orientar cuales podría potenciar para mejorar su trabajo de cuidador y además fomentar una mejoría en la calidad de vida.



## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004. [internet] Chile [consultado el 09 de octubre 2014] Disponible <[https://repositoriodeis.minsal.cl/deis/ev/esperanza\\_de\\_vida/esperanza\\_de\\_vida\\_por\\_quinquenios\\_sexo.htm](https://repositoriodeis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/esperanza_de_vida_por_quinquenios_sexo.htm)>
2. INE. Población, País y regiones: Actualización Población 2002-2012 y Proyecciones 2013-2020. Visto en [internet] Chile [consultado el 09 de octubre 2014] Disponible < [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/familias/demograficas\\_vitales.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php) >
3. INE. Monografías Estadísticas N° 1, año 1, Hacia Chile el 2050, Proyecciones de Población (INE). [internet] Chile [consultado el 09 de octubre 2014] Disponible <[https://repositoriodeis.minsal.cl/deis/ev/esperanza\\_de\\_vida/esperanza\\_de\\_vida\\_por\\_quinquenios\\_sexo.htm](https://repositoriodeis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/esperanza_de_vida_por_quinquenios_sexo.htm) >
4. López, CG., Gómez, MD., Fergusson, ME., De Villalobos, MM., de Mesa, CL, & Crespo, O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Aquichan, 7(1). 2007 [internet] Chile [consultado el 18 de mayo 2017] Disponible <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/98/199>>
5. SENAMA. Glosario gerontológico, Chile. SENAMA, [internet] Chile [consultado el 18 de octubre 2014] Disponible <[http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO\\_GERONTOLOGICO.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf)>
6. MINSAL. Programa nacional de salud de las personas adultas mayores MINSAL 2014. [internet] Chile [consultado el 21 de Agosto 2018] <[http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20ProgramaNacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%202004-03\\_14.pdf](http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20ProgramaNacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%202004-03_14.pdf)>

7. Guedes A; Pereira, M. Sobrecarga, enfrentamiento, síntomas físicos y morbilidad psicológica en cuidadores de familiares dependientes funcionales. 2003 [internet] Portugal [consultado el 14 de octubre 2014] Disponible a <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300012)>
8. Jofré V, Sanhueza O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 Dic [consultado 29 de abril 2015] ; 16( 3 ): 111-120. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300012>>.
9. Espinoza K, Jofre V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 Ago [consultado 29 abril 2015] ; 18( 2 ): 23-30. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>>.
10. Domínguez N. Caballo R. Quintana R. Paredes E. Cantero C. & Guevara J. El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 41, 15-20. 2006 [internet] Chile [consultado el 19 de mayo 2017] Disponible <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X06729948?via=sd&cc=y>>
11. Giraldo C & Franco G. Calidad de vida de los cuidadores familiares. Aquichán 2006 [internet] Chile [consultado el 24 de noviembre 2014].vol.6, n.1 pp. 38-53 Disponible: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972006000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100005&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1657-5997>
12. Corvalan C, et al. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Gerokomos 2013 [internet] Chile [consultado el 24 de enero 2015],vol.24,n.3pp.120-123 Disponible <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2013000300005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300005&lng=es&nrm=iso)>.
13. Zapata M; Nieves M; Gómez V. Plan de cuidados enfermeros al cuidador informal. Caso clínico. Enfermería Clínica, 2007, vol. 17, no 3, p. 157-161 [internet] Chile [consultado el 19 de mayo 2017] Disponible <<https://medes.com/publication/28050>>
14. Zavala M. Problemas que enfrentan Los cuidadores familiares. Horizonte, p.75.

- [internet] Chile [consultado el 20 de Diciembre 2014] Disponible <  
<http://philpapers.org/rec/ZAVPQE>>
15. Espiniza K, y Jofre V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Cienc. enferm.* 2012 [internet] Chile [consultado el 20 de diciembre 2014]. vol.18,n.2 pp. 23-30 .  
Disponible<[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717553201200200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717553201200200003&lng=es&nrm=iso)>.
  16. Ginsberg J. Martínez M. Mendoza A. & Pabón J. Carga subjetiva percibida por el cuidador y su relación con el nivel de deterioro de pacientes con diagnóstico de demencia. Influencia de edad, estilo de personalidad y tipo de cuidador. *Archivos Venezolanos Psiquiatría Neurología*, 2005. 51(104)7-11. [internet][consultado 13 de julio 2017] Disponible <  
<https://www.yumpu.com/es/document/view/14564004/carga-subjetiva-percibida-por-el-cuidador-y-su-relacion-con-el-nivel->>
  17. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2003 Dic [consultado 29 abril 2015] ; 9( 2 ): 09-21. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>>.
  18. Toledo M. Alarcón A. Bustos L. Heusser F. Hebel E. Lorca P. et al. Aporte de la metodología cualitativa en la validación de un instrumento de medición de calidad de vida relacionada con salud en niños portadores de una enfermedad crónica [internet] 2009 [consultado 13 julio 2017] Disponible <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1311/2789>>.
  19. García V, Rodríguez G. Calidad de vida en enfermos crónicos. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2007 Nov [consultado 29 abril 2015] ; 6(4): . Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2007000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002&lng=es)>.
  20. Moreno M; Alvarado A. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan.* [internet] [consultado el 13 de julio de 2017] Disponible <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/170/311>>
  21. Roy C, Andrews H. *The Roy Adaptation Model*. 2 ed. Stanford, CT: Appleton &

Lange; 2000. p. 31-48

22. Lazcano M, Salazar B, Gómez M. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Aquichan 2008; 8 (1): 116-125. [internet] [consultado 13 de julio 2017] Disponible <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/128/257>>
23. Veloza M, Moreno M, Crespo O, Gutiérrez E. Proceso de afrontamiento y adaptación. En: Gutiérrez M. Universidad de La Sabana. Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería. Bogotá: El Manual Moderno; Index Enferm [Internet]. 2007 Oct [consultado 13 de julio 2017]. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000300021](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300021)>. pp.13-25.
24. Flores G, Rivas E; Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 Abr [consultado 13 de julio 2017] ; 18( 1 ): 29-41. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004)>.
25. Rivera L. El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. Av Enferm 2008; 26 (1): [internet] [consultado el 13 de julio 2017] Disponible <<http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12892/13490>>
26. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán M, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Aquichán 2007; 7 (1): 54-63.[internet] [consultado 13 julio de 2017] Disponible <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/98>>
27. Botero J. & Sarmiento P. Validez de constructo de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy versión en español. Cultura del Cuidado Enfermería, (1), 88-91. 2011[internet] [consultado 25 de noviembre del 2014] Disponible< <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3758006.pdf>>
28. Giraldo C & Franco G. Calidad de vida de los cuidadores familiares. Aquichán 2006 [internet] Chile [consultado el 24 de

- noviembre 2014].vol.6, n.1 pp. 38-53 Disponible: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972006000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100005&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1657-5997>
29. García A. Adquiriendo habilidad en el cuidado:" De la incertidumbre al nuevo compromiso". Aquichan, 7(1). 2007[internet] [consultado 13 de julio 2017] Disponible<<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/95>>
30. Monroy A, Suárez C. Afrontamiento y adaptación de los padres durante el postoperatorio de cardiopatía congénita. Index Enferm [Internet]. 2012 Sep [citado 2018 Jun 25] ; 21( 3 ): 145-149. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200008>.
31. Rivera H, Dávila R, González A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2011;16(1):27-32. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47317815006>
32. Félix A, Aguilar R, Martínez M, Ávila H, Vázquez L, Gutiérrez G.. Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. (2012). Cultura de los cuidados, 0(33), 81-88. Disponible en: <<https://culturacuidados.ua.es/article/view/2012-n33-bienestar-del-cuidadora-familiar-del-adulto-mayor-con-dependencia-funcional-una-perspectiva-de-genero>>
33. Hermosilla A, Sanhueza O. (2015). Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. Ciencia y enfermería, 21(1), 11-21.<<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100002>>
34. Avila H. Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas. Cultura de los cuidados, (2013). 0(36), 50-58. <[doi:https://doi.org/10.7184/cuid.2013.36.06](https://doi.org/10.7184/cuid.2013.36.06)>
35. Corvalan C, et al. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Gerokomos 2013 [internet] Chile



[consultado el 24 de enero 2015],vol.24,n.3pp.120-123Disponible <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2013000300005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300005&lng=es&nrm=iso)>.

36. Guedes A; Pereira, M. Sobrecarga, enfrentamiento, síntomas físicos y morbilidad psicológica en cuidadores de familiares dependientes funcionales. 2003 [internet] Portugal [consultado el 14 de octubre2014] Disponible a< [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300012)>
37. Jiménez V, Zapata L, Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan. [Internet]. 2013;Vol. 13, No. 2, 159-172. <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-9972013000200003&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-9972013000200003&lang=es)>
38. Ávila J, Vergara M. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. Aquichan [Internet]. 2014;14(3):417-429. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74132361011>
39. Amendola F, Oliveira M, Alvarenga M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. Texto contexto - enferm. [online]. 2008, vol.17, n.2, pp.266-272. ISSN 0104-0707. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200007>>
40. Lazcano M, Salazar B, Gómez M. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Aquichan, [S.l.], v. 8, n. 1, jul. 2009. ISSN 2027-5374. Fecha de acceso: 25 jun. 2018 Disponible en: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/128/257>>.
41. Urzúa A, Caqueo A. Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Dic [consultado 25 marzo 2017] ; 141( 12 ): 1547-1554. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200008>>.
42. Rodríguez E. Comité de evaluación ética y científica para la investigación en

seres humanos y las pautas CIOMS 2002. Acta bioeth. [Internet]. 2004 [citado 2018 Julio 11];10(1):37-48. Disponible en: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172669X2004000100005&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172669X2004000100005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000100005>>



## X. ANEXOS

Anexo 1: Descripción nominal y operacional de las variables.

Variable	Definición nominal	Definición operacional
Aspectos socio-demográficos	<p>Son aquellos aspectos referentes a las características sociales en las dimensiones personales del usuario, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Edad: tiempo transcurrido entre el día, mes y año de nacimiento.</li> <li>· Sexo: Característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres.</li> <li>· Escolaridad: Cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal.</li> <li>· Parentesco: Lazo establecido a raíz de consanguinidad, adopción, matrimonio, afinidad u otro vínculo estable basado en el afecto genuino. Se trata, por lo tanto, de relaciones que pueden desencadenarse por factores biológicos o no y que se organizan de acuerdo a líneas que permiten reconocer múltiples grados.</li> <li>· Presencia de enfermedad: Este concepto alude al estado general de las</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Edad: señalar número de años desde el nacimiento de la persona.</li> <li>· Sexo: señalar si es sexo femenino y masculino.</li> <li>· Años de escolaridad: señalar número de años que curso formalmente en estudios de reconocimiento estatal.</li> <li>· Parentesco: señala tipo de lazo establecido entre el usuario dependiente y su cuidador.</li> <li>· Presencia de enfermedad: señala existencia de alguna alteración en el equilibrio de su salud</li> <li>· Tiempo como cuidador: señala el tiempo cronológico siendo cuidador principal.</li> </ul>

	<p>personas, y a su capacidad o no de mantener en equilibrio sus esferas psicológica, biológica, social.</p> <p>· Tiempo como cuidador: Tiempo transcurrido desde que comenzó a desarrollarse como cuidador primarios del usuario dependiente inscrito en Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa.</p>	
<p>Proceso de afrontamiento y adaptación</p>	<p>Proceso o resultado por la cual la persona utiliza la consciencia consciente para crear una integridad, aproximando a las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales para crear una integración humana y ambiental.</p>	<p>Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación: medición por medio de tres factores los comportamientos, reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y dos que miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación en escala tipo likert.</p> <p>Factor 1, recursivo y centrado: con 10 ítems, que reflejan los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativos y buscar resultados, donde las entradas involucran a los procesos de alerta, sensación y percepción.</p> <p>Factor 2, reacciones físicas y enfocadas: con 14 ítems, que resalta las reacciones físicas y la fase de alerta para el manejo de situaciones.</p> <p>Factor 3, proceso de alerta: con 9 ítems, que representa los comportamientos del yo</p>

		<p>personal y físico, se enfoca en los niveles de procesamiento de información.</p> <p>Factor 4, procesamiento sistemático: con 6 ítems, que describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.</p> <p>Factor 5, conocer y relacionar: con 8 ítems, que describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación.</p> <p>El puntaje final, puede oscilar entre 47 y 188 puntos, donde a mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento.</p>
Calidad de vida	Percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.	Escala Whoqol- Bref posee en total 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente, las respuesta son en escala Likert, con 5 opciones de respuesta, que van desde 0 a 4 puntos. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida.

Anexo 2: Instrumento recolector de datos.

**Parte I: Datos sociodemográficos:**

-Fecha:

-Edad:

-Sexo:

-Presencia de enfermedad/des del cuidador:

-Escolaridad:

-Parentesco con persona dependiente funcional:

-Tiempo que lleva como cuidador/a:



**Parte II: Escala medición Capacidad de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Callista Roy.**

**INSTRUCCIONES:**

Por favor complete los datos requeridos al inicio del cuestionario y luego lea cada pregunta, marque con una equis "X" la respuesta que más le identifique con su situación actual como cuidador. Cualquier duda consulte a la investigadora.

Factor 1: Recursivo y Centrado

Ítems	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
Propongo una solución nueva para un problema nuevo				
Obtengo la mayor información posible para aumentar mis opciones				
Trato de que todo funcione a mi favor				
Identifico como quiero que resulte la situación y luego miro como lo puedo lograr				
Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente				
Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación				
Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente				
Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones				

Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación				
--	--	--	--	--

## Factor 2: Físico y Enfocado

Ítems	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
Tengo dificultades para enfrentar tareas o proyectos				
Solo puedo pensar en lo que me preocupa				
Encuentro la situación demasiado compleja, con más elementos de los que puedo manejar				
Parece que actúo con lentitud sin razón aparente				
Tiendo a reacción con exageración al comienzo				
Tiendo a paralizarme y profundizar al menos por un tiempo				
Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema				
Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga				
Por alguna razón no parezco beneficiarme de mis experiencias pasadas				



Experimento cambios en la actividad física				
Trato de hacer frente a crisis desde el principio				
Me doy cuenta que me estoy enfermado				
Me rindo fácilmente				
Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarían las cosas				

**Factor 3: Proceso de alerta**

Ítems	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez				
Soy menos eficaz bajo estrés				
Me siento alerta y activo durante el día				
Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo con lo que sucede				
Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos				
Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de la gente cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
Soy más eficaz bajo estrés				

Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como ellos sucedieron				
Adopto rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver mi problema				

#### Factor 4: Procesamiento Sistemático

Ítems	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad				
Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que no tengo una buena comprensión de la situación				
Pienso en el problema sistemáticamente, paso a paso				
Analizo la situación como realmente es				
Trato de mantener el equilibrio entre la actividad y el descanso				
Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar				

### Factor 5: Conocer y Relacionar

Ítems	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
Trato de recordar las estrategias o las soluciones que me han servido en el pasado				
Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo				
Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
Utilizo el humor para manejar la situación				
Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o con los planes futuros				
Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros				
Miro la situación positivamente como una oportunidad o desafío				
Planteo diferentes soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar				

### Parte III: Cuestionario de calidad de vida de WHOQOL-Bref.

#### INSTRUCCIONES:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

#### ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

#### 1. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

#### 2. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**3. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**4. ¿Cuánto disfruta de la vida?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**5. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**6. ¿Cuál es su capacidad de concentración?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**7. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**8. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
------	---------	-----------	----------	----------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

**9. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**10. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**11. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**12. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**13. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**14. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

**15. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**16. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**17. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**18. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

**26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?**



Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN



Anexo 3: Consentimiento Informado.

Folio N° \_\_\_\_\_

Estimado(a) señor(a):

La investigadora del presente estudio pertenece al programa de Magister de Enfermería de la Universidad de Concepción, Concepción.

A través de este documento le invitamos a participar en un estudio que busca determinar cuáles son las capacidades de afrontamientos presentes en los Cuidadores de personas con dependencia funcional y como se relacionan con su calidad de vida, a quienes estén inscritos en Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa pertenecientes a CESFAM "Duran Trujillo" San Carlos y CESFAM San Ignacio, 2017-2018.

Este estudio se realizará mediante aplicación de encuestas en reunión realizada en su CESFAM, si usted acepta participar pasará a formar parte de la investigación, en la cual se aplicaran dos cuestionarios que usted mismo podrá leer y responder, con ayuda del investigador, que medirán los procesos de afrontamiento y adaptación más la calidad de vida del cuidador informal. Se estima un tiempo de 30 minutos para su aplicación en domicilio, a quienes den su consentimiento y que deseen participar libremente.

Usted aportará información necesaria para poder, en un futuro próximo, brindar un apoyo más completo a los cuidadores informales al ingresar al Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa mencionada. Esto ayudará a implementar intervenciones efectivas por parte del equipo de enfermería y así guiar de forma eficaz el proceso del cuidado informal. Cabe destacar que participar de esta investigación no tiene riesgo alguno para usted.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y puede negarse a seguir proporcionando información para esta investigación si así lo desea. Si usted decide no participar, esto no conllevará ningún daño ni ira en desmedro de la ayuda entregada por parte de los profesionales de la salud del establecimiento de salud.

Si desea participar es pertinente hacerle saber que cuenta con derechos tales como:

- Recibir respuesta ante cualquier duda que le surja sobre la investigación
- Estar informado sobre los riesgos relacionados con el estudio.
- Estar informado sobre los beneficios relacionados con el estudio.
- Libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que haya perjuicio en su atención de salud.
- Confidencialidad y anonimato toda la información entregada por usted.
- Contar con copia del consentimiento.
- Al finiquitar este estudio usted recibirá la información de los resultados finales y personales si lo desea.
- Solicito su participación voluntaria a este estudio.

Posterior a la finalización de esta investigación se le hará entrega de sus resultados individuales en un sobre cerrado por parte de la investigadora durante el mes de Enero del año 2019.

Muchas gracias por leer este documento y por su tiempo.

Daniela Alejandra Villablanca Merino

- Rut: 17.748.246-3
- Fono de contacto 09-86537567
- Correo: [dvillablancam@gmail.com](mailto:dvillablancam@gmail.com) Estudiante del Programa de Magister en Enfermería

Universidad de Concepción.

Aprobación comité de ética Universidad de Concepción:

- Nombre: Dra. Olivia Sanhueza Alvarado
- Fono: (56-41)2207065
- Correo: [agayoso@udec.cl](mailto:agayoso@udec.cl)

---

N° Folio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre participante:

Rut:

Firma: \_\_\_\_\_

Anexo 4: Carta aprobación Comité de Ética Universidad de Concepción.



FACULTAD DE ENFERMERIA  
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN  
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Concepción, Agosto, 4, de 2017

Ref: Resolución N° 030-17

Srta.  
Daniela Villablanca Merino  
Tesisista Programa Magister en Enfermería  
Facultad de Enfermería  
Presente


De mi consideración,

Junto con saludarle, la presente es para informarle acerca de la evaluación de su Proyecto de Investigación, titulado "AFRONTAMIENTO - ADAPTACION Y CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON DEPENDENCIA FUNCIONAL, ADSCRITOS A CESFAM", enviado con las correcciones sugeridas por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

En base a la evaluación específica del protocolo de estudio así como de sus anexos, incluido el Consentimiento Informado, la conclusión de este Comité es aprobar las enmiendas realizadas, aprobando junto con ello la realización del proyecto.

En base a la evaluación específica del protocolo de estudio así como de sus anexos, incluido el Consentimiento Informado, la conclusión de este Comité es aprobar las enmiendas realizadas, aprobando junto con ello la realización del proyecto.



  
Dra. Olivia Sanhueza Alvarado  
Presidenta Comité Ético Científico  
Facultad de Enfermería  
Universidad de Concepción

cc: Dra. Sandra Valenzuela S.: Directora Programa Magister en Enfermería  
Archivo Comité Ético Científico Facultad Enfermería, 2017.