
Es importante señalar que estos resultados demuestran que tanto a nivel nacional como internacional la mujer cumple con el rol de cuidador en los adultos mayores, todo ello puede verse influenciado principalmente por la cultura de cuidado que se transmite desde el hecho de velar por el bienestar de sus hijos, a esto se suma la poca participación que tiene el hombre en lo relacionado con los deberes de la casa, confirmando así que a pesar de todos los esfuerzos por dar un lugar diferente a la mujer en estos aspectos, aún sigue predominando el patriarcado.

Conoce más

 <http://editorial.ces.edu.co>

 [editorial.ces](#)

 [@editorial_ces](#)

 [@editorial_ces](#)



**DEDSY YAJAIRA BERBESÍ - MAITE AGUDELO CIFUENTES
LAURA GALLEGO CANO**

CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA POR ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES

Calidad de vida de las personas en situación de dependencia por enfermedad o discapacidad y sus cuidadores



Calidad de vida de las personas en situación de dependencia por enfermedad o discapacidad y sus cuidadores

Dedsy Yajaira Berbesí Fernández
Maite Catalina Agudelo Cifuentes
Laura Gallego Cano



Berbesí Fernández, Dedsy Yajaira

Calidad de vida de las personas en situación de dependencia por enfermedad o discapacidad y sus cuidadores / Dedsy Yajaira Berbesí Fernández, Maite Catalina Agudelo Cifuentes, Laura Gallego Cano. Medellín: Universidad CES. Editorial CES, 2021.

125 páginas

ISBN: 978-958-5101-45-6

1. Enfermería 2. Cuidadores 3. Calidad de vida 4. Cuidado del paciente 5. Educación en enfermería 6. Universidad CES

CDD: 610.736

Catalogación: Biblioteca Fundadores, Universidad CES.

Calidad de vida de las personas en situación de dependencia por enfermedad o discapacidad y sus cuidadores

ISBN 978-958-5101-45-6

ISBNe 978-958-5101-42-5

Primera edición: noviembre de 2021

© Dedsy Yajaira Berbesí Fernández, Maite Catalina Agudelo Cifuentes, Laura Gallego Cano

© Universidad CES, Editorial CES

Editorial CES

Calle 10 A No 22-04, teléfono 4440555, ext. 1154

<https://editorial.ces.edu.co>

editorial@ces.edu.co

Medellín, Colombia

Impreso y hecho en Colombia

Este libro cumple con lo dispuesto por la normativa colombiana que regula el depósito legal, con el fin de «garantizar su conservación e incrementar la memoria cultural del país».

Las ideas expresadas en esta publicación por los autores, no comprometen a la Universidad CES o a su Editorial, frente a terceros.

Agradecimientos

A todas las familias que participan en el programa cuidadores, puesto que, con su valiosa colaboración e información, ha sido viable la realización de este libro.

Alcaldía de Envigado



Braulio A. Espinosa Márquez
Alcalde Municipio de Envigado

Salomé Londoño Zapata
Secretaria de Salud (E)

Universidad CES



Dedsy Yajaira Berbesi Fernández
Investigadora Principal

Maite Catalina Agudelo Cifuentes
Coinvestigadora

Laura Gallego Cano
Coinvestigadora-Coordinadora sistema
de información

Equipo de trabajo

Coordinadora General del proyecto
Maria Jimena Echeverri Montoya

Coordinadora Operativa del proyecto
Maria Yamile Castro Betancur

Profesionales

Brigitte Migdonia Barrera Acosta
Wilderman Moreno Mosquera
Martha Angel Carvajal
Diana Patricia Gutiérrez Betancur
Beatriz Elena Rivera Hernández
Ada Esther Calderón Jiménez
Judith Stella Pumarejo Portacio
Nafil Yennifer Choperena R
Adriana Grisales Díez
Norfandi Berenice Rodas Ángel
Carolina Franco Arenas
Jenifer Múnera Delgado
Maria Clara Ocampo Escobar
Disley Yamile Yepes Vargas
James Mosquera Torres

Contenido

1 - Introducción	19
2 - Marco teórico	23
3 - Marco político y legal	33
4 - Objetivos	37
4.1 Objetivo general	37
4.2 Objetivos específicos	37
5 - Metodología	39
5.1 Tipo de estudio	39
5.2 Población de referencia	39
5.3 Población de estudio	39
5.4 Criterios de inclusión y exclusión	39
5.5 Fuentes de información	40
5.6 Técnica e instrumento de recolección de información	41
5.7 Proceso de recolección de información	43
5.8 Control de sesgos	44
5.9 Prueba piloto	44
5.10 Procesamiento de la información	44
5.11 Análisis de datos	44
5.12 Consideraciones éticas	47
6 - Resultados	49
6.1 Beneficiarios adultos mayores	50
6.2 Beneficiarios menos de 60 años	79
6.3 Cuidadores	89
7 - Discusión	101
8 - Bibliografía	107
9 - Anexos	113

Lista de tablas

Tabla 1. Discapacidad de beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	53	Tabla 12. Grupo de edad y parentesco con la persona dependiente del cuidado, según sexo del cuidador primario.	93
Tabla 2. Antecedentes de enfermedad de beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	54	Tabla 13. Características asociadas a la buena calidad de vida de los cuidadores primarios del programa cuidadores Envigado.	98
Tabla 3. Distribución de los puntajes y dimensiones de calidad de vida de los beneficiarios mayores de 60 años.	64	Tabla 14. Características que explican la buena calidad de vida de los cuidadores del programa cuidadores de Envigado. Modelo ajustado.	99
Tabla 4. Niveles de calidad de vida para cada dimensión, según discapacidad, de los beneficiarios mayores de 60 años del programa cuidadores.	68		
Tabla 5. Niveles de calidad de vida para cada dimensión, según discapacidad, de los beneficiarios mayores de 60 años del programa cuidadores.	70		
Tabla 6. Características asociadas a la alta calidad de vida de las personas sujetos de cuidado mayores de 60 años, beneficiarios del programa cuidadores Envigado.	77		
Tabla 7. Características que explican la calidad de vida de las personas mayores sujeto de cuidado, beneficiarios del programa cuidadores de Envigado. Modelo ajustado.	78		
Tabla 8. Discapacidad de beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores, según sexo.	82		
Tabla 9. Antecedentes de enfermedad de beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores, según sexo.	83		
Tabla 10. Nivel educativo de los cuidadores primarios del programa cuidadores de Envigado.	91		
Tabla 11. Ocupación de los cuidadores primarios del programa cuidadores de Envigado.	91		

Lista de figuras

Figura 1. Pirámide por grupos de edad y sexo de beneficiarios del programa cuidadores	49	Figura 14. Apoyo social y capacidades de comunicación de adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	61
Figura 2. Sexo y estado civil de beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores.	50	Figura 15. Evaluación sociofamiliar de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	62
Figura 3. Estado civil de beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	51	Figura 16. Nivel de funcionamiento familiar de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	62
Figura 4. Parentesco con la persona que da soporte económico a los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores.	51	Figura 17. Satisfacción con el programa cuidadores, por parte de los beneficiarios adultos mayores.	63
Figura 5. Discapacidad de beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores.	52	Figura 18. Nivel de calidad de vida de personas mayores beneficiarias del programa cuidadores.	64
Figura 6. Antecedentes de enfermedad de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores.	54	Figura 19. Niveles de calidad de vida para cada dimensión, de los beneficiarios mayores de 60 años del programa cuidadores.	65
Figura 7. Riesgo nutricional de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	56	Figura 20. Niveles de calidad de vida, según sexo, en beneficiarios mayores de 60 años del programa cuidadores.	66
Figura 8. Frecuencia de sarcopenia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	56	Figura 21. Niveles de las dimensiones de calidad de vida, según sexo, en beneficiarios mayores de 60 años del programa cuidadores.	66
Figura 9. Prótesis dental en beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	57	Figura 22. Niveles de calidad de vida, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años.	71
Figura 10. Necesidad de asistencia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, general y según sexo.	57	Figura 23. Niveles de calidad de vida relacionada con la capacidad sensorial, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años.	72
Figura 11. Tipo de dependencia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores.	58	Figura 24. Niveles de calidad de vida relacionada con la autonomía, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años.	73
Figura 12. Tipo de dependencia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	58	Figura 25. Niveles de calidad de vida relacionada con las actividades pasadas, presentes y futuras, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años.	73
Figura 13. Necesidades de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo, de acuerdo con las 14 necesidades de Virginia Henderson.	59		

Figura 26. Niveles de calidad de vida relacionada con la participación social, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años.	74	Figura 39. Evaluación sociofamiliar de los beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores, según sexo.	88
Figura 27. Niveles de calidad de vida relacionada con muerte y agonía, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años.	75	Figura 40. Nivel de disfuncionalidad familiar de los beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores.	89
Figura 28. Niveles de calidad de vida relacionada con la intimidad, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años.	75	Figura 41. Evaluación de sobrecarga del cuidador primario de los beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores.	89
Figura 29. Perfil de calidad de vida de los sujetos de cuidado mayores de 60 años beneficiarios del programa cuidadores de Envigado.	76	Figura 42. Sexo y edad de los cuidadores primarios.	90
Figura 30. Sexo y estado civil de los usuarios menores de 60 años del programa cuidadores.	80	Figura 43. Sexo y estado civil de los cuidadores primarios.	90
Figura 31. Parentesco con la persona que le da soporte económico a los beneficiarios menores de 60 años.	80	Figura 44. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social de los cuidadores primarios del programa cuidadores de Envigado.	92
Figura 32. Distribución porcentual de los usuarios que cuentan con cuidador primario.	81	Figura 45. Parentesco del cuidador primario con la persona dependiente de cuidado.	92
Figura 33. Discapacidad de beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores.	81	Figura 46. Percepción del estado de salud del cuidador primario con la persona dependiente de cuidado.	94
Figura 34. Antecedentes de enfermedad de los menores de 60 años beneficiarios del programa cuidadores.	83	Figura 47. Nivel de sobrecarga del cuidador primario.	94
Figura 35. Riesgo nutricional de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	84	Figura 48. Nivel de sobrecarga del cuidador primario, según sexo.	95
Figura 36. Frecuencia de sarcopenia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.	85	Figura 49. Nivel de sobrecarga del cuidador primario, según grupo de edad, de la persona dependiente del cuidado.	95
Figura 37. Necesidad de asistencia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, general y según sexo.	86	Figura 50. Nivel de sobrecarga de cuidador, según necesidad de asistencia, de la persona dependiente de cuidado.	96
Figura 38. Necesidades de los beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores, de acuerdo con las 14 necesidades.	87	Figura 51. Perfil de calidad de vida de los sujetos de cuidado mayores de 60 años beneficiarios del programa cuidadores de Envigado.	97

1

Introducción

El ejercicio de cuidado se desarrolla en condiciones diferentes a las del siglo pasado, la labor que comúnmente ha sido delegada a la mujer, hoy es más difícil por su incorporación al mercado laboral, los cambios en las tasas de natalidad, el síndrome del nido vacío, la globalización y la tendencia a ser más independientes y autónomas como sucede en los países denominados con mayor desarrollo.

La población enfrenta dos grandes retos. El primero de ellos es comprender cuáles son hoy las dinámicas de las familias y cuál es la percepción que hoy se tiene de la vejez y de las personas en situación de dependencia. Lo segundo es la necesidad de un trabajo familiar concomitante a una intervención de protección social del Estado, en búsqueda de proporcionar una mejor calidad de vida a quienes demandan asistencia y a sus familias.

Las condiciones de salud, situación económica, social y familiar son diferentes de acuerdo a clases sociales, lugar de residencia, y demás factores que influyen en que un proceso natural como es el envejecimiento, se traduzca en desventaja e inseguridad para algunas personas. El aumento de la población mayor de 60 años, repercute directamente sobre las dinámicas de las familias y aumenta la necesidad de cuidado familiar, el cual es ejercido principalmente por mujeres en edad mayor, y muchas veces, la labor de cuidado se acompaña de otras responsabilidades del hogar.

De igual forma, el cuidado familiar a personas dependientes, suele brindarse sin una capacitación o conocimiento previo. Respecto a esto, el Municipio de Envigado, Antioquia, desde el año 2011 comenzó a implementar algunas actividades enfocadas a la formación para el cuidado de personas de la comunidad, actividad que inicialmente se desarrolló con integrantes de Pastorales y familiares de personas con necesidad de cuidado, pero que con el tiempo fue convirtiéndose en un programa robusto en el cual se brinda

no solo acompañamiento a cuidadores familiares, sino además capacitación y seguimiento, teniendo en cuenta las diversas necesidades que pueden surgir de acuerdo con el nivel de dependencia del sujeto de cuidado.

Es así, como en el marco del proyecto cuidadores del Municipio de Envigado, se hace no solo un acompañamiento sino además una tamización inicial y seguimiento de las familias beneficiarias del programa, con el fin de evidenciar cambios y mejoras durante la permanencia en el programa.

Este libro recopila los principales aspectos conceptuales y logísticos del programa cuidadores de Envigado, conforme a sus objetivos y alcances, además, analiza las características de cuidadores y sujetos de cuidado beneficiados por el programa, de acuerdo con su salud física, mental y calidad de vida. Los autores esperamos que este libro sea de utilidad para los actores del municipio de envigado, incluyendo los cuidadores que hacen parte del programa, que día a día trabajan por mejorar la calidad de vida de las familias beneficiarias de este. Así mismo, esperamos sea una herramienta útil para la comunidad académica interesada en abordar los retos derivados del envejecimiento y del aumento de personas con necesidad de cuidados.



2

Marco teórico

2.1 Persona dependiente

El aumento de la edad, así como la presencia de enfermedades o discapacidades puede derivar en la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, dejando a la persona en una situación de necesidad de cuidado o ayuda para realizar sus actividades básicas o instrumentales de la vida diaria ⁽¹⁾.

Las personas en situación de dependencia requieren de un cuidado holístico, donde se procure su bienestar teniendo en cuenta aspectos relacionados con su estado de salud física, mental y entorno familiar y social ^(2,3). Esto, considerando que el cuidado de la salud se enfoca en una visión global del hombre en los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales ⁽²⁾. Autoras como Watson (1988), sugieren que el cuidar implica que el sujeto encuentre sentido al dolor y al sufrimiento de la enfermedad, gane autoconocimiento, y halle la armonía con las condiciones exteriores ⁽⁴⁾.

2.2. Cuidador

El cuidado de una persona dependiente con frecuencia recae sobre un familiar o persona con un vínculo cercano, quién asume la labor de asistir durante un proceso de enfermedad o discapacidad ^(5,6). La persona que asume esta responsabilidad es llamada cuidador principal o cuidador primario, por ser quien de manera informal realiza las tareas de cuidado básicas, y suele ser percibido por los demás miembros de la familia como el responsable de asumir no solo el cuidado sino las decisiones entorno a este ^(1,7-9).

El entorno que rodea la labor de cuidado como la calidad en las relaciones familiares, estado laboral del cuidador, situación económica, presencia de enfermedades en el cuidador, responsabilidad de cuidado de más de una persona y el tiempo de cuidado, pueden repercutir directamente sobre el bienestar de la diada sujeto de cuidado-cuidador, propiciar una sobrecarga en el cuidador y disminuir su calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) contempla en el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Madrid (España) en el año 2002, el apoyo que deben recibir los cuidadores por medio de capacitaciones, uso de mecanismos psicológicos, económicos, sociales y legislativos ⁽¹⁰⁾.

2.3. Sobrecarga en el cuidador

La atención a las personas dependientes supone con frecuencia una notable fuente de estrés que afecta la vida del cuidador principal; cuando estos son sometidos a situaciones prolongadas de estrés, entra en juego el término de la carga subjetiva, que Zarit define como el estado que se caracteriza por malestar, y abarca la salud física, bienestar psicológico, económico, social y la relación que hay entre el cuidador y la persona dependiente ⁽¹¹⁾.

Entre las diversas emociones que puede experimentar el cuidador principal y que afectan su salud mental, se encuentra la culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor y tristeza. De otro lado, las principales manifestaciones de deterioro físico, luego de un largo tiempo ejerciendo la labor y derivado además del tiempo diario o semanal que dedica al cuidado, se encuentra el cansancio, cefalea, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares. Cuando el cuidado se brinda a un familiar con quien se comparten fuertes lazos afectivos, todo lo anterior puede verse camuflado o silenciado por la satisfacción percibida al brindar el cuidado, sin embargo esto no evita que con el tiempo, la sobrecarga afecte su salud y calidad de vida ^(12,13).

2.4. Calidad de vida

El envejecimiento de la población es el resultado de una transición demográfica que involucra no solo una disminución de la natalidad, sino también un aumento en la esperanza de vida de las personas. Cuando la vejez llega

acompañada de un deterioro físico o mental que se traduce en altos niveles de dependencia, la calidad de vida de la persona mayor puede verse comprometida.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida constituye en sí misma un concepto robusto que integra aspectos como la salud física, mental, dependencia para realizar actividades diarias, así como la calidad en las relaciones familiares y sociales ⁽¹⁶⁾.

Estudios demuestran como la calidad de vida es un componente central del estado de salud de las personas, que además de evaluar la parte objetiva, tiene en cuenta el ámbito subjetivo, con el fin de tener una visión holística e integral de la persona ^(16,17); las dimensiones más utilizadas cuando se evalúa la calidad de vida son las siguientes ^(17,18):

- **Funcionamiento físico:** incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físico, se evalúa la fuerza muscular y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.
- **Bienestar psicológico:** algunos autores lo denominan también como salud mental. Tiene en cuenta el funcionamiento cognitivo, la vitalidad y la competencia percibida para afrontar problemas.
- **Estado emocional:** suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico.
- **Dolor:** Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y su interferencia con la vida cotidiana.
- **Funcionamiento social:** evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física, y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.
- **Percepción general de la salud:** valoración personal de la salud que incluye salud actual, perspectivas y resistencia a enfermar. Esta dimensión se relaciona con las anteriores.

2.5. Programa cuidadores de Envigado

El programa cuidadores del Municipio de Envigado, tiene como principal objetivo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de personas en situación de cuidado, dependiente por enfermedad y/o discapacidad, a través de la formación de redes sociales y familiares, fortaleciendo la asistencia, el apoyo y la provisión de medios para satisfacer algunas necesidades del ser humano.

Este programa pretende apoyar a los cuidadores primarios, con actividades que van desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, información, orientación, sensibilización, apoyo emocional, hasta el apoyo en el cuidado afectivo cercano y, a su vez, favorecer el mantenimiento de las personas dependientes en su hogar, teniendo en cuenta el entorno y las personas encargadas de su cuidado. Además, por medio de este programa se propende por mejorar el estado de ánimo y percepción de bienestar de los adultos mayores, disminuir la sobrecarga del cuidador primario, potenciar una dinámica familiar efectiva, entre otros.

Inicios del programa

En el municipio de Envigado desde el año 2011 se inició la formación hacia el cuidado de personas de la comunidad, especialmente integrantes de las Pastorales y algunas personas que tenían familiares con algún tipo de enfermedad y que requerían cuidado. Así se continuó desplegando hasta el año 2014, fecha en la cual la comunidad de la zona 9 a través de Priorización Participativa del Presupuesto, efectuó con el apoyo de la Secretaría de Salud como ejecutor, un proyecto de cuidadores que ayudan a las familias con el proceso de cuidado.

En el año 2016, se propuso realizar intervención domiciliaria a adultos mayores en condición de vulnerabilidad por su enfermedad o discapacidad, de allí nace la idea de escalar el programa de cuidadores a un proceso de implementación de Red de Cuidadores. La formulación de la propuesta metodológica fue una labor desarrollada por personal de la Secretaría de Bienestar Social y la Secretaría de Salud durante el año 2016. La Red tiene el propósito de aportar en el mejoramiento de la calidad de vida de las familias, las personas dependientes de cuidado y los cuidadores primarios o

familiares; la apuesta es el acompañamiento en el proceso de cuidado y va desde el asesoramiento y la formación en buenas prácticas de atención, la asignación de un cuidador para que apoye a la familia en la labor de cuidado, hasta la formación de redes a nivel comunitario para afianzar las ayudas disponibles en la labor de cuidado.

Equipo de cuidadores formales y de profesionales del programa

Respecto al equipo de cuidadores formales, se conformó con el objetivo de realizar apoyo domiciliario a personas dependientes de cuidado y sus familias, buscando personas con competencias y conocimientos que promuevan un cuidado integral y sobre todo con calidad humana. Estos cuidadores deben estar preparados para realizar actividades mínimas de cuidado bajo las condiciones de vida diaria (higiene, aseo, alimentación, control de las condiciones higiénico-sanitarias) de personas de todas las edades no autónomas que viven en su domicilio. De igual forma, deben contar con las capacidades mínimas, mentales y físicas, para atender adecuadamente al usuario, evitando riesgos y accidentes en la aplicación de cuidados.

Los cuidadores formales que conforman el proyecto son residentes del municipio de Envigado. Uno de los criterios para su selección es contar con formación mínima de 90 horas en temas relacionados con el cuidado de personas con pérdida de autonomía por enfermedad o discapacidad, cuidado de adultos mayores o formación como Auxiliares de Enfermería o Gerontología. Además, deben caracterizarse por su calidez, empatía, previsión, compasión, comunicación asertiva, buenas relaciones interpersonales, capacidad de toma de decisiones, manejo de problemas y conflictos.

El programa cuenta también con un coordinador encargado de planear las actividades del equipo de apoyo (profesionales, auxiliares y cuidadores), de acuerdo a las especificaciones técnicas dadas al operador; un profesional especializado en cuidados al final de la vida, un grupo de enfermeros, un profesional en nutrición, un profesional en fisioterapia, un profesional social, que puede ser antropólogo o trabajador social, un profesional de psicología, y un profesional en gerontología; adicionalmente, para aspectos administrativos y logísticos, el proyecto cuenta con un equipo de sistemas de información y un auxiliar administrativo.

Ejecución del programa

En cada inicio de ejecución del programa, la Secretaría de Salud de Envigado (SSE), entrega al operador la información de las personas que han sido beneficiadas en años anteriores. El operador, a partir de esta información, se encarga de construir una fuente de datos final con los potenciales beneficiarios, para así proceder con la valoración inicial. Estos usuarios deben contar con SISBEN de Envigado y residir en el municipio para ingresar al programa.

Cuando la comunidad hace nuevas solicitudes de ingreso en el transcurso del año de ejecución del programa, la SSE las envía al coordinador de la zona, quién hace la valoración inicial determina a qué beneficio accederá la persona. La valoración inicial es el proceso mediante el cual se evalúan las condiciones de la familia y de la persona en dependencia, y se determina qué beneficio se puede proporcionar desde el Programa de Cuidadores. Las valoraciones son realizadas por el equipo de apoyo.

La valoración inicial determina lo siguiente:

- a. Plan de cuidado tanto para el agente de cuidado como para el cuidador primario y/o la familia, mientras las condiciones de estos afecten la condición del usuario. El plan se centra en la situación de los usuarios, los resultados que se esperan, las estrategias y la evaluación de todo este proceso. Se realiza a través de cuatro etapas: valoración, diagnóstico, planeación y ejecución. Además, se cuenta con el apoyo del instrumento de 14 necesidades de Virginia Henderson, esto es, se identifica cómo está el usuario en cada una de estas 14 necesidades, se aplican las 4 etapas antes mencionadas, y por último se definen las metas de cuidado.
- b. La asignación de un cuidador y el tiempo requerido por este, teniendo en cuenta que la intención es alivianar la carga, más no suplir completamente la responsabilidad de cuidado de la familia.
- c. Asesorías y qué profesionales las pueden proporcionar, tanto para las familias a las que se les asigna un cuidador como aquellas que no se les asigna, pero se detecta la necesidad de educar.

- d. La valoración comprende la evaluación del nivel de dependencia del usuario, la condición de desgaste del cuidador familiar y las condiciones sociales, económicas y de red de apoyo familiar del usuario y el respectivo plan de cuidado.

Los beneficiarios del programa cuidadores firman un consentimiento al momento de ingreso al programa (Anexo 2), pero adicionalmente, al momento de ser realizada la valoración inicial de manera telefónica, también es solicitado un consentimiento verbal (Anexo 3).

Las valoraciones son consolidadas en una base de datos, que es entregada cada periodo. En caso de realizarse ajustes al plan de cuidados en el transcurso de la ejecución del programa, debe notificarse y justificarse a la familia. Cuando en el transcurso del programa no se alcanzan a efectuar todas las valoraciones, estas son reemplazadas por asesorías a las familias o cuidadores.

Los beneficios a los que pueden acceder las familias, posterior a la valoración y elaboración del plan de cuidado, son:

- Apoyo de un cuidador en el domicilio: actividad que es realizada por parte de un cuidador capacitado, es contratado por el programa, el cual asiste, educa y apoya a la familia en cuanto al cuidado de la persona en dependencia según sus necesidades. Cada usuario recibe apoyo minimamente 2 veces a la semana. Es de aclarar que los cuidadores no realizan procedimientos invasivos.
- Asesoría sobre el cuidado: estas son realizadas por los diferentes profesionales de la salud que se encuentran en el programa, su importancia radica en que promueven prácticas de cuidado seguras y oportunas.
- Insumos: el Centro de Ayudas Sociales CAS, dependencia de la Secretaría de Salud, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de la población vulnerable del municipio, mediante el subsidio de insumos; dicha dependencia se articula con el programa, puesto que, en la valoración inicial se identifican necesidades de insumos y estos datos son actualizados cada mes, con esta información la dependencia se encarga de entregar los insumos a los usuarios que lo requieran.

- Capacitación para promover el cuidado: se hace indispensable fortalecer los conocimientos y prácticas relacionadas con el cuidado en el hogar para personas que tienen algún grado de dependencia, están dirigidas a líderes comunitarios, familias y actores de la Red de Cuidadores.
- Formación para la atención y cuidado integral domiciliario a las personas dependientes: es un diplomado el cual está dirigido a personas cuidadoras informales o cualquier persona del municipio de Envigado.

Los beneficiarios de estos apoyos son todas las familias que tengan una o más personas con necesidades de cuidado, priorizando aquellas que tengan una persona con un nivel de dependencia de medio a alto, riesgo o problema sociales o sobrecarga del cuidador familiar. Estos usuarios deben ser residentes del municipio de Envigado y, para hacer formal la asignación del cuidador, la familia firma un compromiso entregado por el supervisor. A estos compromisos se les hace seguimiento periódico de acuerdo con la guía de cumplimiento de logros del programa.

Antes de finalizar el periodo de ejecución del programa, los profesionales realizan asesorías de cierre con las familias beneficiarias, con la finalidad de hacer un balance de los cambios presentados desde la valoración inicial, a la luz de los aspectos valorados como sobrecarga en el cuidador, calidad de vida, entre otros. Para esto, se hace nuevamente la valoración, para determinar si hubo mejoramiento. Además, se contempla el plan de cuidado que se había establecido, y se determina su grado de cumplimiento.



3

Marco político y legal

La Organización Mundial de la Salud reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico. Propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud ⁽¹⁹⁾:

- Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
- Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes, y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida.
- Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, además, que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen.
- Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, es una apuesta política por la equidad en salud, se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas.

Uno de los mayores desafíos del PDSP, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno con su entorno social, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

El Plan Decenal incorpora diferentes enfoques complementarios: el enfoque de derechos; el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS).

3.1. Política pública

La Ley 1616 de 2013 hace énfasis en la necesidad de transformar algunos determinantes relacionados con la salud mental para procurar mejoras en la calidad de vida. En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección tiene en cuenta la promoción de la salud mental del cuidador de personas con enfermedades crónicas y/o trastornos mentales discapacitantes, donde se explican, por ejemplo, los mitos y verdades de la salud mental, la sobrecarga a la que se ven expuestos los cuidadores si no tienen acuerdos con el sujeto de cuidado y su familia, cómo afrontar el deterioro del sujeto de cuidado y cómo el cuidado es delegado en la mayoría de los casos a la mujer, entre muchos otros aspectos, explicando para cada uno de ellos las acciones que se deben realizar y, de esta manera, fomentar los factores protectores para la salud mental del cuidador ⁽²¹⁾.

Finalmente, en el año 2015, Medellín establece una Política Pública para cuidadoras y cuidadores familiares y voluntarios de personas con dependencia de cuidado y conformación de Redes Barriales de Cuidado, la cual se reglamenta por medio del Decreto 536 de 2018 y tiene como propósito principal ⁽²²⁾: Reconocer a la persona cuidadora como eje fundamental en el cuidado y bienestar de personas dependientes, reconociéndoles como sujeto de derechos y también de cuidado, lo cual les debe permitir acceder y ser atendidas de manera preferencial y oportuna en los programas de desarrollo, promoción y prevención para el control de riesgos generales y específicos, derivados del cuidado permanente a otra persona.

3.2. Resolución 429 de 2016 Rutas Integrales de Atención en Salud

En la ruta integral para el mantenimiento de la salud, el proyecto Cuidadores de Envigado incorpora varios pasos de ejecución, entre estos, diagnóstico individual, familiar, identificación del riesgo, informar a los cuidadores primarios para el acompañamiento de la enfermedad, rehabilitación y paliación; todas estas acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de la persona de cuidado y su núcleo familiar.

3.3. Política nacional de familia

En el caso específico de las mujeres cuidadoras dentro de la política de familia, no hay un planteamiento que pretenda cubrir las necesidades propias de estas, ni un pronunciamiento de cómo vincular la familia; dicha política comprende tres enfoques, tales como, derechos humanos, curso de vida y capacidades.

3.4. Política Nacional de Discapacidad

La Política Pública Nacional se enmarca en asegurar que la población dependiente goce de los derechos fundamentales y que se cumplan los deberes de estos mismos, sus familias y sus cuidadores, tiene una vigencia hasta el año 2022.

4

Objetivos

4.1 Objetivo general

Analizar la calidad de vida de personas en situación de cuidado por enfermedad y/o discapacidad, y las características de los cuidadores y la familia.

4.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas, de salud física, mental y relaciones familiares de las personas en situación de cuidado mayores de 60 años del programa de cuidadores en el municipio de Envigado.
2. Describir las características sociodemográficas, de salud física, mental y relaciones familiares de las personas en situación de cuidado menores de 60 años del programa de cuidadores en el municipio de Envigado.
3. Describir las características sociodemográficas y de sobrecarga de los cuidadores primarios del programa de cuidadores en el municipio de Envigado.
4. Determinar la calidad de vida de las personas en situación de cuidado de mayores de 60 años, y cuidadores primarios del programa cuidadores en el municipio de Envigado.
5. Analizar las características asociadas a la calidad de vida de las personas en situación de cuidado y cuidadores primarios del programa cuidadores en el municipio de Envigado.

5

Metodología

5.1 Tipo de estudio

Para el cumplimiento de los objetivos planteados, se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal con un enfoque empírico analítico, por medio del cual se analizaron las características sociodemográficas, clínicas y de calidad de vida de las personas en situación de cuidado beneficiarias del programa cuidadores, así como la sobrecarga y calidad de vida de sus cuidadores principales.

5.2 Población de referencia

La población de referencia estuvo conformada por las personas en situación de cuidado y sus cuidadores principales, que fueron beneficiarias del programa cuidadores del municipio de Envigado.

5.3 Población de estudio

La población de estudio fueron 633 personas dependientes y sus cuidadores, que hicieron parte del programa cuidadores de Envigado en el año 2020, que cumplieron criterios de selección.

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

- Se incluyeron beneficiarios y cuidadores que vivieran en el municipio de Envigado en el año 2020, que estuvieran registrados en la base de datos del programa de Cuidadores de Envigado.
- En caso de detectarse más de un cuidador en los hogares con adultos mayores, se asumió como cuidador principal aquel que se reporta con un mayor tiempo de acompañamiento.

- Se excluyen beneficiarios que no acepten ser del programa o no acepten firmar el consentimiento informado.

5.5 Fuentes de información

La presente investigación utilizó datos de fuente primaria, como medio para la obtención de la información de las personas sujeto de cuidado y sus cuidadores primarios beneficiarios del programa cuidadores de Envigado en el año 2020.

5.6 Técnica e instrumento de recolección de información

Como técnica de recolección de la información se utilizó la encuesta. Se realizaron preguntas sociodemográficas a la persona dependiente y del cuidador, cuestiones relacionadas con las condiciones del cuidado, las relaciones familiares, el estado de salud físico y mental de la persona sujeto de cuidado y, finalmente, se indagó por la calidad de vida tanto de la persona dependiente como de su cuidador principal.

Para la recolección de la información se utilizaron algunas escalas de medición válidas y confiables. En el caso de la medición del nivel de dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria del sujeto de cuidado, se usó la escala de Katz⁽⁵¹⁾, la cual refleja los niveles de conducta en seis funciones socio biológicas, y su ponderación permite evaluar el estado funcional global y los niveles de dependencia que presenta la persona, en grados que van de la A hasta la G, donde la A significa un adulto mayor independiente en sus funciones básicas como alimentarse, bañarse, vestirse por sí solo, y la G un adulto mayor totalmente dependiente de su cuidador para cumplir las labores antes descritas.

Adicional a lo anterior, para evaluar el grado de dependencia funcional de la persona sujeto de cuidado y la necesidad de cuidados de enfermería, se aplicó también el test delta que permite obtener el grado de dependencia total, el grado de dependencia física y el de dependencia psíquica^(23,24). El test Delta consta de tres subescalas independientes.

La primera de ellas es la que propiamente mide el grado de dependencia, como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona mayor, clasificándola en válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa. Las otras dos subescalas, correspondientes a la deficiencia física y psíquica, son independientes entre sí y sirven para orientar sobre el origen de la dependencia (dependencia de origen físico y/o dependencia de origen psíquico)⁽²⁵⁾.

Para la evaluación del nivel de debilidad muscular de los sujetos de cuidado, se utilizó el test de SARC-F, el cual determina la pérdida de masa y potencia muscular que ocurre durante el envejecimiento de las personas (sarcopenia)⁽²⁶⁾. El SARC-F es un cuestionario rápido que permite utilizar información (autoinformada) sobre caídas, movilidad y fuerza. Se compone de cinco partes: a) fuerza, b) asistencia para deambular, c) asistencia para levantarse de una silla, d) asistencia para subir escaleras y e) presencia de caídas. La puntuación de esta escala oscila en un rango de 0 a 10, donde puntuaciones superiores a 4 son predictivos de sarcopenia^(26,27).

Para la tamización de la malnutrición se utilizó la herramienta de Ferguson-Malnutrition Screening Tool (MST)⁽²⁸⁾, la cual incluye dos parámetros que valoran, por un lado, el apetito reciente, teniendo en cuenta la disminución de la ingesta por cualquier motivo (inapetencia = 1 punto; apetito conservado = 0 puntos) y por otro lado, la pérdida de peso (no pérdida de peso = 0 puntos; no sabe si hay pérdida de peso = 2 puntos; pérdida de peso 1-5 kg = 1 punto, 6-10 kg = 2 puntos, 11-15 kg = 3 puntos, > 15 kg = 4 puntos).

El puntaje total de una persona, permite clasificarlo en alguno de los dos grupos: riesgo nutricional, si la puntuación obtenida es ≥ 2 puntos; sin riesgo de desnutrición, si la puntuación es ≤ 1 ^(28,29). Esta herramienta tiene la ventaja de ser rápida y fácil de llevar a cabo sin requerir personal entrenado para ello⁽²⁹⁾.

Se determinaron también las necesidades básicas del sujeto de cuidado, por medio del formato de valoración de las 14 necesidades básicas según la teoría de Virginia Henderson. Esta teoría consta de 14 necesidades del ser humano que abarcan los planos fisiológicos, psicológicos, morales, espirituales y recreativos. Estas necesidades evaluadas son: a) respiración y circulación, b) beber y comer; c) eliminación urinaria, d) eliminación fecal; e) movimiento: mantener la postura adecuada, f) necesidades de dormir

y descansar, g) vestirse y desvestirse, h) necesidad de dormir y descansar, i) mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, j) higiene, k) seguridad, l) comunicación con otros, m) creencias y valores, n) recrearse.

Para la valoración socio-familiar se utilizó la Escala de Gijón, la cual evalúa cinco áreas: situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social. Esta escala permite una clasificación que va de 1 a 5 en cada ítem. La puntuación total final de cada persona oscila entre 0 y 20, donde mayores puntuaciones indican peor situación social. A partir del puntaje también se puede hacer una clasificación en tres categorías: buena situación social (5-9 puntos), en riesgo social (10-14 puntos) y con problema social (≥ 15 puntos) ^(30,31).

Además, para lograr una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia, se evaluó la funcionalidad del grupo familiar por medio del APGAR familiar, instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de su unidad familiar ⁽³²⁾. Esta escala fue diseñada en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basado en su experiencia como médico de familia propuso la aplicación de este test, compartiendo la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la misma, y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos ^(32,33). El APGAR familiar consta de 5 preguntas en escala Likert (casi nunca, a veces, casi siempre); la funcionalidad familiar se puntúa de la siguiente manera: normal (7-10 puntos), disfunción leve (4-6 puntos) y disfunción grave (0-3 puntos) ⁽³⁴⁾.

Para evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador, se utilizó la escala de medición propuesta por Zarit y Zarit en el año 1982 ⁽²²⁾. Esta escala consta de 22 ítems que pueden ser puntuados con rango de 0 a 4. Al final se obtiene una puntuación total, que permite hacer una clasificación del cuidador así: puntaje menor de 46 indica no sobrecarga, de 46 a 56 sobrecarga leve, mayor de 56 sobrecarga intensa.

5.7 Proceso de recolección de la información

Para la recolección de la información, se partió del marco muestral en el que se encontraban cada una de las familias beneficiadas por el programa

cuidadores para el año 2020 en el Municipio de Envigado. A partir de este listado, los profesionales del programa, entre los que había enfermeros, un fisioterapeuta, una gerontóloga, una psicóloga y una trabajadora social, realizaron llamadas telefónicas a cada uno de los beneficiarios para realizar la valoración inicial tanto de la persona sujeto de cuidado como de su cuidador principal.

Una vez establecida la comunicación, los profesionales solicitaron en un primer momento hablar con la persona sujeto de cuidado en los casos en los que fuera posible, considerando el nivel de dependencia discapacidad que pudiera tener. En caso de que fuera posible establecer la comunicación con el beneficiario, se le explicó cada objetivo de la valoración que se le realizaría de manera telefónica, la confidencialidad de los datos que se le pedirían, y se hizo la consulta de participación voluntaria, para esto se solicitó dar su consentimiento informado de manera verbal; el guion utilizado para dicho consentimiento puede ser consultado en el (Anexo 3).

Cuando el beneficiario aceptaba su participación voluntaria, el profesional antes de iniciar el tamizaje telefónico, determinaba si la persona sujeto de cuidado estaba o no en condiciones de dar respuesta a la encuesta. En los casos en los cuales el sujeto de cuidado no estaba en condiciones, la encuesta fue respondida por el cuidador. Bajo estas circunstancias no se realizó medida de calidad de vida de la persona dependiente de cuidado, únicamente de su cuidador (Anexo 4).

Una vez verificado el estado cognitivo del sujeto de cuidado, el profesional comenzó la valoración a partir de preguntas sobre aspectos sociodemográficos, de salud física y mental, relaciones sociales y finalmente se indagó sobre la percepción de su calidad de vida.

Cuando el profesional finalizó la valoración del sujeto de cuidado, solicitó ser comunicado con el cuidador, a quién también se le explicó el objetivo de la valoración, la importancia de su participación y su consentimiento informado verbal. En caso de presentarse la ausencia del cuidador principal al momento de la llamada, se reprogramó la valoración en una fecha y hora en que el cuidador pudiera responder las preguntas de la encuesta.

5.8 Control de sesgos

Para el control de sesgo de selección se utilizó un marco muestral de fuente oficial, a partir del cual se seleccionaron los participantes.

Se controlaron posibles sesgos de información, haciendo uso de escalas de medición válidas y confiables para ser usadas en la población de estudio. Asimismo, se realizó prueba piloto al formulario de recolección que se aplicó en la encuesta telefónica, con el fin de evitar redundancias en la información y garantizar que se recopilaran todos los datos.

De otro lado, como medida de control del sesgo de información en el observador, se realizó capacitación y estandarización sobre el manejo adecuado de las diferentes escalas de medición. Se ejecutó control de calidad a la información recolectada.

5.9 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto con el fin de calibrar los instrumentos a aplicar, capacitar a los profesionales que realizaron la valoración de los sujetos de cuidado y sus cuidadores, calcular el tiempo de diligenciamiento, ajustar el cronograma del proyecto, observar la reacción de los cuidadores y beneficiarios, evaluar el desempeño del profesional y las técnicas más adecuadas para el control de calidad de la información recolectada.

5.10 Procesamiento de la información

Los datos fueron almacenados en Microsoft Excel. Se realizó revisión y depuración de la base de datos, identificando inconsistencias e información faltante, esta fue verificada contactando telefónicamente a los beneficiarios.

Una vez depurada la base de datos, fue exportada al paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 22 (licencia Universidad CES) para realizar los análisis. Asimismo, se utilizó Microsoft Excel para la construcción de tablas y gráficos y Microsoft Word para la redacción de informes (licencia Universidad CES).

5.11 Análisis de los datos

Los análisis se realizaron en tres grandes componentes. En el primero se analizaron las características de las personas sujeto de cuidado mayores de 60 años. En el segundo componente se examinaron las características de las personas sujeto de cuidado menores de 60 años, y en el tercer y último componente, las características de los cuidadores primarios.

Para la descripción de las características de la persona sujeto de cuidado y del cuidador primario, se utilizaron medidas de frecuencias relativas y absolutas, por medio de las cuales se analizaron particularidades sociodemográficas, de salud física y mental, de sobrecarga y de relaciones familiares. Para las variables cuantitativas como la edad del beneficiario y del cuidador, el número de hijos del cuidador y el número de personas a cargo, se analizaron las principales medidas de resumen, como promedio y desviación estándar.

Previo al análisis de la calidad de vida de la persona sujeto de cuidado mayor de 60 años, se realizó el cálculo del puntaje final de la escala WOQOL-OLD de la OMS, la cual cuenta con 24 ítems y es exclusivo para analizar la calidad de vida de personas mayores. Considerando el constructo evaluado, fueron excluidas de estos análisis las personas mayores que no estaban en capacidad de dar respuesta por sí mismas, por la complejidad y subjetividad en la medición de la calidad de vida, algo que pudiera arrojar información sesgada si se indaga a un tercero, en este sentido el análisis fue realizado con 300 adultos mayores.

Los 24 ítems fueron medidos a partir de preguntas que puntuaban entre 1 y 5, estos dan cuenta de seis componentes de calidad de vida que son: capacidad sensorial (ítems 1,2,10,20), autonomía (ítems 3,4,5,11), actividades pasadas, presentes y futuras (ítems 12,13,15,19), participación social (14,16,17,18), muerte y agonía (ítems 6,7,8,9), intimidad (ítem 21,22,23,24). Para obtener los puntajes finales de cada dimensión y, a su vez, de la calidad de vida total, se desarrolló el proceso descrito por la OMS en su manual de WOQOL-OLD. En este sentido, lo primero que se realizó fue la inversión de los ítems 1,2,6,7,8,9 y 10, para que todos quedaran en el mismo sentido: de negativo a positivo. Posteriormente, se calcularon las seis dimensiones, promediando el resultado de los ítems, y el puntaje final se transformó en una escala de 0 a 100.

El análisis de este puntaje se hizo inicialmente en su forma cuantitativa, donde a mayor puntaje mejor calidad de vida. Posteriormente, se llevó ese puntaje a cinco categorías, conservando la forma inicial en la cual fue medido cada ítem, así se obtuvo una clasificación para cada beneficiario de la siguiente forma: Muy baja, Baja, Regular, Alta y Muy alta calidad de vida.

Para el análisis de la calidad de vida de las personas dependientes de cuidado, se utilizó el instrumento WOQOL-BREF de la OMS, conformado por 26 ítems medidos en una escala de 1 a 5, y que dan cuenta de cuatro dimensiones de la calidad de vida que son: salud física ^(3,4,10,15-18), psicológica ^(5-7,11,19,26), relaciones sociales ⁽²⁰⁻²²⁾ y ambiente o contexto ^(8,9,12-14,23-25). Se invirtieron los ítems 3, 4 y 26 para que todos quedaran en el mismo sentido (de negativo a positivo). Posteriormente, se hizo el cálculo de las dimensiones promediando los ítems individuales y transformando en una escala de 0 a 100, donde a mayor puntaje mejor calidad de vida. Para los análisis y cruces con las demás características, se clasificó el puntaje de cada dimensión en deteriorada, regular y buena calidad de vida.

Una vez obtenida la clasificación de los beneficiarios, se construyó el perfil de calidad de vida en sus múltiples dimensiones, tanto para la persona sujeto de cuidado como para el cuidador primario, además, se incluyeron las características sociodemográficas, para identificar cuáles de estas se encuentran presentes en los beneficiarios, de acuerdo con los niveles de calidad de vida.

La construcción de los perfiles se hizo por medio de la técnica análisis de correspondencias múltiples. Esta permite representar la asociación de las categorías de múltiples variables en un espacio perceptivo ^(35,36), a partir de un mapa de percepción. Las dimensiones del mapa perceptual son características no observadas que posibilitan que las personas se agrupen en un espacio multidimensional ⁽³⁵⁾. El subespacio se ajusta a los puntos por medio de mínimos cuadrados ponderados, y la medición de la distancia entre los puntos se establece en términos de distancia chi-cuadrado. La varianza total se mide con la inercia, cada eje principal representa una cierta cantidad de la inercia total ⁽³⁷⁾.

De otro lado, se realizó análisis bivariado entre la calidad de vida y sus dimensiones, con las diferentes características de los beneficiarios mayores de 60 años y los cuidadores primarios. Este análisis se apoyó en la prueba

estadística Chi cuadrado, identificando como características asociadas a la calidad de vida, aquellas con valores de p inferiores a 0.05.

Posteriormente, para identificar las características asociadas a la alta calidad de vida de los adultos mayores y cuidadores, se llevó esta variable a dos categorías, agrupando en una categoría a quienes tenían alta y muy alta calidad de vida, y en la otra los que tenían regular, baja y muy baja calidad de vida; se realizó análisis de regresión logística bivariado y multivariado, obteniendo como medida de asociación la Odds Ratio (OR) cruda y ajustada, para controlar potenciales factores confusores, esta se acompañó de sus intervalos de confianza del 95%. El análisis multivariado se ajustó de acuerdo a las características que tuvieron un nivel de significación estadística inferior a 0.25, según el criterio de Hosmer-Lemeshow.

5.12 Consideraciones éticas

En el desarrollo de este proceso investigativo se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos éticos por parte de los investigadores:

- Se respetó la integridad de las personas entrevistadas, independiente de las creencias, condiciones físicas y psicológicas en que se encuentren, tanto por el entrevistador como por los investigadores.
- Se informó a los entrevistados acerca de la cláusula de confidencialidad en la llamada telefónica.
- Se solicitó el consentimiento en forma verbal por parte de las personas sujeto de cuidado y los cuidadores primarios, para la realización de la valoración según Resolución 8430 de 1993, que reglamenta la investigación en seres vivos. Además, según la misma resolución, esta investigación se clasifica con riesgo menor del mínimo.
- Se conservó el artículo 15 de la Constitución Nacional sobre información consignada en bases de datos, y la garantía de la confiabilidad y seguridad en el manejo de ellas.
- Las bases de datos solo son utilizadas con fines investigativos, y manipuladas únicamente por los investigadores.

6

Resultados

El programa cuidadores para el año 2020 contó con un total de 633 personas dependientes de cuidado. Se observó una importante concentración de beneficiarios en los grupos de edad por encima de los 60 años, siendo mucho mayor la participación de personas dependientes entre los 80 y los 94 años. Asimismo, los porcentajes de participantes mujeres son mayores que los de hombres para todas las edades, a excepción de las personas entre los 10 y 14 y entre 30 y los 34 años, donde hubo mayor participación de hombres (Figura 1).

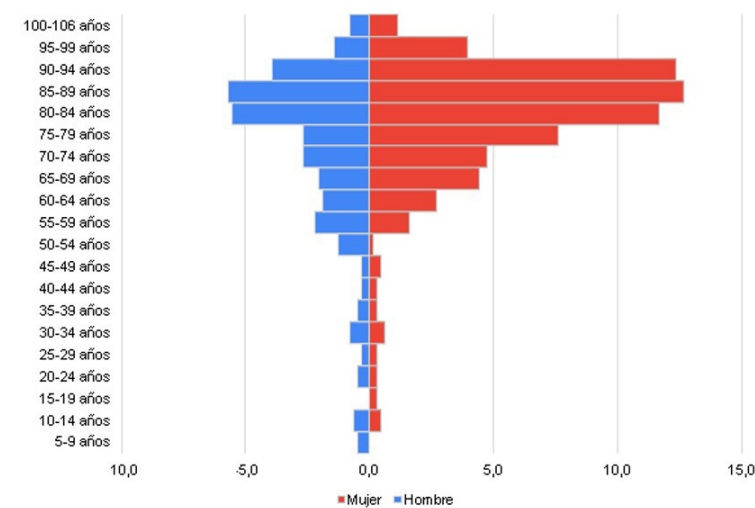


Figura 1. Pirámide por grupos de edad y sexo de beneficiarios del programa cuidadores. Elaboración propia

Considerando las diferencias que se pueden presentar en los análisis entre los distintos grupos de edad, los resultados del presente libro se detallan en tres grandes módulos. En el primero se hace una descripción de las características sociodemográficas, de salud física, mental, relaciones familiares y calidad de vida de los beneficiarios adultos mayores. En el segundo se aborda el grupo de personas beneficiarias menores de 60 años, y en el tercer grupo se describen las principales características de los cuidadores primarios, la sobrecarga y los niveles de calidad de vida.

6.1 Beneficiarios adultos mayores

6.1.1 Características sociodemográficas de los beneficiarios adultos mayores

El programa cuidadores atiende a un total de 556 personas mayores de 60 años, en su mayoría mujeres (69,6%) (Figura 2A). El promedio de edad de los beneficiarios mayores fue de 82,7 años (Desviación estándar= 9,6), con participantes de hasta 106 años. Siete de cada diez beneficiarios del programa se encuentran sin pareja, en su mayoría por viudez (45,0%) (Figura 2B).

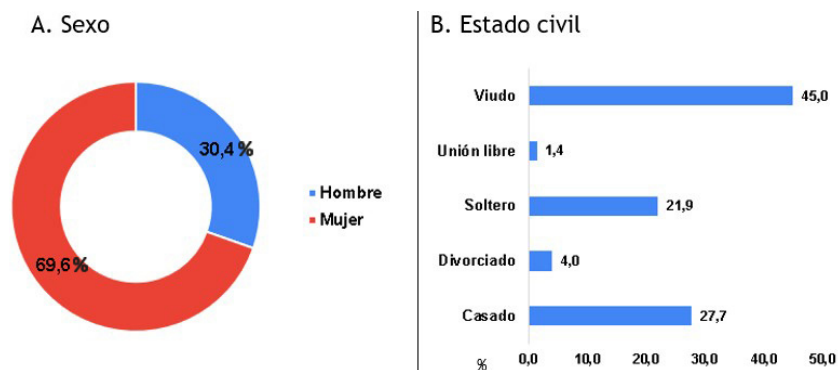


Figura 2. Sexo y estado civil de beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores. Elaboración propia

Se observa como el proceso de envejecimiento llega con una mayor proporción de mujeres sin pareja respecto a los hombres. En este sentido, se observó que el 56,8% de los hombres estaban casados o en unión libre, mientras

que, en las mujeres, este porcentaje fue de tan solo un 17,1%, observándose así, como aproximadamente 4 de cada 5 mujeres mayores se encontraban sin pareja (Figura 3).

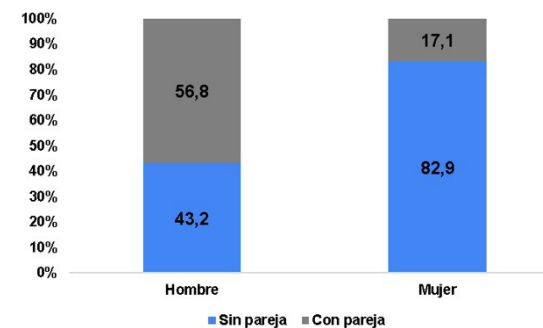


Figura 3. Estado civil de beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo. Elaboración propia

En cuanto al soporte económico del beneficiario, se observó que el 39,9% depende económicamente de sí mismo. De otro lado, un 29,9% recibe soporte económico de un hijo, el 8,5% de su conyugue y el 6,8% de un hermano; únicamente un 0,2% recibe soporte económico de su madre (Figura 4).

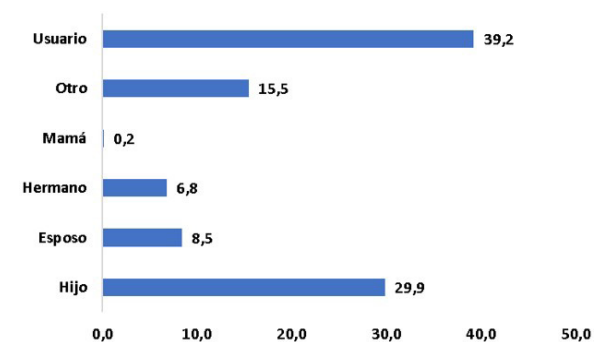


Figura 4. Parentesco con la persona que da soporte económico a los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores. Elaboración propia

6.1.2 Características de salud física y mental de los beneficiarios adultos mayores

Un 74,5% de los adultos mayores beneficiarios del programa cuidadores tienen algún tipo de discapacidad (Figura 5A). La discapacidad más frecuente fue la física, presente en el 82,1% de los beneficiarios, seguida de la cognitiva con un 45,0% y la sensorial con un 42,1%. El 17,6% de los beneficiarios tenían tanto dependencia física como sensorial y cognitiva. El 23,9% tenían dos de las anteriores y el 35,1% solo una (Figura 5).

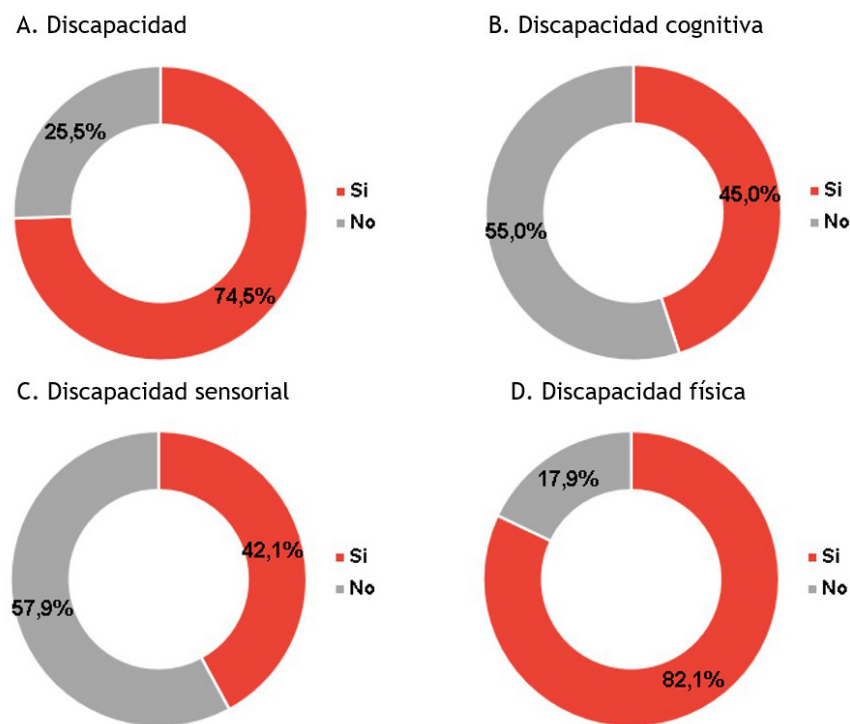


Figura 5. Discapacidad de beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores. Elaboración propia

Respecto al sexo, se observó que los porcentajes de discapacidad fueron muy similares entre hombres y mujeres. Sin embargo, se encontraron algunas diferencias respecto al tipo de discapacidad. Por ejemplo, un poco más

de la mitad de los hombres presentan discapacidad cognitiva (53,6%), mientras que en las mujeres este porcentaje fue de 41,1% (Tabla 1).

Tabla 1. Discapacidad de beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.

Sexo	Discapacidad	Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
Discapacidad	Si	127	75,1	287	74,2
	No	42	24,9	100	25,8
Cognitiva	Si	67	53,6	116	41,1
	No	58	46,4	166	58,9
Sensorial	Si	55	44,7	115	40,9
	No	68	55,3	166	59,1
Física	Si	108	85,0	231	80,8
	No	19	15,0	55	19,2
Congénita	Si	5	4,1	12	4,3
	No	118	95,9	269	95,7
Adquirida	Si	57	46,0	136	48,1
	No	67	54,0	147	51,9

Elaboración propia.

De otro lado, se analizaron los antecedentes de enfermedad de los beneficiarios adultos mayores, lo cual arrojó altos porcentajes de beneficiarios con hipertensión arterial (69,2%), demencias (40,5%) y dislipidemia (35,8%). El 27,2% tenían antecedentes de diabetes y el 24,8% antecedentes de EPOC. Otras enfermedades frecuentes fueron infarto de miocardio, epilepsia, enfermedad renal y cáncer (Figura 6).

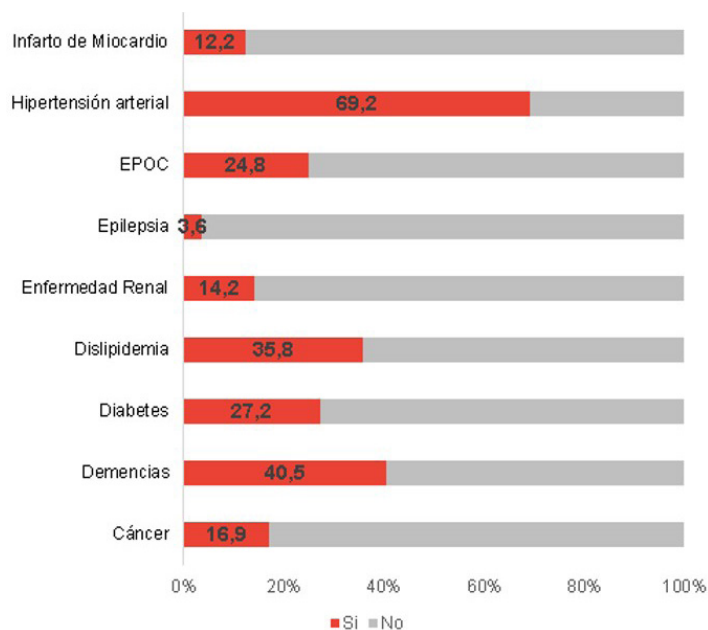


Figura 6. Antecedentes de enfermedad de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores. Elaboración propia

Se observó que los porcentajes de hombres y mujeres beneficiarios con antecedentes de cáncer fue similar, al igual que las demencias, dislipidemia, enfermedad renal, epilepsia y EPOC. Contrario a lo anterior, el porcentaje de beneficiarias mujeres con diabetes fue mayor (30,0%) que el de los hombres, al igual que el porcentaje de hipertensión arterial, mientras que el infarto de miocardio fue más frecuente en hombres (14,2%) que en mujeres (11,4%) (Tabla 2).

Tabla 2. Antecedentes de enfermedad de beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo.

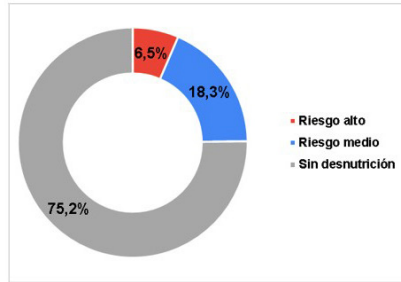
Sexo		Hombre		Mujer	
Antecedentes de enfermedad		n	%	n	%
Cáncer	Si	29	17,2	65	16,8
	No	140	82,8	322	83,2

Sexo		Hombre		Mujer	
Antecedentes de enfermedad		n	%	n	%
Demencias	Si	70	41,4	155	40,1
	No	99	58,6	232	59,9
Diabetes	Si	35	20,7	116	30,0
	No	134	79,3	271	70,0
Dislipidemia	Si	59	34,9	140	36,2
	No	110	65,1	247	63,8
Enfermedad Renal	Si	23	13,6	56	14,5
	No	146	86,4	331	85,5
Epilepsia	Si	7	4,1	13	3,4
	No	162	95,9	374	96,6
EPOC	Si	39	23,1	99	25,6
	No	130	76,9	288	74,4
Hipertensión arterial	Si	112	66,3	273	70,5
	No	57	33,7	114	29,5
Infarto de Miocardio	Si	24	14,2	44	11,4
	No	145	85,8	343	88,6

Elaboración propia.

Respecto al estado nutricional, se observó que un 6,5% de los adultos mayores beneficiarios del programa cuidadores se encontraban en un alto riesgo nutricional, y un 18,3% en riesgo moderado. En los hombres fue mayor el porcentaje de riesgo alto (10,7%) respecto al de las mujeres (4,7%), al igual que el riesgo moderado (Figura7).

A. Riesgo nutricional



B. Riesgo nutricional según sexo

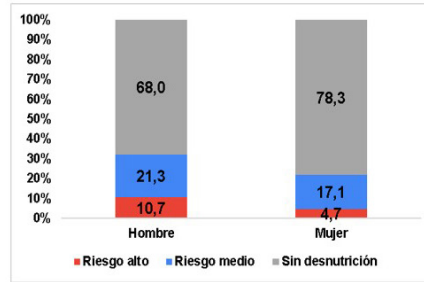


Figura 7. Riesgo nutricional de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo. Elaboración propia

En cuanto al nivel de debilidad muscular de las personas mayores beneficiarias del programa cuidadores, se observó que más de la mitad tenían sarcopenia (77,9%), siendo un poco mayor la frecuencia en hombres (79,9%) respecto a las mujeres (77,0%) (Figura 8).

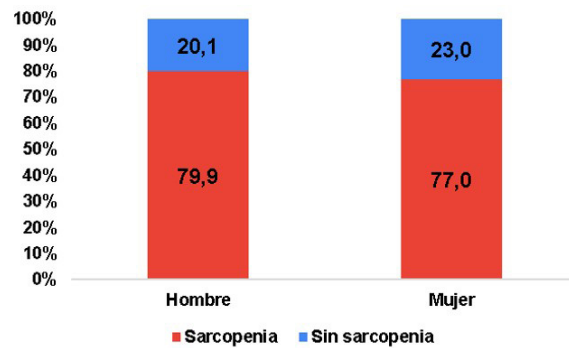


Figura 8. Frecuencia de sarcopenia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo. Elaboración propia

En el caso de la salud oral, se identificó que un 71,6% de los beneficiarios tienen prótesis dental. Esta condición fue más frecuente en mujeres (77,0%) que en los hombres (59,2%) (Figura 9).

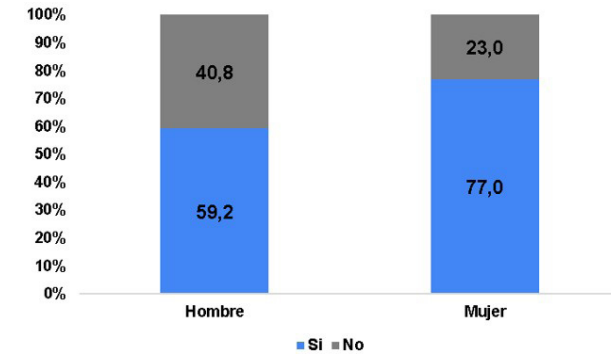
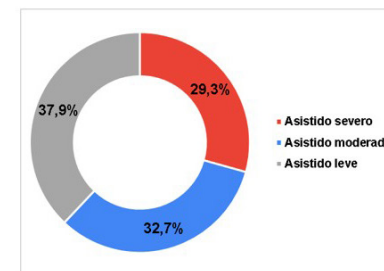


Figura 9. Prótesis dental en beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo. Elaboración propia

6.1.3 Dependencia y necesidad de cuidado de los beneficiarios adultos mayores

Alrededor de la tercera parte de los beneficiarios requieren de asistencia severa (29,3%); de manera similar, el 32,7% tienen asistencia moderada, mientras que un 37,9% requieren asistencia leve (Figura 10A). De acuerdo con el sexo, no se observaron mayores diferencias en los porcentajes de necesidad de asistencia entre hombres y mujeres (Figura 10B).

A. General



B. Según sexo

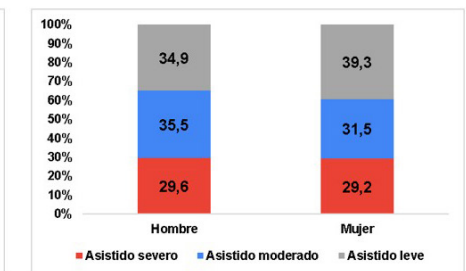


Figura 10. Necesidad de asistencia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, general y según sexo. Elaboración propia

Por tipo de dependencia se observó que un 4,1% de los beneficiarios del programa tenían dependencia física, mientras que la mental fue mayor, estando presente en el 9,0% de los beneficiarios adultos mayores (Figura 11).

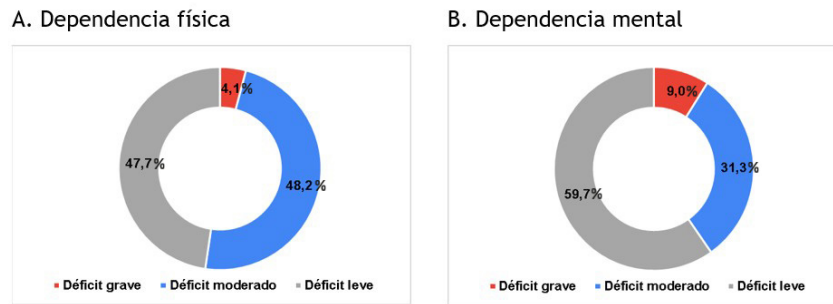


Figura 11. Tipo de dependencia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores. Elaboración propia

De acuerdo con el sexo, se observa que tanto la dependencia física como mental fue más frecuente en hombres. Mientras que en las mujeres el porcentaje de dependencia física fue de 3,6%, en los hombres fue de 5,3%, asimismo, la dependencia mental en las mujeres fue de un 7,8%, y en los hombres fue de un 11,8% (Figura 12).

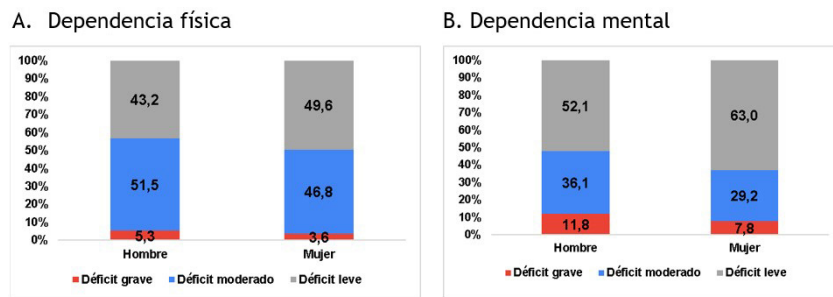
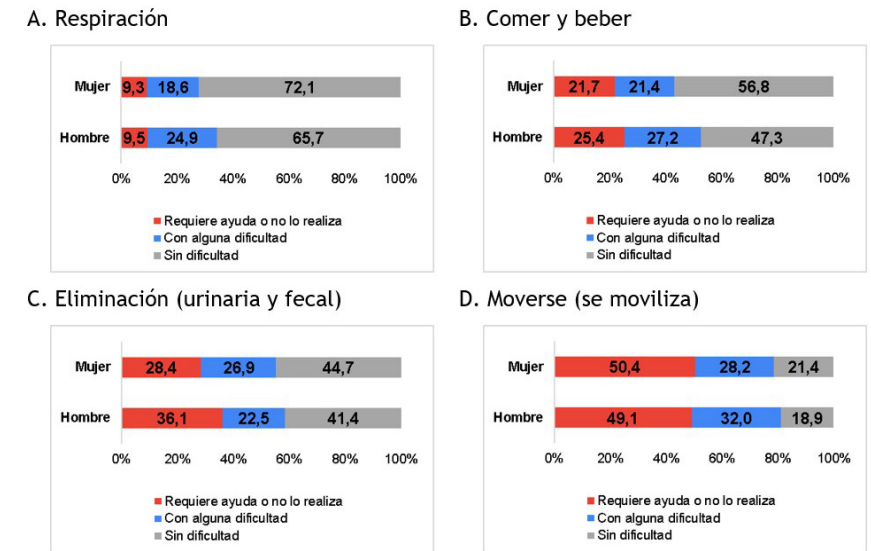


Figura 12. Tipo de dependencia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo. Elaboración propia

Se evaluaron las 14 necesidades de Virginia Henderson. Se identificó que un 9,4% de los beneficiarios del programa cuidadores requerían ayuda para la respiración, siendo muy similar la frecuencia entre hombres y mujeres. Un

22,8% requerían ayuda para comer y beber, siendo mayor la frecuencia de hombres con esta necesidad (25,4%). En cuanto a la eliminación urinaria y fecal, se identificó un alto porcentaje (87,1%) de personas que requieren ayuda o tienen alguna dificultad (30,8% y 56,3% respectivamente). Cerca de la mitad de los beneficiarios requiere ayuda o tienen dificultad para moverse (50,0% y 29,3% respectivamente). De otro lado, casi la mitad de los beneficiarios requieren ayuda para vestirse y desvestirse (46,4%), siendo mayor el porcentaje en los hombres que en las mujeres, y cerca de la mitad de las personas mayores (46,9%) requieren ayuda para bañarse o realizarse su higiene corporal, siendo más frecuente esta situación en hombres (Figura 13).

De otro lado, se identificó que un 18,2% de los beneficiarios mayores, requieren ayuda para dormir, tienen dificultades para el descanso, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Además, un 7,7% requieren ayuda para mantener la temperatura corporal (Figura 13).



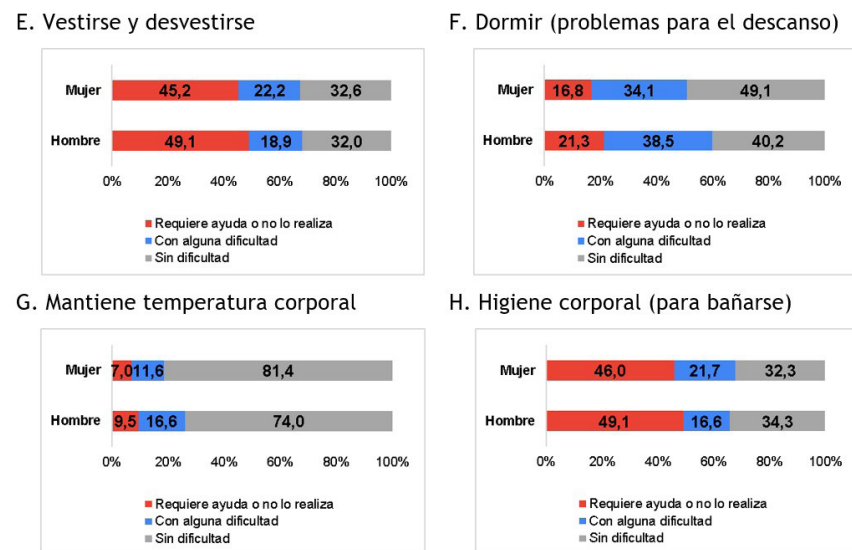


Figura 13. Necesidades de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo, de acuerdo con las 14 necesidades de Virginia Henderson. Elaboración propia

Por otra parte, se observó que un alto porcentaje (33,5%) de beneficiarios con deficiencias en el apoyo social, y un 66,2% con dificultades o necesidad de ayuda para mantener una vida social. Además, un 17,6% requiere ayuda por dificultades para comunicarse y un 27,0% lo hace, pero con dificultad, siendo más frecuente esta situación en los hombres que en las mujeres. También, se identificó un alto porcentaje de beneficiarios (55,4%) que requieren ayuda para realizar actividades recreativas, y un 22,7% las realiza, pero con dificultad, siendo más frecuente esta situación en hombres que en mujeres. Cifras similares se observaron respecto a la participación en actividades de aprendizaje (Figura 14).

El 88,5% de los beneficiarios contaban con un cuidador primario, de los cuales el 85,7% eran cuidadoras mujeres. Además, cerca de la mitad (46,7%) de los cuidadores también son personas mayores de 60 años. En cuanto al parentesco del cuidador, se identificó que la mayoría eran hijos (61,2%).

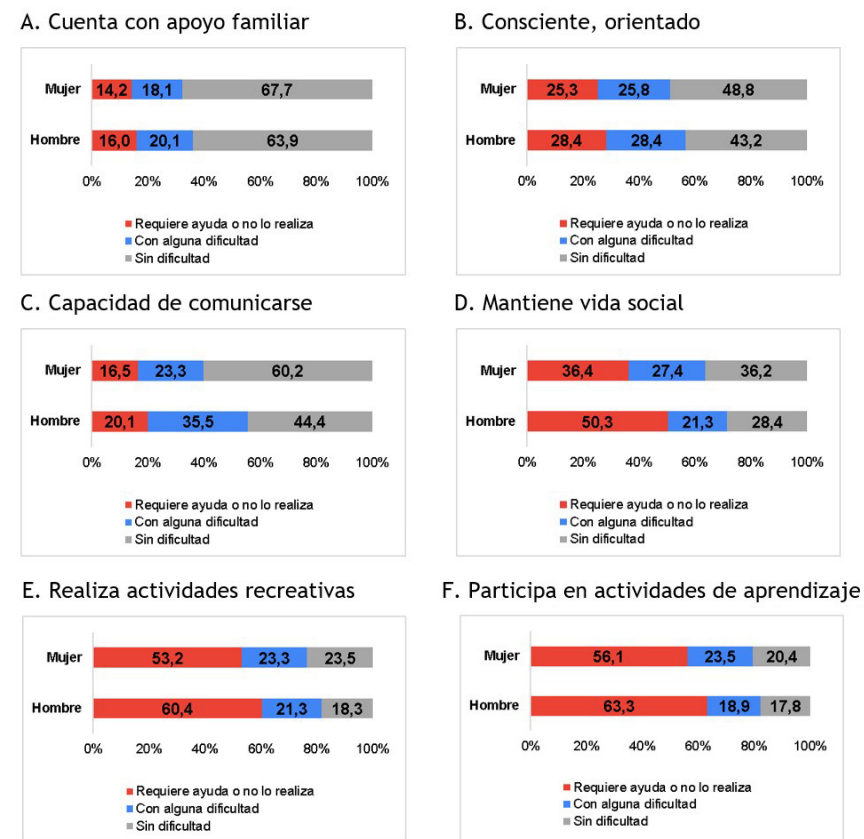


Figura 14. Apoyo social y capacidades de comunicación de adultos mayores del programa cuidadores, según sexo. Elaboración propia

6.1.4 Evaluación sociofamiliar de los beneficiarios adultos mayores

En cuanto al riesgo social del adulto mayor, de acuerdo con aspectos como la situación familiar, se encontró que un 4,5% de los participantes tenían problema social y un 62,1% estaban en riesgo de tenerlo. En las mujeres la frecuencia de problema social fue un poco mayor que en los hombres, pero en general los porcentajes fueron muy similares en ambos sexos (Figura 15).

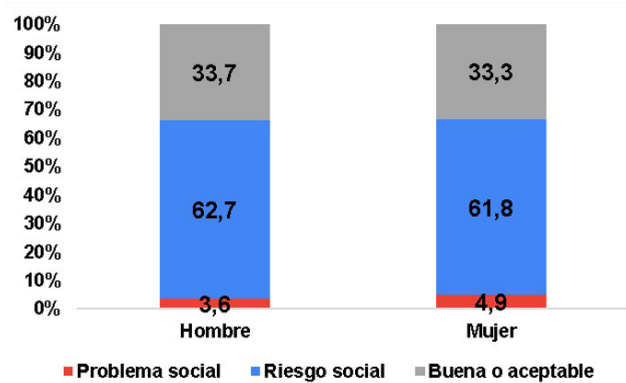


Figura 15. Evaluación sociofamiliar de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo. Elaboración propia

Además, el 36,7% de los beneficiarios adultos mayores conviven con familias disfuncionales, ya sea con disfuncionalidad severa o moderada (11,2% y 25,5% respectivamente). La percepción de disfuncionalidad familiar fue mayor en los hombres (27,5%) que en las mujeres (24,7%) (Figura 16).

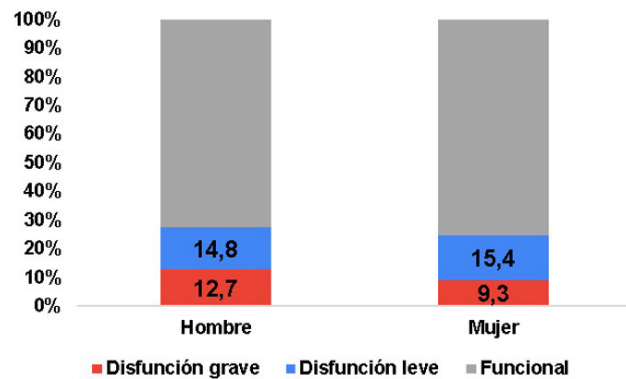


Figura 16. Nivel de funcionamiento familiar de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo. Elaboración propia

La mitad de los participantes (50,2%), era beneficiario del programa de cuidadores en el año anterior. De estos, el 41,5% manifestaron sentirse satisfechos o muy satisfechos con el programa, el 4,5% medianamente satisfechos y un 3,1% insatisfechos (Figura 17).

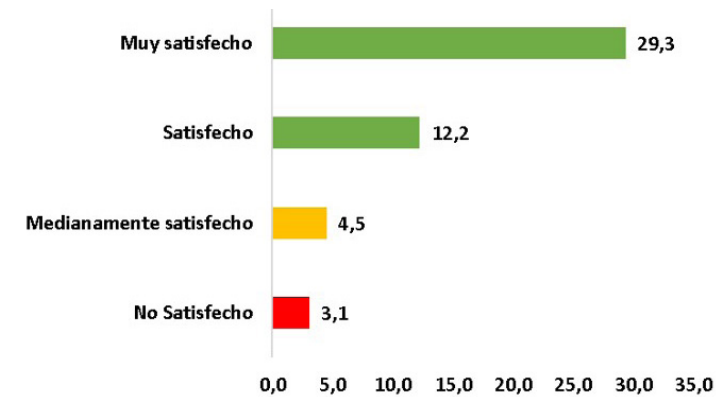


Figura 17. Satisfacción con el programa cuidadores, por parte de los beneficiarios adultos mayores. Elaboración propia

6.1.5 Calidad de vida de los beneficiarios adultos mayores

Se evaluó la calidad de vida de las personas mayores de 60 años beneficiarias del programa cuidadores. Esta medición se hizo tanto para el constructo general de calidad de vida, como para cada una de las seis dimensiones establecidas por la Organización Mundial de la Salud. Los puntajes obtenidos varían en una escala de 0 a 100, donde a mayor puntaje, mayor calidad de vida. En este sentido, se identificó que el puntaje promedio de calidad de vida en los participantes fue de 47,0 (desviación estándar 11,1), donde se encontraron personas con puntajes tan bajos como 13,5. El porcentaje de quienes presentaron mayor puntaje de calidad de vida fue de 81,3.

Se identificó que la dimensión con mayor promedio puntuado fue el de las actividades pasadas, presentes y futuras, el cual fue de 55,7 (desviación estándar 19,5), seguido de la dimensión de intimidad con un promedio de 54,6 (desviación estándar 22,8). Respecto a la participación social, el promedio fue de 48,5 (desviación estándar 20,4). Las dimensiones con promedios más bajos fueron la capacidad sensorial con 44,5 (desviación estándar 17,6), autonomía con 43,5 (desviación estándar 21,0), muerte y agonía con un promedio de 35,3 (desviación estándar 30,1) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los puntajes y dimensiones de calidad de vida de los beneficiarios mayores de 60 años.

Dimensión de calidad de vida	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Capacidad sensorial	12,5	81,3	44,5	17,6
Autonomía	0,0	100,0	43,5	21,0
Actividades pasadas presentes y futuras	6,3	100,0	55,7	19,5
Participación social	0,0	100,0	48,5	20,4
Muerte y agonía	0,0	100,0	35,3	30,1
Intimidad	0,0	100,0	54,6	22,8
Calidad de vida	13,5	81,3	47,0	11,1

Elaboración propia.

A partir del puntaje para cada dimensión, se obtuvo la clasificación de los beneficiarios en muy baja, baja, regular, alta y muy alta calidad de vida. En este sentido, se identificó que la mayoría de los participantes tenían una calidad de vida regular (64,6%) y baja (24,5%). El porcentaje de personas con alta calidad de vida fue de 9,5% y los de muy alta de 0,7% (Figura 18).

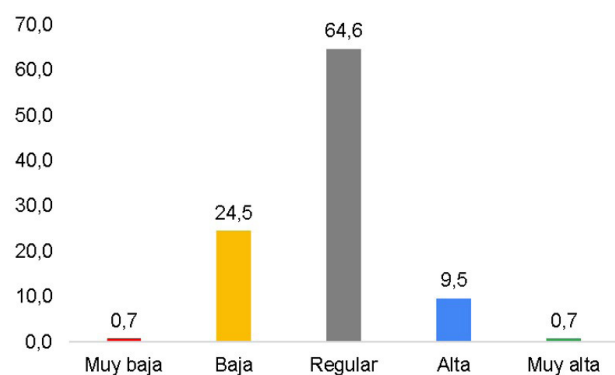


Figura 18. Nivel de calidad de vida de personas mayores beneficiarias del programa cuidadores. Elaboración propia

En los niveles de calidad de vida por dimensión, se identificó que un poco más de la mitad de los participantes tenían una baja y muy baja calidad de vida respecto a muerte y agonía (52,7%). Asimismo, respecto a capacidad sensorial un 44,6% y para autonomía un 40,1% tenían una baja y muy baja calidad de vida. De otro lado, respecto a las actividades pasadas, presentes y futuras se identificó que un 44,9% tenían una alta y muy alta calidad de vida (Figura 19).

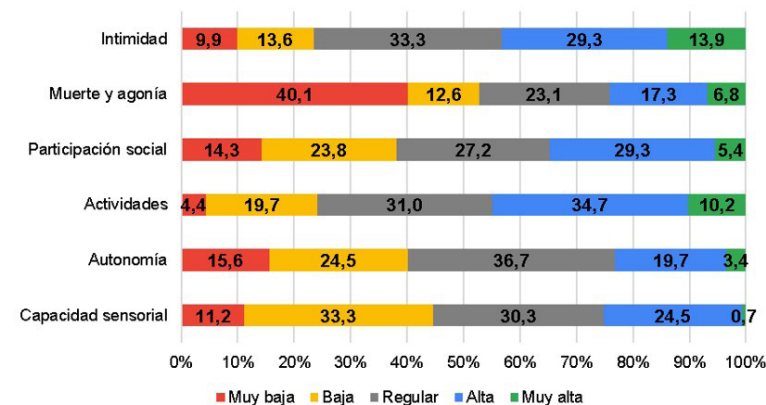


Figura 19. Niveles de calidad de vida para cada dimensión, de los beneficiarios mayores de 60 años del programa cuidadores. Elaboración propia

Se identificó que en los hombres el 2,5% estaban con muy mala calidad de vida, mientras que en las mujeres este porcentaje fue de cero. Sin embargo, hubo un mayor porcentaje de mujeres con baja calidad de vida (26,2%) respecto a los hombres (20,0%). De otro lado, fue mayor el porcentaje de beneficiarios con buena y muy buena calidad de vida en las mujeres (12,2%) respecto a los hombres (5,1%) (Figura 20).

Por dimensión, se observó que, para actividades pasadas, presentes y futuras, hubo un mayor porcentaje de mujeres (45,3%) con buena y muy buena calidad de vida respecto a los hombres (43,8%). En cuanto a la participación social también se observó mayor calidad de vida en mujeres (36,9%) que en hombres (28,8%).

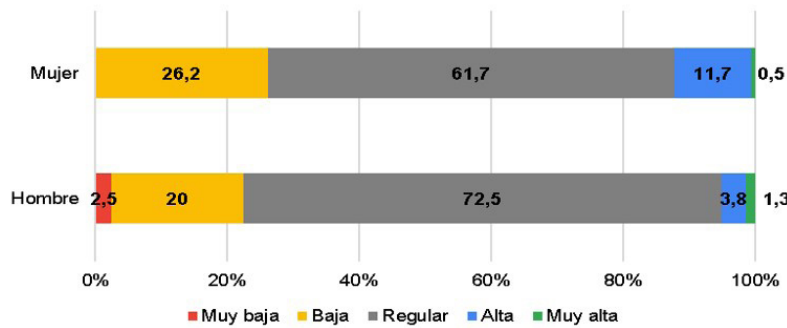
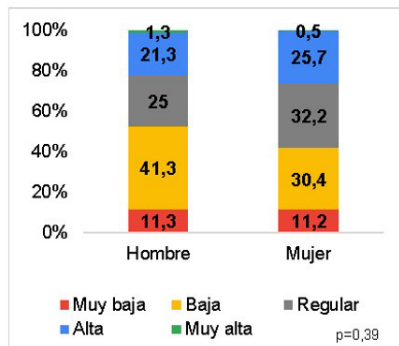


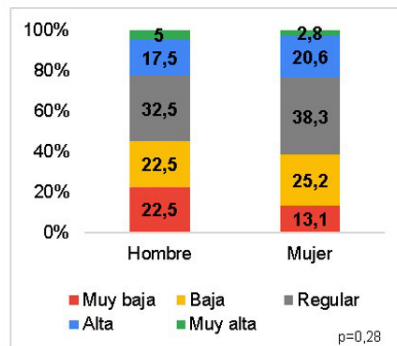
Figura 20. Niveles de calidad de vida, según sexo, en beneficiarios mayores de 60 años del programa cuidadores. Elaboración propia

Situación similar se presentó para las dimensiones capacidad sensorial y autonomía. En cuanto a muerte y agonía, la diferencia porcentual fue mayor y significativa, observándose que un 27,1% de las mujeres tenían buena y muy buena calidad de vida, mientras que en los hombres este porcentaje fue de 16,3% (Figura 21).

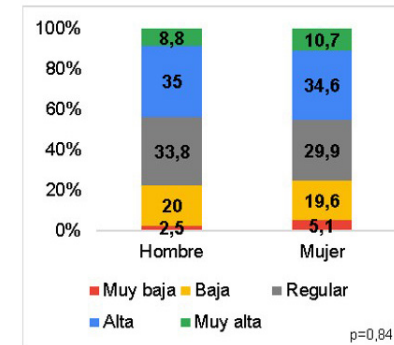
Capacidad sensorial



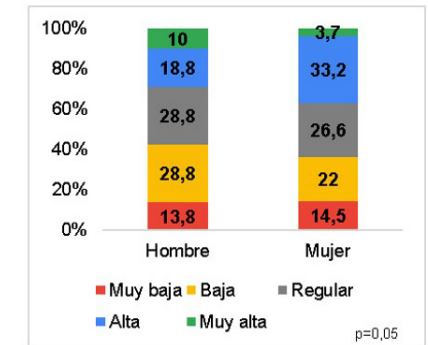
Autonomía



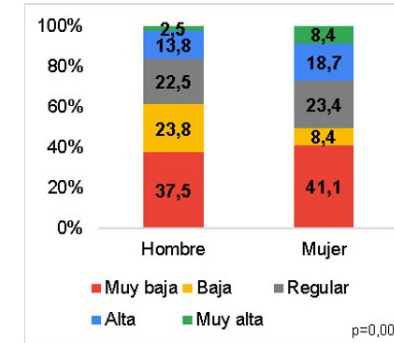
Actividades pasadas, presentes y futuras



Participación social



Muerte y agonía



Intimidad

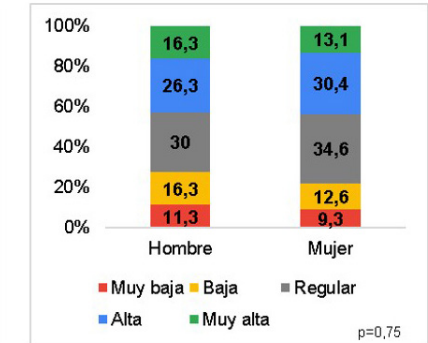


Figura 21. Niveles de las dimensiones de calidad de vida, según sexo, en beneficiarios mayores de 60 años del programa cuidadores. Elaboración propia

Se registró que no hubo diferencias significativas en los niveles de calidad de vida entre las personas con y sin discapacidad. Se identificó, sin embargo, que los porcentajes de alta y muy alta calidad de vida en general fueron mayores en quienes no tenían discapacidad. Asimismo, se halló que los porcentajes positivos fueron mayores en quienes no tenían discapacidad, para las dimensiones de autonomía, participación social, muerte y agonía e intimidad. Contrario a esto, se observó que, para las dimensiones de capacidad sensorial y actividades pasadas, presentes y futuras, los porcentajes de alta calidad de vida fueron mayores en quienes presentaban algún tipo de discapacidad (Tabla 4).

Tabla 4. Niveles de calidad de vida para cada dimensión, según discapacidad, de los beneficiarios mayores de 60 años del programa cuidadores.

Calidad de vida y dimensiones	Discapacidad				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Calidad de vida					
Muy baja	1	0,5	1	1,1	
Baja	53	25,9	19	21,3	
Regular	132	64,4	58	65,2	0,586
Alta	17	8,3	11	12,4	
Muy alta	2	1,0	0	0,0	
Capacidad sensorial					
Muy baja	23	11,2	10	11,2	
Baja	72	35,1	26	29,2	0,571
Regular	57	27,8	32	36,0	
Alta	51	24,9	21	23,6	
Muy alta	2	1,0	0	0,0	
Autonomía					
Muy baja	38	18,5	8	9,0	
Baja	54	26,3	18	20,2	0,124
Regular	69	33,7	39	43,8	
Alta	38	18,5	20	22,5	
Muy alta	6	2,9	4	4,5	
Actividades pasadas, presentes y futuras					
Muy baja	12	5,9	1	1,1	
Baja	37	18,0	21	23,6	
Regular	58	28,3	33	37,1	0,123
Alta	77	37,6	25	28,1	
Muy alta	21	10,2	9	10,1	
Participación social					
Muy baja	30	14,6	12	13,5	
Baja	51	24,9	19	21,3	
Regular	56	27,3	24	27,0	0,770
Alta	59	28,8	27	30,3	
Muy alta	9	4,4	7	7,9	

Calidad de vida y dimensiones	Discapacidad				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Muerte y agonía					
Muy baja	84	41,0	34	38,2	
Baja	31	15,1	6	6,7	0,070
Regular	49	23,9	19	21,3	
Alta	29	14,1	22	24,7	
Muy alta	12	5,9	8	9,0	
Intimidad					
Muy baja	21	10,2	8	9,0	
Baja	26	12,7	14	15,7	
Regular	74	36,1	24	27,0	0,247
Alta	53	25,9	33	37,1	
Muy alta	31	15,1	10	11,2	

Elaboración propia.

Respecto al tipo de discapacidad, se observó que en quienes tenían discapacidad cognitiva, la calidad de vida en general fue buena y muy buena en un 4,3%, variando significativamente ($p=0,027$) frente a quienes no presentaban discapacidad (11,4%). Entre quienes tenían alguna discapacidad sensorial, un 9,0% tenían una alta calidad de vida y en quienes tenían alguna discapacidad física se observó un 10,2% de beneficiarios con alta y muy alta calidad de vida. Se observó que la clasificación de calidad de vida respecto a autonomía varió significativamente ($p=0,006$) según discapacidad cognitiva, observándose un menor porcentaje de personas con alta y muy alta calidad de vida en quienes tenían este tipo de discapacidad. De igual forma, se evidenciaron diferencias significativas ($p=0,041$) en la clasificación de calidad de vida relacionada con la intimidad, de acuerdo con la discapacidad sensorial (Tabla 5).

Tabla 5. Niveles de calidad de vida para cada dimensión, según discapacidad, de los beneficiarios mayores de 60 años del programa cuidadores.

Calidad de vida y dimensiones	Cognitiva				Sensorial				Física			
	Si		No		Si		No		Si		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Calidad de vida												
Muy baja	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,6	0	0,0
Baja	26	37,1	26	19,8	16	20,5	35	29,2	42	24,0	11	37,9
Regular	40	57,1	90	68,7	55	70,5	73	60,8	114	65,1	17	58,6
Alta	3	4,3	13	9,9	7	9,0	9	7,5	16	9,1	1	3,4
Muy alta	0	0,0	2	1,5	0	0,0	2	1,7	2	1,1	0	0,0
Capacidad sensorial												
Muy baja	6	8,6	17	13,0	6	7,7	16	13,3	21	12,0	2	6,9
Baja	22	31,4	49	37,4	26	33,3	45	37,5	60	34,3	12	41,4
Regular	21	30,0	35	26,7	21	26,9	34	28,3	52	29,7	5	17,2
Alta	20	28,6	29	22,1	24	30,8	24	20,0	40	22,9	10	34,5
Muy alta	1	1,4	1	0,8	1	1,3	1	0,8	2	1,1	0	0,0
Autonomía												
Muy baja	21	30,0	15	11,5	17	21,8	19	15,8	30	17,1	8	27,6
Baja	21	30,0	32	24,4	16	20,5	36	30,0	47	26,9	7	24,1
Regular	16	22,9	52	39,7	29	37,2	37	30,8	56	32,0	12	41,4
Alta	10	14,3	28	21,4	14	17,9	24	20,0	36	20,6	2	6,9
Muy alta	2	2,9	4	3,1	2	2,6	4	3,3	6	3,4	0	0,0
Actividades pasadas, presentes y futuras												
Muy baja	7	10,0	5	3,8	4	5,1	8	6,7	9	5,1	3	10,3
Baja	17	24,3	19	14,5	15	19,2	20	16,7	29	16,6	8	27,6
Regular	19	27,1	37	28,2	18	23,1	37	30,8	47	26,9	10	34,5
Alta	24	34,3	52	39,7	33	42,3	43	35,8	70	40,0	7	24,1
Muy alta	3	4,3	18	13,7	8	10,3	12	10,0	20	11,4	1	3,4
Participación social												
Muy baja	15	21,4	15	11,5	13	16,7	17	14,2	26	14,9	4	13,8
Baja	20	28,6	30	22,9	22	28,2	28	23,3	42	24,0	9	31,0
Regular	15	21,4	39	29,8	19	24,4	34	28,3	46	26,3	10	34,5
Alta	18	25,7	41	31,3	21	26,9	36	30,0	53	30,3	5	17,2
Muy alta	2	2,9	6	4,6	3	3,8	5	4,2	8	4,6	1	3,4

Calidad de vida y dimensiones	Cognitiva				Sensorial				Física			
	Si		No		Si		No		Si		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muerte y agonía												
Muy baja	35	50,0	47	35,9	30	38,5	50	41,7	71	40,6	12	41,4
Baja	11	15,7	20	15,3	11	14,1	19	15,8	27	15,4	4	13,8
Regular	17	24,3	32	24,4	20	25,6	29	24,2	41	23,4	8	27,6
Alta	5	7,1	22	16,8	14	17,9	13	10,8	24	13,7	5	17,2
Muy alta	2	2,9	10	7,6	3	3,8	9	7,5	12	6,9	0	0,0
Intimidad												
Muy baja	9	12,9	12	9,2	7	9,0	14	11,7	18	10,3	3	10,3
Baja	7	10,0	19	14,5	17	21,8	9	7,5	20	11,4	6	20,7
Regular	30	42,9	42	32,1	24	30,8	48	40,0	62	35,4	12	41,4
Alta	13	18,6	38	29,0	16	20,5	32	26,7	45	25,7	7	24,1
Muy alta	11	15,7	20	15,3	14	17,9	17	14,2	30	17,1	1	3,4

Elaboración propia.

Respecto al grupo de edad del beneficiario no se observaron diferencias significativas en la clasificación de la calidad de vida. Es así como la mayoría de los participantes, independientemente de su edad, tenían regular calidad de vida. Los mayores porcentajes de altos niveles de calidad de vida se evidenciaron en quienes tenían entre 70 y 79 años (15,9%) (Figura 22).

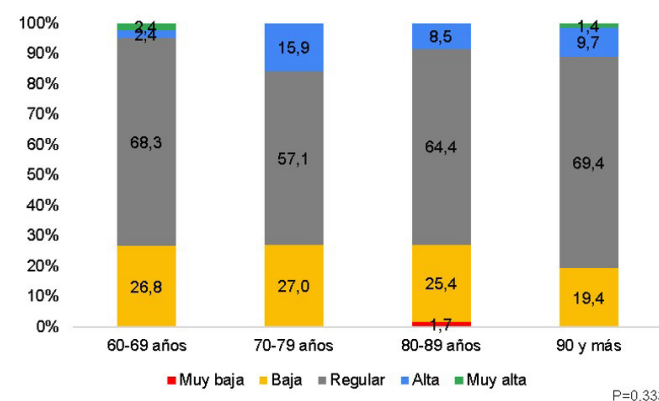


Figura 22. Niveles de calidad de vida, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años. Elaboración propia

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de calidad de vida relacionado con la capacidad sensorial ($p=0,013$). En este sentido, se observó que, a mayor edad, mayor porcentaje de alta calidad de vida relacionada con la capacidad sensorial, observándose el mayor porcentaje en quienes tenían 90 años y más (40,3%). Por el contrario, en los beneficiarios entre los 60 y los 69 años, y en los de 70 a 79 años, hubo altos porcentajes de baja calidad de vida (Figura 23).

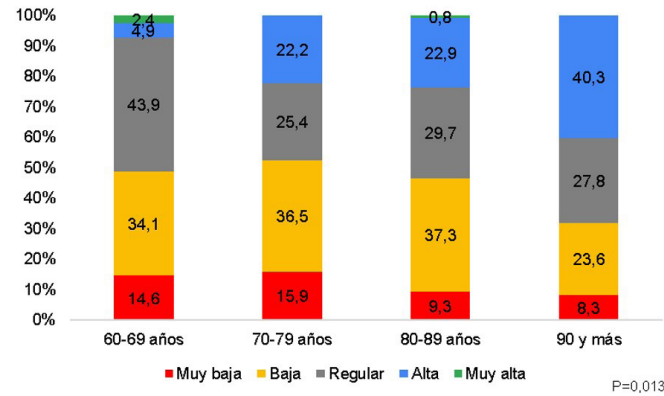


Figura 23. Niveles de calidad de vida relacionada con la capacidad sensorial, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años. Elaboración propia

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la autonomía, contrario a lo anterior, se observó que los mayores porcentajes de buena y muy buena calidad de vida se presentaron en quienes tenían entre 60 y 79 años, mientras que en las personas de 90 años y más, hubo un alto porcentaje de beneficiarios con muy mala calidad de vida relacionada con la autonomía (26,4%). Sin embargo, estas variaciones no fueron estadísticamente significativas (Figura 24).

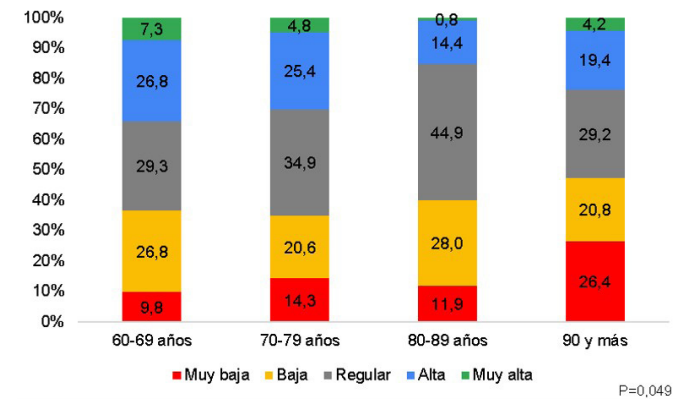


Figura 24. Niveles de calidad de vida relacionada con la autonomía, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años. Elaboración propia

Frente a la calidad de vida relacionada con las actividades pasadas, presentes y futuras, se identificó que en quienes tenían menos de 79 años, hubo mayores porcentajes de beneficiarios con baja y muy baja calidad de vida. En este sentido, los mayores porcentajes de calidad de vida alta, se presentaron en las personas mayores de 90 años (Figura 25).

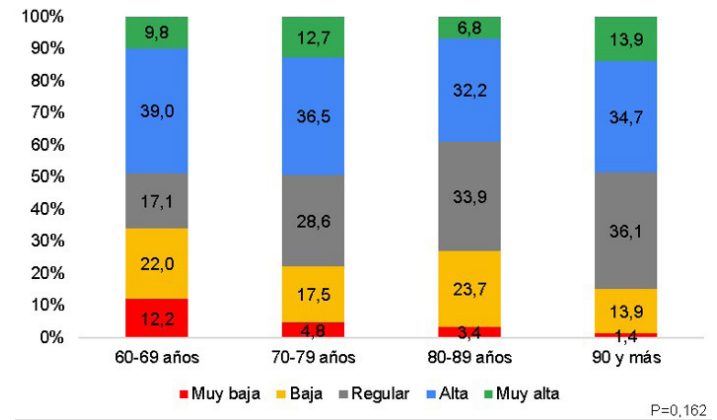


Figura 25. Niveles de calidad de vida relacionada con las actividades pasadas, presentes y futuras, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años. Elaboración propia

Respecto a la calidad de vida relacionada con la participación social, se observó que las personas entre los 70 y 79 años tuvieron mayores porcentajes de alta y muy alta calidad de vida, asimismo los mayores de 90 años. Un alto porcentaje de personas entre los 60 y 69 años tenían baja (22,0%) y muy baja (17,1%) calidad de vida (Figura 26).

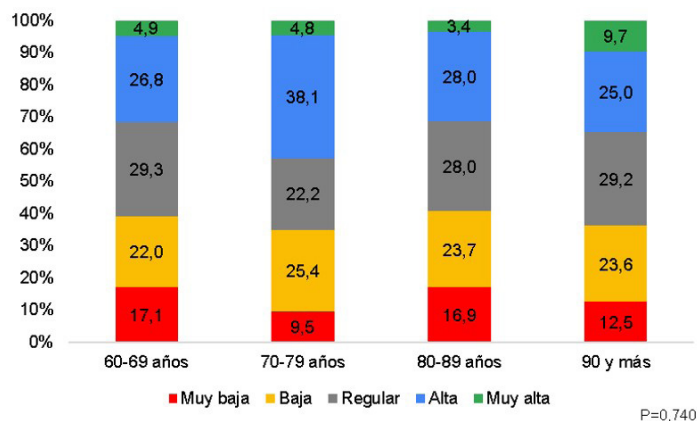


Figura 26. Niveles de calidad de vida relacionada con la participación social, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años. Elaboración propia

En lo relacionado con muerte y agonía, fueron altos los porcentajes de personas con baja y muy baja calidad de vida para todas las edades, sin embargo, estos fueron mayores en quienes estaban entre los 80 y los 89 años. Asimismo, es importante resaltar que, frente a esta dimensión, hubo un bajo porcentaje de personas mayores de 90 años con alta y muy alta calidad de vida (Figura 27).

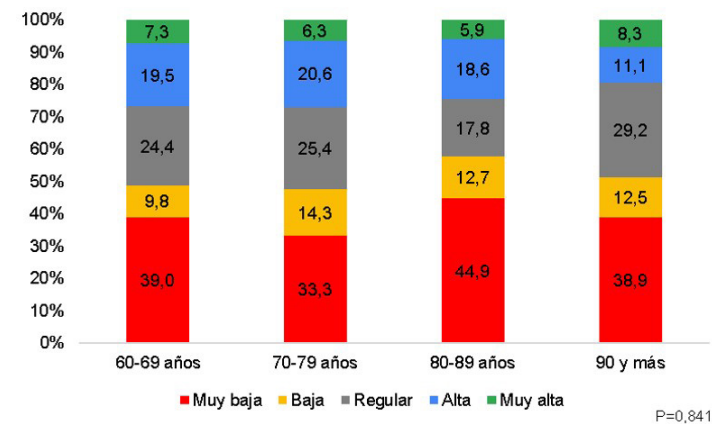


Figura 27. Niveles de calidad de vida relacionada con muerte y agonía, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años. Elaboración propia

En cuanto a la intimidad, se observó que, a mayor edad, mayor porcentaje de personas con alta y muy alta calidad de vida, en este sentido, cerca de la mitad de las personas mayores de 90 años tuvieron buena calidad de vida respecto a su intimidad. Mientras que los mayores porcentajes de baja y muy baja calidad de vida se presentaron en los menores de 79 años (Figura 28).

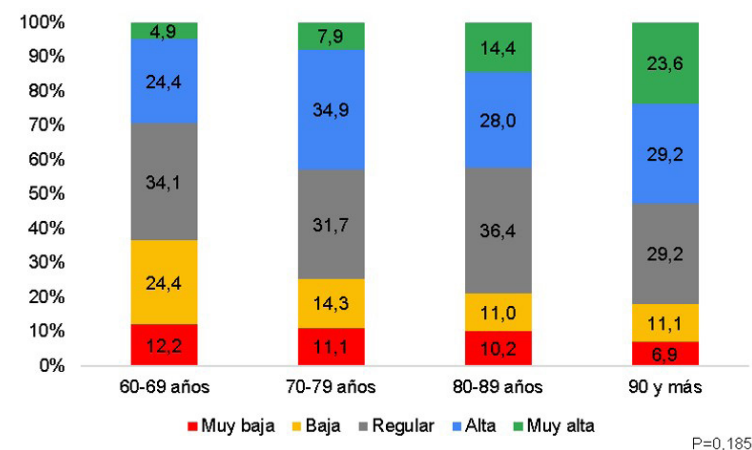


Figura 28. Niveles de calidad de vida relacionada con la intimidad, según grupo de edad, de los beneficiarios del programa cuidadores mayores de 60 años. Elaboración propia

6.1.6 Perfil de calidad de vida

Se observó que las personas con baja calidad de vida respecto a las dimensiones de participación social y actividades pasadas, presentes y futuras, eran principalmente hombres o beneficiarios entre 80 y 89 años. De otro lado, se identificó un perfil representado por mujeres con baja calidad de vida para la dimensión sensorial. Además, se registró un perfil en el que se ubicaron personas con alta calidad de vida respecto a la participación social y las actividades pasadas, presentes y futuras. En relación con la alta calidad de vida para todas las dimensiones, llama la atención que no hubo un perfil configurado a partir de esta característica, como se observa en el gráfico (Figura 29).

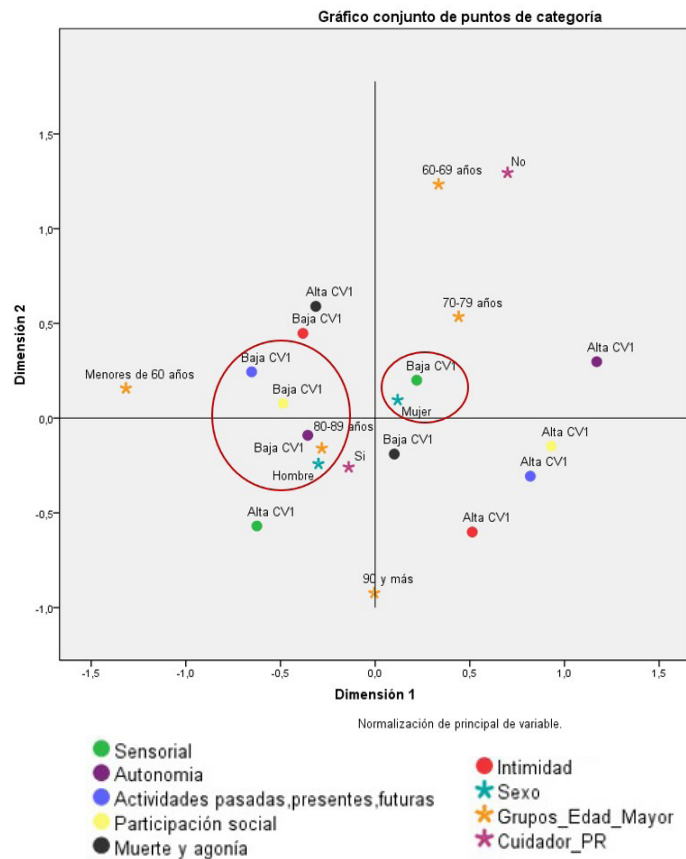


Figura 29. Perfil de calidad de vida de los sujetos de cuidado mayores de 60 años beneficiarios del programa cuidadores de Envigado. Elaboración propia

6.1.7 Factores asociados a la alta calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del programa cuidadores

Se encontró que de las características de las personas mayores la única que se asoció a la alta calidad de vida fue el no tener cuidador. En este sentido, se identificó que los beneficiarios sin cuidador tuvieron una probabilidad dos veces mayor de tener una alta calidad de vida (OR=2,9; IC95 % 1,256 - 6,627). Se observó también que, a pesar de no tener asociación significativa, la probabilidad de alta calidad de vida fue dos veces mayor en las mujeres respecto a los hombres (OR=2,4; IC95 % 0,887 - 7,783), en quienes no tenían discapacidad cognitiva respecto a quienes sí (OR=2,9 IC95 % 0,807 - 10,341), y en quienes no tenían enfermedad renal respecto a quienes sí (OR=2,7; IC95 % 0,626 - 11,862) (Tabla 6).

Tabla 6. Características asociadas a la alta calidad de vida de las personas sujetos de cuidado mayores de 60 años, beneficiarios del programa cuidadores Envigado.

Característica	OR crudo	IC95%	Valor de p
Edad			
Menores de 60 años	1		
60-69 años	3,7	0,763 - 17,747	0,105
70-79 años	1,8	0,379 - 8,607	0,458
80-89 años	2,4	0,492 - 12,071	0,275
90 y más			
Sexo			
Hombre	1		
Mujer	2,6	0,887 - 7,783	0,081
Discapacidad			
Si	1		
No	1,4	0,628 - 3,037	0,423
Discapacidad cognitiva			
Si	1		
No	2,9	0,807 - 10,341	0,103
Discapacidad sensorial			
Si			
No	1,0	0,379 - 2,765	0,963

Característica	OR crudo	IC95%	Valor de p
Discapacidad física			
Si			
No	0,3	0,04 - 2,428	0,266
Tiene cuidador primario			
Si	1		
No	2,9	1,256 - 6,627	0,013
Cáncer			
Si			
No	0,7	0,275 - 1,858	0,490
Hipertensión arterial			
Si	1		
No	0,6	0,226 - 1,461	0,245
Enfermedad renal			
Si	1		
No	2,7	0,626 - 11,862	0,182

Elaboración propia.

Con el modelo ajustado se identificó que la fuerza de asociación entre no tener cuidador y la alta calidad de vida aumentó, siendo tres veces mayor la probabilidad de calidad de vida en los adultos mayores que no tenían cuidador (OR ajustado = 3,71; IC95% 1,079 - 12,767). Siendo esta la característica que mejor explica la calidad de vida de los sujetos de cuidado, esto posiblemente asociado a que las personas sin cuidador tienen una menor dependencia (Tabla 7).

Tabla 7. Características que explican la calidad de vida de las personas mayores sujeto de cuidado, beneficiarios del programa cuidadores de Envigado. Modelo ajustado.

Característica	OR crudo	IC95%	p	OR ajustado	IC95%	p
Edad						
60-69 años	1					
70-79 años	3,68	0,763 - 17,747	0,105	1,80	0,29 - 11,199	0,527
80-89 años	1,81	0,379 - 8,607	0,458	1,68	0,286 - 9,842	0,567
90 y más	2,44	0,492 - 12,071	0,275	2,49	0,369 - 16,836	0,348

Característica	OR crudo	IC95%	p	OR ajustado	IC95%	p
Sexo						
Hombre	1					
Mujer	2,63	0,887 - 7,783	0,081	1,51	0,394 - 5,806	0,547
Discapacidad cognitiva						
Si	1					
No	2,89	0,807 - 10,341	0,103	2,18	0,574 - 8,283	0,252
Tiene cuidador primario						
Si	1					
No	2,89	1,256 - 6,627	0,013	3,71	1,079 - 12,767	0,037
Hipertensión arterial						
Si	1					
No	0,58	0,226 - 1,461	0,245	0,40	0,101 - 1,562	0,186
Enfermedad renal						
Si	1					
No	2,72	0,626 - 11,862	0,182	4,00	0,476 - 33,604	0,202

Elaboración propia.

6.2 Beneficiarios menores de 60 años

6.2.1. Características sociodemográficas de los beneficiarios menores de 60 años

Dentro del programa se tienen un total de 77 usuarios con una edad menor de 60 años, predominando el sexo femenino con 59,7% (Figura 30A). El 85% de los usuarios se encuentran sin pareja, la mayoría porque su estado civil es soltero (80,5%) (Figura 30B). Al realizar el cruce entre el sexo y el grupo de edad, se observa alta un alto porcentaje de 32,3% en el sexo femenino entre los 55 – 59 años.

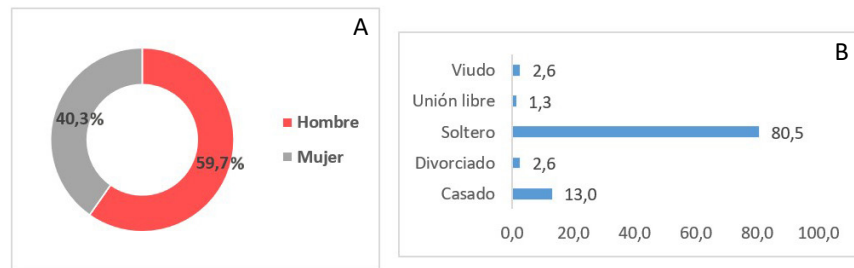


Figura 30. Sexo (A) y estado civil (B) de los usuarios menores de 60 años del programa cuidadores. Elaboración propia

Con respecto al soporte económico que tienen los usuarios, se encontró que el 27,3% recibe apoyo económico de otras personas o entidades. De otro lado, figuran los usuarios que tienen soporte económico por parte de la mamá con un 24,7%, además, solo un 3,9% recibe soporte de algún hijo (Figura 31).

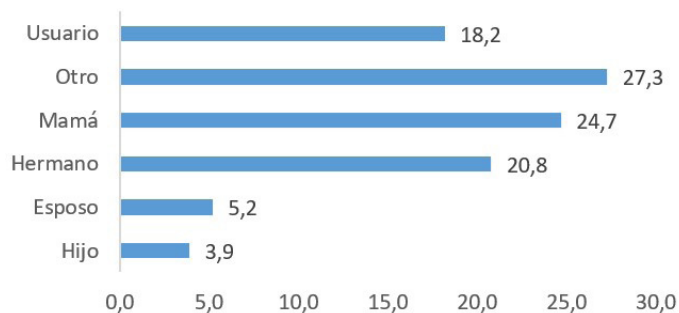


Figura 31. Parentesco con la persona que le da soporte económico a los beneficiarios menores de 60 años. Elaboración propia

De acuerdo con los datos de permanencia del programa del año anterior, se encontró que el 53,2% de los beneficiarios había pertenecido, y el 26% de ellos habían quedado muy satisfechos con el cuidador del programa.

El 94,8% de los usuarios menores de 60 años contaban con cuidador primario, de ellos el 84,4% eran cuidadores hombres, además, alrededor del 6% son menores de 60 años (Figura 32).

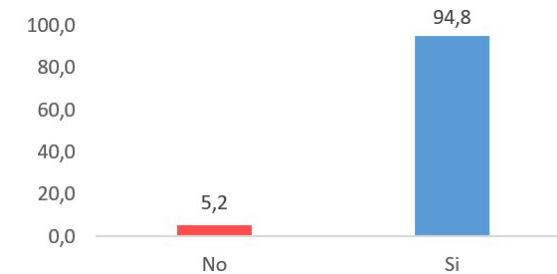
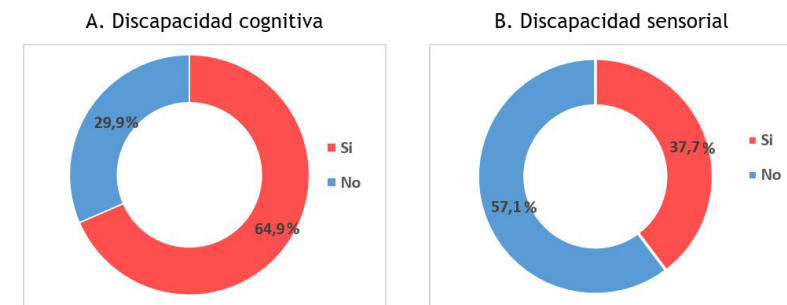


Figura 32. Distribución porcentual de los usuarios que cuentan con cuidador primario. Elaboración propia

6.2.2. Características de salud física y mental de los beneficiarios menores de 60 años

De los beneficiarios menores de 60 años se encontró que el 96,1% presentan alguna discapacidad, al hacer el análisis, la más frecuente es la discapacidad física con un 79,2%, siguiéndole la cognitiva con un 64,9%, la que presenta menor frecuencia es la adquirida con un 26,0% (Figura 33).



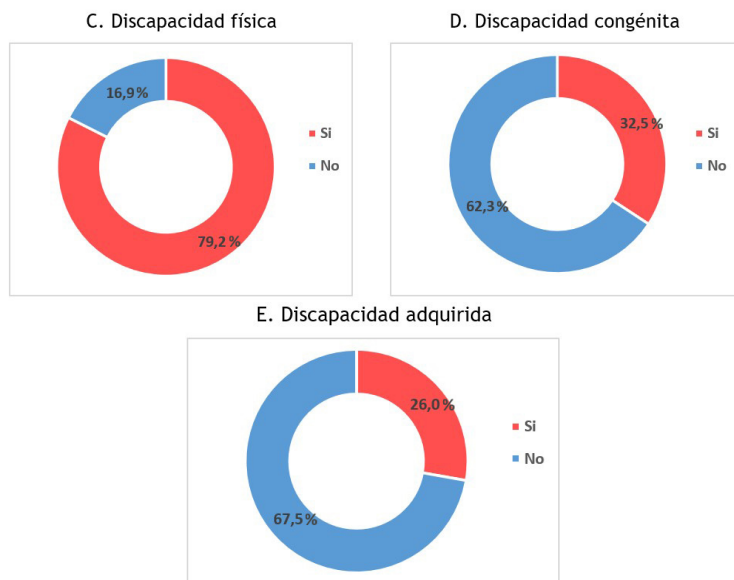


Figura 33. Discapacidad de beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores. Elaboración propia

Según el sexo, se observa que hay resultados similares, sin embargo, en el tipo de discapacidad congénita, el porcentaje en los hombres es de 27,90%, y en las mujeres este es mayor con un 43,30% (Tabla 8).

Tabla 8. Discapacidad de beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores, según sexo.

Sexo	Discapacidad	Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
	Si	30	69,80	20	66,70
	No	13	30,20	10	33,30
	Si	18	41,90	11	36,70
	No	25	58,10	19	63,30
	Si	35	79,50	26	86,70
	No	9	20,50	4	13,30
	Si	12	27,90	13	43,30
	No	31	72,10	17	56,70
	Si	14	33,30	6	20,00

Elaboración propia.

Se analizaron los antecedentes de enfermedades de cada uno de los usuarios, y se encontró un mayor porcentaje en la categoría de epilepsia con un 36,4%, seguido de las demencias con 16,9% y solo el 1,3% de los usuarios presentan antecedentes de cáncer (Figura 34).

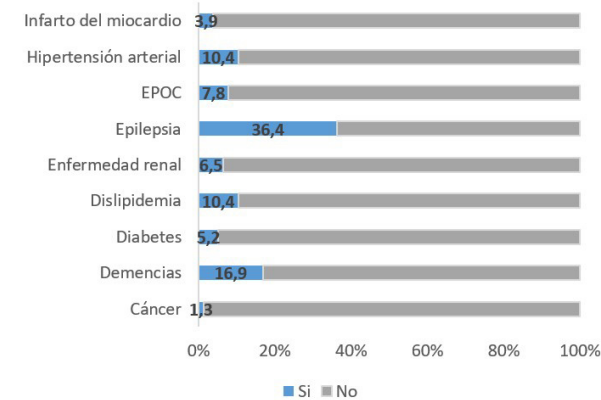


Figura 34. Antecedentes de enfermedad de los menores de 60 años beneficiarios del programa cuidadores. Elaboración propia

Se observó que los porcentajes de hombres y mujeres beneficiarios con antecedentes de cáncer fue similar, al igual que las demencias, la diabetes, enfermedad renal y EPOC. Contrario a lo anterior, el porcentaje de beneficiarios hombres con dislipidemia, fue mayor (13,0%) que el de las mujeres, asimismo, el porcentaje de infarto de miocardio, por otro lado, la epilepsia y la hipertensión fueron más frecuentes en las mujeres (Tabla 9).

Tabla 9. Antecedentes de enfermedad de beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores, según sexo.

Antecedentes		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
Cáncer	Si	0	0,00	1	3,20
	No	46	100,00	30	96,80
Demencias	Si	8	17,40	5	16,10
	No	38	82,60	26	83,90
Diabetes	Si	2	4,30	2	6,50
	No	44	95,70	29	93,50

Antecedentes		Hombre		Mujer	
		n	%	n	%
Dislipidemia	Si	6	13,00	2	6,50
	No	40	87,00	29	93,50
Enfermedad Renal	Si	3	6,50	2	6,50
	No	43	93,50	29	93,50
Epilepsia	Si	15	32,60	13	41,90
	No	31	67,40	18	58,10
EPOC	Si	4	8,70	2	6,50
	No	42	91,30	29	93,50
Hipertensión Arterial	Si	4	8,70	4	12,90
	No	42	91,30	27	87,10
Infarto Miocardio	Si	3	6,50	0	0,00
	No	43	93,50	31	100,00

Elaboración propia.

Se analizó la tamización nutricional de estos usuarios por medio de la herramienta Ferguson, se evidencia que, en ambos sexos, predomina la categoría sin desnutrición, no obstante, en los hombres un 4,30% presentan riesgo alto a desnutrición. Del total de menores de 60 años se observa que el 83,1% se encuentra sin desnutrición (Figura 35).

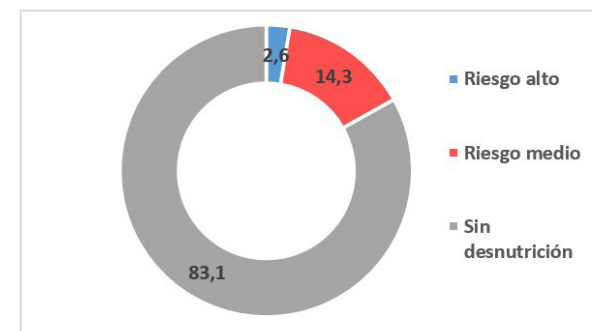
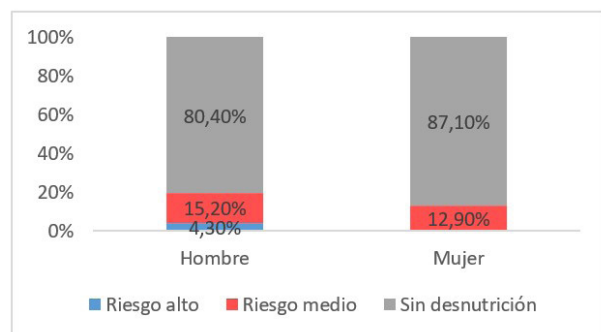


Figura 35. Riesgo nutricional de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo. Elaboración propia

Llama la atención en los resultados que, en las personas dependientes menores de 60 años, la frecuencia de sarcopenia fue del 77,9%. Esta condición fue mayor en las mujeres que en los hombres (Figura 36).

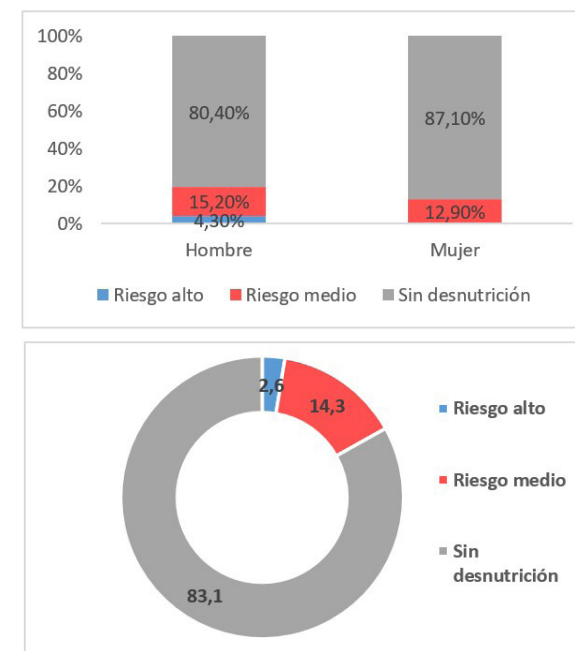


Figura 36. Frecuencia de sarcopenia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, según sexo. Elaboración propia

6.2.3. Dependencia y necesidad de cuidado de los beneficiarios menores de 60 años

Mediante el Test Delta se puede medir la dependencia del usuario indicando la necesidad de cuidado, el origen físico y psíquico de esa dependencia, de acuerdo con este, se encontró que el 49,4% requería asistencia severa, contrario a lo que sucede con la dependencia física, pues en este caso predomina el déficit moderado con 51,9% y 37,7% respectivamente, en cuanto a la dependencia psíquica predominó el déficit leve con 41,6% (Figura 37).

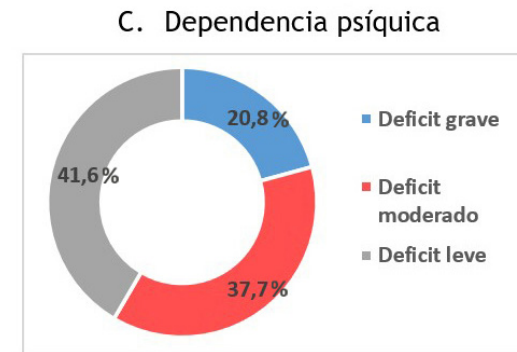
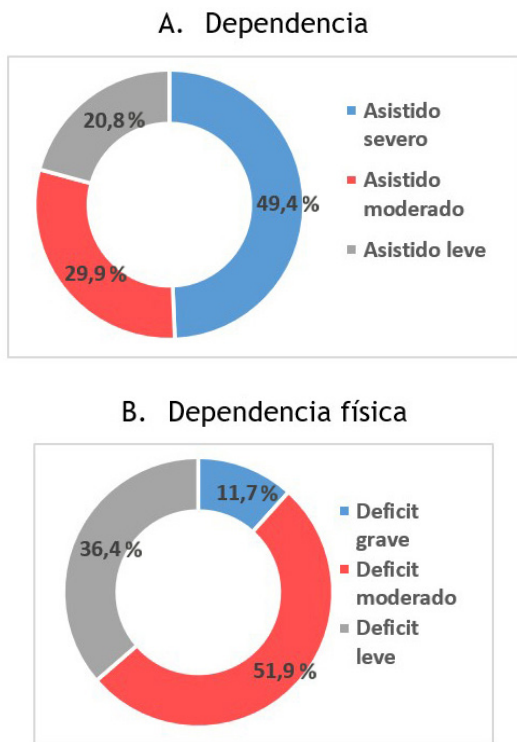


Figura 37. Necesidad de asistencia de los beneficiarios adultos mayores del programa cuidadores, general y según sexo. Elaboración propia

Se evaluaron las 14 necesidades de Virginia Henderson, y se encontró una alta prevalencia de usuarios que requieren ayuda para la higiene corporal y la movilización en un 71,4%, siguiéndole la necesidad de recibir ayuda para vestirse y desvestirse con 64,9%. El 9,1% requiere ayuda para poder respirar correctamente (Figura 38).

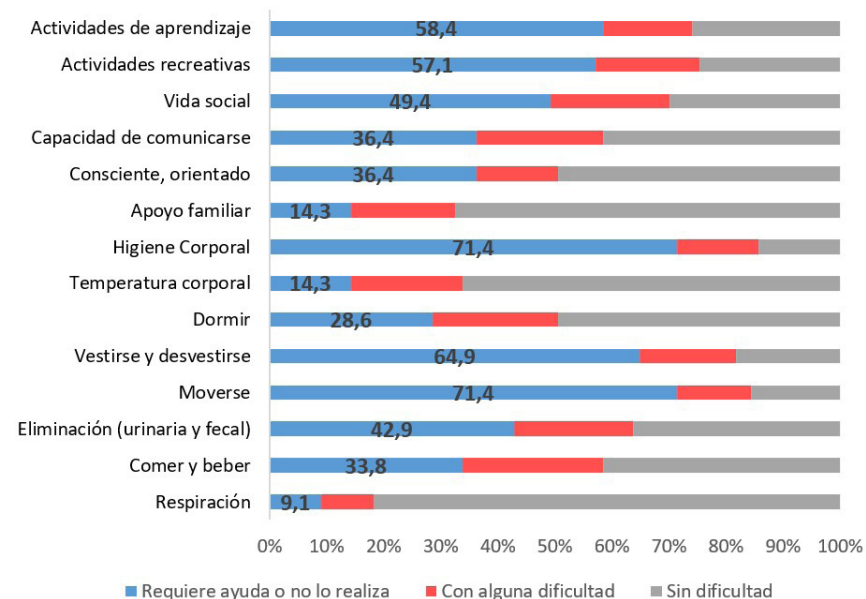


Figura 38. Necesidades de los beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores, de acuerdo con las 14 necesidades. Elaboración propia

6.2.4. Evaluación sociofamiliar de los beneficiarios menores de 60 años

De acuerdo con la valoración sociofamiliar que permite evaluar el riesgo social del adulto mayor, se encontró que en hombres y mujeres predomina el riesgo social con 58,70% y 48,40%, respectivamente. En general, se halló que un 54,5% presenta riesgo social, y solo un 13,0% presenta problema social (Figura 39).

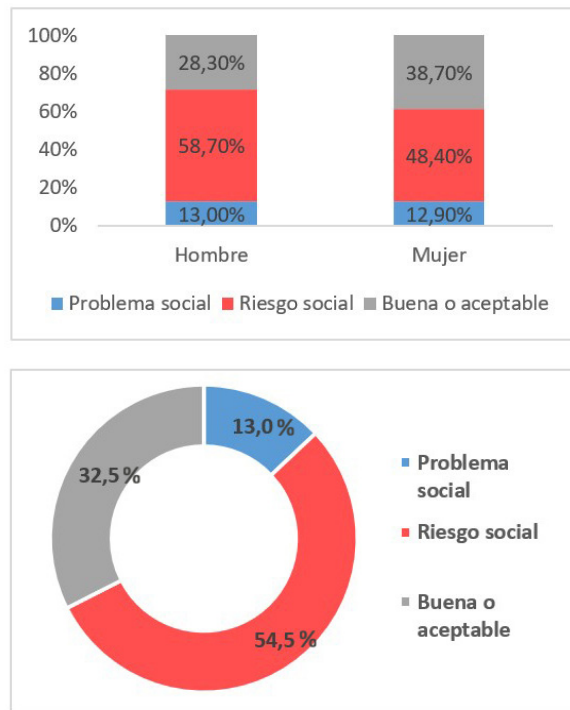


Figura 39. Evaluación sociofamiliar de los beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores, según sexo. Elaboración propia

Para evaluar el nivel de funcionalidad familiar como un recurso para sus integrantes o, por el contrario, como una influencia negativa en su situación de salud, se aplicó el APGAR familiar, el cual arrojó que el 80,5% se encuentra en la categoría funcional y tan solo el 3,9% presentan disfunción grave (Figura 40).

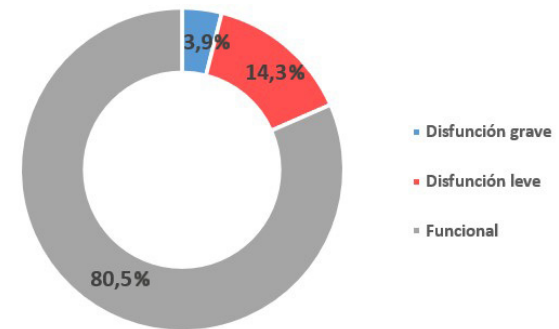


Figura 40. Nivel de disfuncionalidad familiar de los beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores. Elaboración propia

Con respecto al test Zarit, el cual indica la sobrecarga del cuidador primario, se encontró que el 62,3% no tienen sobrecarga y el 10,4% presentan sobrecarga intensa (Figura 41).

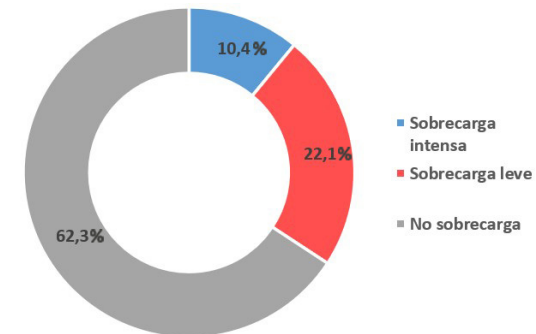


Figura 41. Evaluación de sobrecarga del cuidador primario de los beneficiarios menores de 60 años del programa cuidadores. Elaboración propia

6.3 Cuidadores

6.3.1. Características sociodemográficas del cuidador

De los 633 cuidadores encuestados, el 86,2% son mujeres y solo un 13,8% son hombres. La edad promedio de los cuidadores primarios fue de 58 años, con una desviación estándar de 12,1, el 50% de los encuestados registró

58 años, siendo la edad mínima 27 años y la máxima de 86. El 25% de los cuidadores tenían 51 años o menos, y tres de cada cuatro cuidadores tenía 67 años o menos (Figura 42).

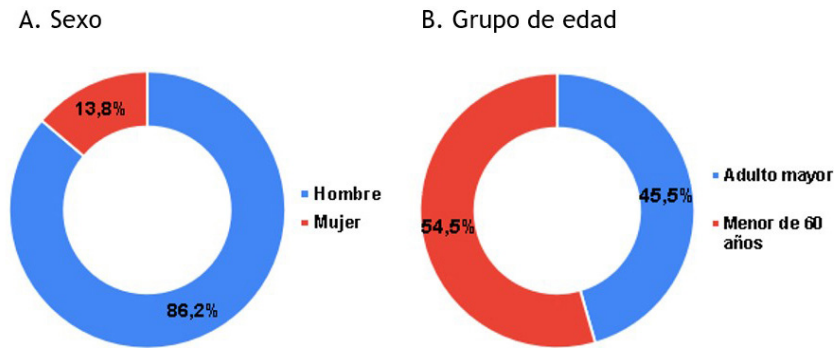


Figura 42. Sexo y edad de los cuidadores primarios. Elaboración propia

Predominó el estado civil de casado o en unión libre con el 42,8% seguido del soltero (33,0%), divorciado o separado (14,5%) y viudo (9,4%). En relación con el sexo, la distribución fue similar a la general, aventajando las mujeres a los hombres en la condición civil de casadas, unión libre y en el estado de divorciados y viudez, mientras los hombres cuidadores superan a las cuidadoras femeninas en la condición de soltería (Figura 43).

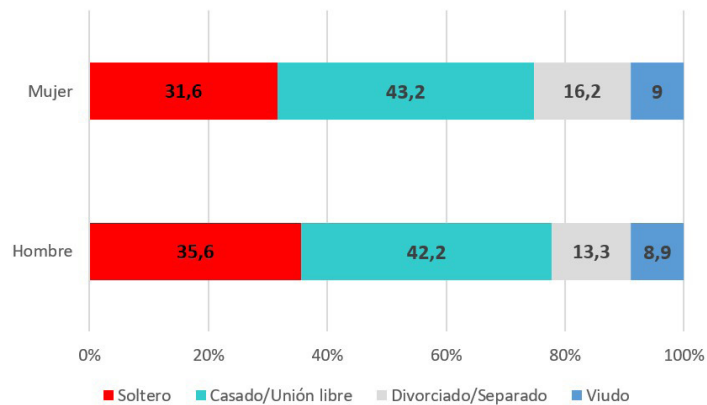


Figura 43. Sexo y estado civil de los cuidadores primarios. Elaboración propia

El nivel educativo más alto en el que estuvo matriculado el cuidador primario fue el de técnica tecnológica, le siguen los de secundaria completa y luego incompleta, universidad completa, seguidos primaria completa (Tabla 10).

Tabla 10. Nivel educativo de los cuidadores primarios del programa

Nivel educativo	N	%
Ninguna	5	1,5
Posgrado	3	0,9
Primaria completa	42	12,4
Primaria incompleta	28	8,3
Secundaria completa	66	19,5
Secundaria incompleta	50	14,7
Técnica /Tecnológica	82	24,2
Universidad completa	49	14,5
Universidad incompleta	14	4,1

Elaboración propia.

En cuanto a la ocupación del cuidador, el 53,7% manifestaron ser amas de casa; seguidamente se encontraron los pensionados o jubilados (18,6%). Los empleados tiempo completo representaron el 10,0%, los desempleados el 5,6% y los empleados de medio tiempo fueron el 2,1% (Tabla 11).

Tabla 11. Ocupación de los cuidadores primarios del programa cuidadores de Envigado.

Ocupación u oficio	N	%
Ama de casa	182	53,7
Desempleado	19	5,6
Empleado obrero Medio tiempo	7	2,1
Empleado obrero Tiempo completo	34	10,0
Estudiante	2	0,6
Otro	32	9,4
Pensionado / Jubilado	63	18,6

Elaboración propia.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue principalmente al régimen contributivo (72,3%), seguido del subsidiado (20,6%) y las personas denominadas en la categoría de vinculados (5,0%) (Figura 44).

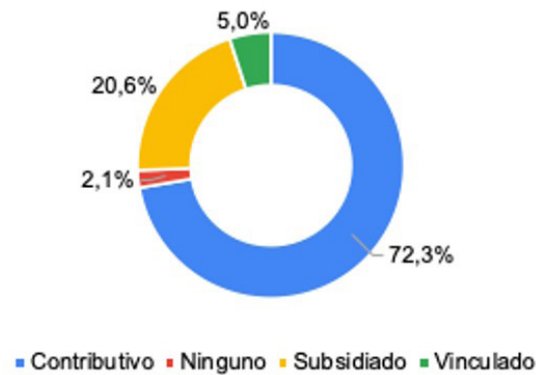


Figura 44. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social de los cuidadores primarios del programa cuidadores de Envigado. Elaboración propia

Respecto al parentesco del cuidador con el sujeto de cuidado, el 54,2% corresponde a los hijos, un 14,3% hermanos, 13,1% esposo, seguido del 12,9% por otras personas sin ninguna filiación familiar (Figura 45).

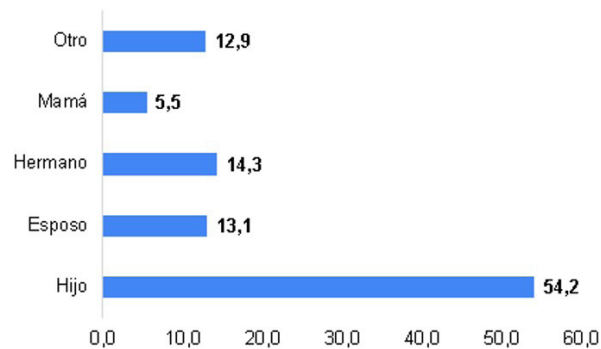


Figura 45. Parentesco del cuidador primario con la persona dependiente de cuidado. Elaboración propia

Se encontró que un 45% de las mujeres cuidadores eran mayores de 60 años y cerca de la mitad de los hombres cuidadores (49,4%), también lo eran. En cuanto al parentesco, la distribución fue similar entre hombres y mujeres, se observó por ejemplo que en las mujeres cuidadores el 54,3% eran hijas del sujeto, seguidas de un 14,2% que eran hermanas; en el caso de los hombres, el 52,6% eran hijos del sujeto de cuidado, seguido de un 17,9% quienes eran esposos (Tabla 12).

Tabla 12. Grupo de edad y parentesco con la persona dependiente del cuidado, según sexo del cuidador primario.

	Mujer		Hombre	
	n	%	n	%
Grupo de edad				
Adulto mayor	217	45,0%	38	49,4%
Menor de 60 años	265	55,0%	39	50,6%
Parentesco con la persona dependiente del cuidado				
Hijo	264	54,3%	41	52,6%
Esposo	60	12,3%	14	17,9%
Hermano	69	14,2%	12	15,4%
Mamá/papá	31	6,4%	0	0,0%
Otro	62	12,8%	11	14,1%

Elaboración propia.

6.3.2. Condición de salud y sobrecarga del cuidador

Respecto al estado de salud, se identificó que el 60,8% de los cuidadores manifestaron percibir su salud como buena o muy buena, mientras el 35,1% la consideraron regular, y un 4,2% mala o muy mala (Figura 46).

Se evaluó sobrecarga del cuidador mediante la escala Zarit, encontrando que el 59,2% de los cuidadores no presentó el síndrome de sobrecarga del cuidador primario, el 13,0% presentó sobrecarga leve y el 17,4% sobrecarga intensa (Figura 47).

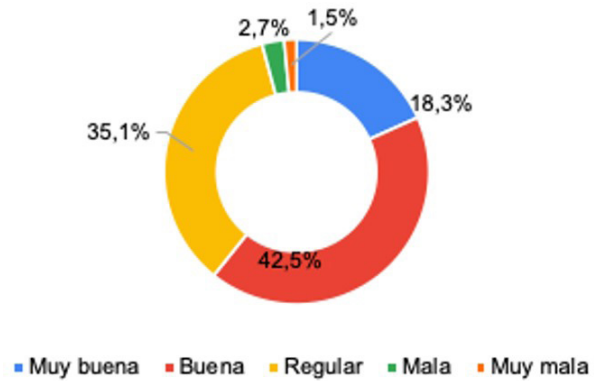


Figura 46. Percepción del estado de salud del cuidador primario con la persona dependiente de cuidado. Elaboración propia

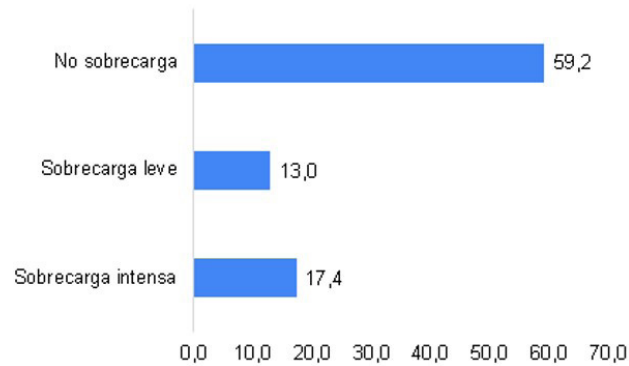


Figura 47. Nivel de sobrecarga del cuidador primario. Elaboración propia

Una de cada cinco mujeres cuidadoras de personas dependientes refiere una sobrecarga intensa, comparado con un 14,5% de los hombres con esta misma característica, asimismo, la sobrecarga leve es el doble en las mujeres comparado con los hombres (Figura 48).

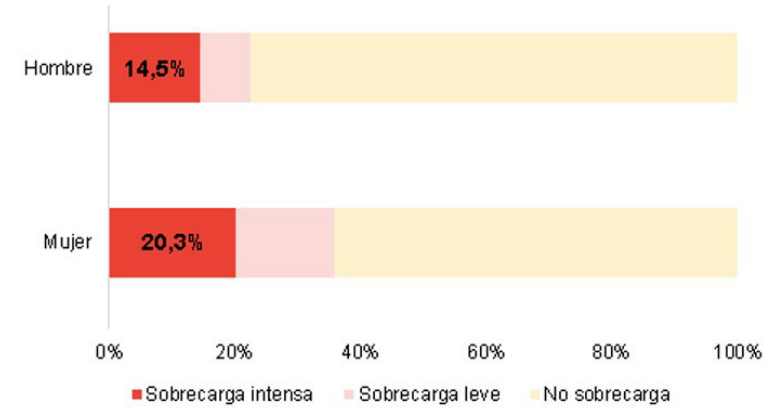


Figura 48. Nivel de sobrecarga del cuidador primario, según sexo. Elaboración propia

De otro lado, se identificó que casi la totalidad (92,7%) de los cuidadores con sobrecarga intensa atendían personas dependientes mayores de 60 años, asimismo, el 79,3% de los cuidadores con sobrecarga leve (Figura 49).

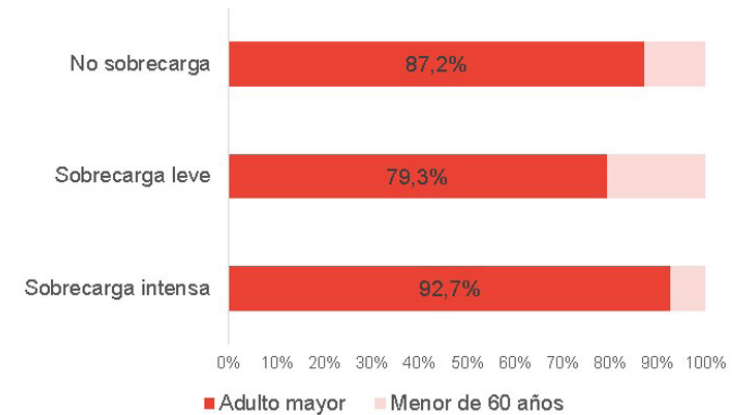


Figura 49. Nivel de sobrecarga del cuidador primario, según grupo de edad, de la persona dependiente del cuidado. Elaboración propia

En cuanto al nivel de sobrecarga del cuidador según el nivel de dependencia del sujeto de cuidado, se identificó que, en los cuidadores con sobrecarga intensa, el 41,8% cuidaba a una persona sujeto de cuidado asistido severo; este porcentaje de cuidadores a cargo de personas asistidas severas fue menor en quienes no tenían sobrecarga (31,7%) (Figura 50).

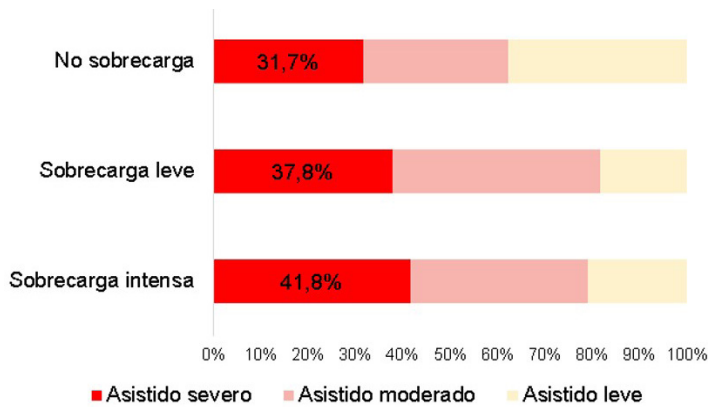


Figura 50. Nivel de sobrecarga de cuidador, según necesidad de asistencia, de la persona dependiente de cuidado. Elaboración propia

6.3.3. Perfil de calidad de vida

Se estableció un perfil de personas con calidad de vida deteriorada para todas las dimensiones, quienes tenían como principal característica un alto nivel de sobrecarga. A pesar de que se incluyeron en el análisis otras características como el sexo, la edad y el estado civil, estas se ubicaron en dimensiones diferentes a las de personas con regular y deteriorada calidad de vida. Llama la atención, que al igual que en el análisis de la calidad de vida de los sujetos de cuidado, para los cuidadores tampoco pudo establecerse un perfil de personas con buena calidad de vida, sin embargo, observamos cómo esta respecto a relaciones sociales, dista bastante de la buena calidad de vida respecto a lo ambiental, lo psicológico y lo físico, las cuales se ubicaron en la misma dimensión y cercanas entre sí, lo que indica que está presente en un mismo conjunto de cuidadores (Figura 51).

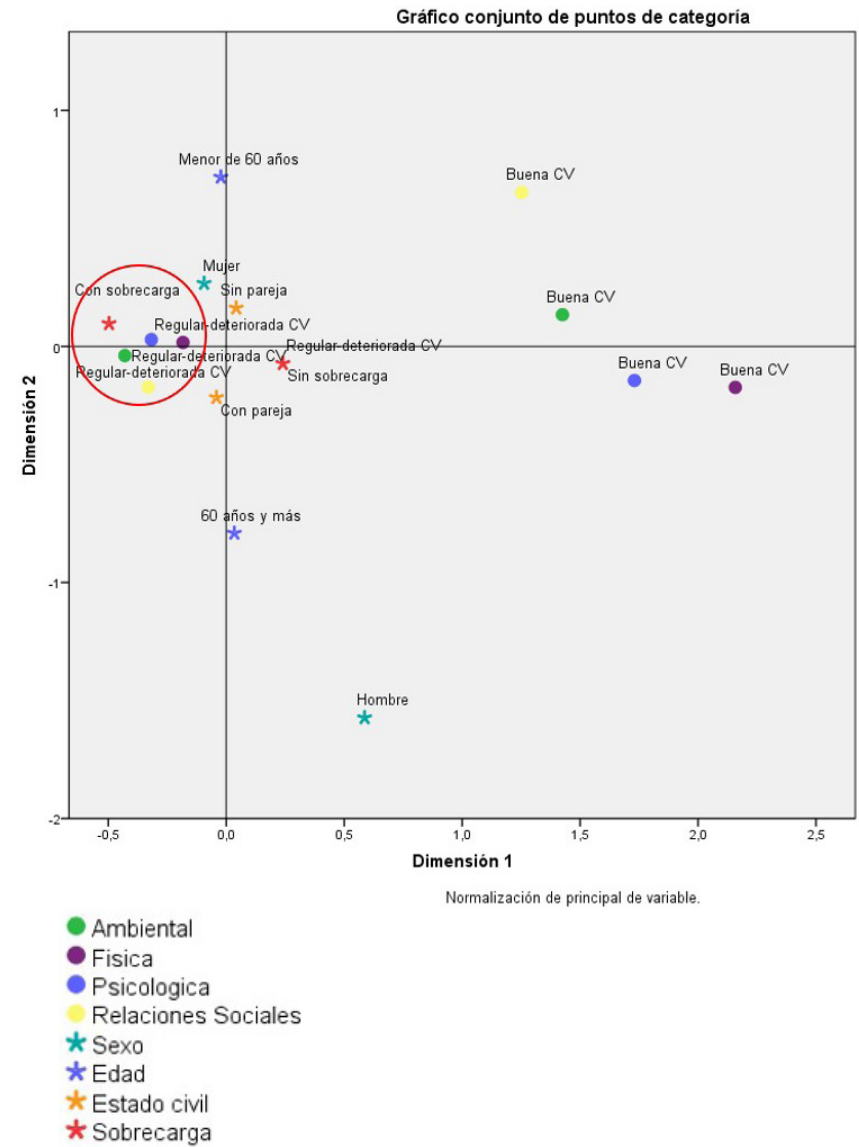


Figura 51. Perfil de calidad de vida de los sujetos de cuidado mayores de 60 años beneficiarios del programa cuidadores de Envigado. Elaboración propia

6.3.4. Factores asociados a la buena calidad de vida

Se observó que en el análisis bivariado, el ser cuidador hombre y el no tener sobrecarga fueron características asociadas significativamente con la buena calidad de vida. En este sentido, los hombres tuvieron dos veces la probabilidad de tener una buena calidad de vida respecto a las mujeres (OR=2,42; IC95% 1,046 - 5,597). Además, los cuidadores sin sobrecarga tuvieron tres veces la probabilidad de una buena calidad de vida respecto a quienes si tenían sobrecarga (OR=3,26; IC95% 1,21-8,79) (Tabla 13).

Tabla 13. Características asociadas a la buena calidad de vida de los cuidadores primarios del programa cuidadores Envigado.

Característica	OR crudo	IC95%	p
Sexo			
Mujer	1		
Hombre	2,42	1,046 - 5,597	0,039
Edad			
Menor de 60 años	1		
60 años y más	1,12	0,55 - 2,288	0,751
Estado civil			
Sin pareja	1		
Con pareja	1,05	0,511 - 2,148	0,898
Ocupación			
Estudiante	1		
Empleado	10,00	0,671 - 149,039	0,095
Pensionado	1,45	0,139 - 15,155	0,755
Ama de casa	3,13	0,369 - 26,45	0,296
Desempleado	1,07	0,129 - 8,879	0,949
Sobrecarga			
Con sobrecarga	1		
Sin sobrecarga	3,261	1,21 - 8,786	0,019

Elaboración propia.

En el análisis ajustado, que se realizó por los dos factores asociados significativamente, además del sexo, potencial factor confusor, se observó que se conservaron los mismos dos factores como los principalmente explicativos de la buena calidad de vida en los cuidadores, los cuales aumentaron

su fuerza de asociación. En este sentido, los hombres tuvieron una probabilidad dos veces mayor de buena calidad de vida respecto a las mujeres, y las personas sin sobrecarga tuvieron tres veces la probabilidad de calidad de vida respecto a quienes tenían sobrecarga (Tabla 14).

Tabla 14. Características que explican la buena calidad de vida de los cuidadores del programa cuidadores de Envigado. Modelo ajustado.

Característica	OR crudo	IC95%	p	OR ajustado	IC95%	p
Sexo						
Mujer						
Hombre	2,42	1,046 - 5,597	0,039	2,65	1,096 - 6,402	0,030
Edad						
Menor de 60 años						
60 años y más	1,12	0,55 - 2,288	0,751	1,12	0,513 - 2,449	0,774
Sobrecarga						
Con sobrecarga						
Sin sobrecarga	3,261	1,21 - 8,786	0,019	3,07	1,131 - 8,324	0,028

Elaboración propia.

7

Discusión

La información obtenida a partir de la investigación que permitió la elaboración de este libro, tiene un impacto científico y social. El impacto social se deriva principalmente en lo relacionado con los beneficiarios del programa cuidadores, sus familias y comunidad en general, dado que contar con información que posibilita perfilar los beneficiarios y, además, conocer sus principales características sociodemográficas, de salud física y mental, relaciones familiares, cuidador y de su calidad de vida y necesidades, permite orientar mejoras y ajustes al programa, para lograr un mayor impacto sobre la comunidad y que este se encuentre realmente enfocado en las verdaderas necesidades de sujetos de cuidado y cuidadores. Asimismo, la información sobre calidad de vida permite identificar si realmente el programa está generando un impacto positivo en sus beneficiarios.

De otro lado, respecto al impacto científico de esta investigación, la divulgación de estos hallazgos hace posible que en otras comunidades se conozca la forma en la que se lleva a cabo el programa cuidadores en el Municipio de Envigado y, a su vez, sirva de ejemplo para que implementen la misma metodología, leyéndolo a la luz de las características de los beneficiarios que conforman el programa. Además, los resultados de esta investigación permiten evidenciar la necesidad de realizar programas como estos, con miras a mejorar los índices de calidad de vida no solo de personas dependientes, sino de sus cuidadores y familia en general, esto es, identificando como la labor de cuidar puede repercutir en el desarrollo de sobrecarga del cuidador y en bajos niveles de calidad de vida en las múltiples dimensiones que este constructo utiliza. En este sentido, el uso de una escala de calidad de vida propuesta por la OMS y utilizada a nivel mundial, permite la comparabilidad de los resultados con otras poblaciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, por ejemplo, se observó que la mayoría de los beneficiarios mayores son mujeres que, a su vez, se encontraban con

mayor frecuencia sin pareja, diferente a los hombres, que en su mayoría se encontraban en unión libre o casados.

Estos hallazgos se asemejan a los arrojados por un estudio realizado en la ciudad de México, en el cual se quiso establecer la relación entre la calidad de vida del adulto mayor, su nivel de independencia y autocuidado; en este también hubo mayor porcentaje de mujeres ⁽³⁸⁾.

Otro aspecto importante, se relaciona con el hecho de que la mayoría de los adultos mayores depende económicamente de sí mismos, situación similar a la presentada en un estudio realizado en la ciudad de Cartagena, donde la población de estudio también registró que dependen económicamente de sí misma, puesto que reciben en promedio \$500.000 a \$1.000.000 de pesos mensuales ⁽³⁹⁾; estos aportes gubernamentales con los que cuentan los adultos mayores, permiten atender cualquier tipo de necesidad, generando de alguna manera un beneficio que contribuye a la “independencia económica” de dicha población, sin embargo, existen grandes preocupaciones frente a los costos sociales y económicos que trae consigo el envejecimiento de la población, debido a que los gobiernos cada vez disminuyen el financiamiento para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, y recae sobre la sociedad y la familia el solventar las necesidades de la población adulta mayor. Por otro lado, a diferencia de las relaciones personales, en este último estudio la mayoría de la población tenía pareja en el momento de su realización (62,6 %) ⁽³⁹⁾.

Ahora bien, en cuanto a los antecedentes de enfermedades de la población de estudio, se identificó que la mayoría de ellos padece enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, dislipidemias y en menor porcentaje diabetes mellitus; se evidencia de esta manera que varias de las condiciones en los adultos mayores tienen que ver con la aparición de enfermedades cardiovasculares, asimismo, el comportamiento de estas enfermedades según el sexo, demuestra que las mujeres reportan en mayor porcentaje diabetes mellitus, y en los hombres es más común la hipertensión arterial.

Sumado a lo anterior, un estudio realizado en Sudáfrica evaluó el impacto de la multimorbilidad en la discapacidad entre los adultos mayores de ese país, y determinó que la prevalencia de discapacidad grave entre los adultos

mayores difiere según el número de enfermedades crónicas diagnosticadas, siendo mayor entre las personas con multimorbilidad ⁽⁴⁰⁾. Por otra parte, uno de los informes de envejecimiento realizados en España, da a conocer el perfil de las personas mayores en este país en el año 2016, este reportó que las enfermedades que afectan a los adultos mayores son principalmente circulatorias con un 21,8 %, respiratorias 15,0 %, digestivas 12,3 % y neoplasias 11,4 %; le siguen las lesiones, las enfermedades genitourinarias y las del sistema osteomuscular ⁽⁴¹⁾. Para América Latina y el Caribe, los datos de Salud y Bienestar para el Envejecimiento (SABE), también arrojaron que existe asociación directa entre la dificultad para desarrollar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y el padecer de un mayor número de enfermedades no transmisibles y de enfermedades cardiovasculares ⁽⁴²⁾.

Del mismo modo, las características de salud tanto físicas como mentales son de gran importancia a la hora de hablar de dependencia en el adulto mayor, estas demuestran que gran parte de los adultos mayores beneficiarios del programa, tienen algún tipo de discapacidad; la dependencia, el deterioro y la falta de autonomía son las situaciones más temidas por todo ser humano, pues se les asocia con discapacidad, invalidez y pérdida de roles sociales, haciendo que la persona mayor se torne frágil y vulnerable, afectándose la confianza en sí mismo, el bienestar y la calidad de vida, así como el tener afecciones en el cuerpo físico, y todo esto repercute en las esferas psíquica y social. El impacto de esta situación puede tener diferencias significativas según el tipo y grado de discapacidad, aunque también son influyentes el género y la clase social. En este estudio la discapacidad física es la más frecuente, los porcentajes de los tipos de discapacidad según el sexo, reportaron valores similares con excepción de la discapacidad cognitiva, donde predominó el género masculino.

La sociedad española de geriatría y gerontología, en un estudio sobre los factores de riesgo nutricional en los mayores institucionalizados, afirma que las cifras de prevalencia de desnutrición en los adultos mayores, puede variar desde un 3-5 % en quienes permanecen en su domicilio, hasta un 50-60 % en los adultos mayores que ingresan en residencias ⁽⁴³⁾; en este sentido, y a pesar de que se conoce que la prevalencia de desnutrición es mayor en la mujer, y que aumenta con la edad en nuestra población de estudio, el mal estado nutricional afecta principalmente al sexo masculino, asimismo, el alto porcentaje de sarcopenia es un aspecto importante, también es más frecuente en

los hombres, y es posible que este se deba principalmente a factores como la edad, discapacidades y condición de población vulnerable, además de los cambios fisiológicos producidos por el envejecimiento, la dependencia funcional y sus patologías asociadas.

Por otra parte, en cuanto a la dependencia y necesidad de cuidado de los beneficiarios, se identificó que la mayoría de ellos requieren asistencia leve sin mayores diferencias entre ambos sexos. Las 14 necesidades confirman la importancia de garantizar un cuidado adecuado de los adultos mayores, las necesidades básicas más afectadas en esta población fueron la eliminación fecal y urinaria, y las dificultad para moverse, sin dejar a un lado que casi la mitad de la población de estudio requiere ayuda para vestirse y desvestirse o ayuda para bañarse y realizar su higiene corporal, siendo más frecuente estas últimas dos necesidades en los hombres que en las mujeres. La vida o apoyo social de los adultos mayores se ve ampliamente afectada, reportando resultados de más del 60% de deficiencia, esto respaldado por el alto porcentaje de adultos mayores que requieren ayuda para realizar actividades recreativas, siendo esta dificultad más frecuente en hombres que en mujeres.

Todos estas circunstancias por las cuales cursan los adultos mayores, llevan a pensar en los cuidadores primarios y las características sociodemográficas del cuidador en la población de estudio, además, permitió identificar que las mujeres adultas son las que en su mayoría asumen el rol de cuidador, este hallazgo que es similar al de un estudio realizado en la Ciudad de Villavicencio (Meta, Colombia), denominado Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, en el cual se identificó que las mujeres adultas representaban la mayor parte de la población estudiada ⁽⁴⁴⁾; en México, donde se estudió la autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores, también se reportó que el 53,40% de los cuidadores correspondía a mujeres con un promedio de edad de 69,3 años (EE=0,15) ⁽⁴⁵⁾.

Un estudio realizado en Perú, evaluó la sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor, también reportó resultados similares a los establecidos en esta investigación, al mencionar el perfil sociodemográfico de los cuidadores principales se halló un predominio del sexo femenino, son mujeres adultas pertenecientes al grupo etario entre 20 y 39 años ⁽⁴⁶⁾; otra de las características similares con este estudio, fue el grado de consanguinidad

con el sujeto de cuidado, pues en el mencionado estudio la mayoría eran hijos (as) del adulto mayor, y en los cuidadores de Envigado también predominó el primer grado de parentesco y consanguinidad.

Es importante señalar que estos resultados demuestran que tanto a nivel nacional como internacional la mujer cumple con el rol de cuidador en los adultos mayores, todo ello puede verse influenciado principalmente por la cultura de cuidado que se transmite desde el hecho de velar por el bienestar de sus hijos, a esto se suma la poca participación que tiene el hombre en lo relacionado con los deberes de la casa, confirmando así que a pesar de todos los esfuerzos por dar un lugar diferente a la mujer en estos aspectos, aún sigue predominando el patriarcado ⁽⁴⁶⁾.

8

Bibliografía

1. Flores N, Jenaro C, Moro L, Tomşa R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. Oct 2015;4(2):79.
2. Hernández M de LG, Becerril LC, Gómez BA, Rojas AM, Ortega YH, Martínez CS. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto Contexto - Enferm*. 2011;20:74-80.
3. Espinosa Á, Enríquez C, Leiva F, López M, Castañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. *Cienc Enferm*. Ago 2015;21(2):39-49.
4. Urra M, Jana A, García V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc Enferm*. Dic 2011;17(3):11-22.
5. Salazar-Barajas ME, Garza-Sarmiento EG, García-Rodríguez SN, Juárez-Vázquez PY, Herrera-Herrera JL, Duran-Badillo T. Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enferm Univ*. [Internet] Oct 2019 [citado 1 de julio de 2020];16(4). Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/615>
6. Aguilera A, Castillo E, Linares B, Carnero R, Alonso A, López P, et al. Análisis del perfil y la sobrecarga del cuidador de pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2016; 19(4):359-365.

7. Ruiz de Alegría Fernández de Retana B, Lorenzo E de, Basurto S. Estrategias de afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan de un progenitor con Alzheimer. *Index Enferm.* Oct 2006;15(54):10-4.
8. Vargas-Escobar LM. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan.* [Internet] 2012 [citado 6 de julio de 2020];12(1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2112>
9. Barrera L, Blanco de Camargo L, Figueroa P, Pinto N, Sánchez B. Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Mirada internacional.* *Aquichan.* [Internet] 2006 [citado 21 de marzo de 2018];6(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/77>
10. Naciones Unidas, World Assembly on Aging. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York: Naciones Unidas; 2002.
11. Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MÁ, Parra-Anguila L, del-Pino-Casado R. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Aten Primaria.* Ago 2017;49(7):381-8.
12. Barrón B, Alvarado S. Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Cancerología.* 2009;8:39-46.
13. Flores G, Rivas R, Seguel P. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc Enferm.* Abr 2012;18(1):29-41.
14. Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno SP, Carrillo-González GM, Gómez-Ramírez OJ, Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno SP, et al. Effect of a social support intervention on caregivers of people with chronic disease. *Av En Enferm.* Abr 2020;38(1):18-27.

15. Martínez L, Fernández E, González E, Ávila Y, Lorenzo A, Vázquez HL, et al. Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrológica.* Jun 2019;22(2):130-9.
16. Expósito M, Martín M, Oviedo H. La ESCV-FC para evaluar Calidad de Vida en cuidadores primarios en el Caribe colombiano. *Index Enferm.* Sep 2018;27(3):152-5.
17. Rivera F, Ceballos P, Vilchez Barboza V. Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. *Index Enferm.* Jun 2017;26(1-2):58-61.
18. Urzúa M. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Médica Chile.* Mar 2010;138(3):358-65.
19. Ramos A, García M, Miranda M. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *AMC.* 2016;20(3):8.
20. Sepúlveda I. Políticas sobre el cuidado en Bogotá durante el periodo 2000-2015. *Trab Soc.* Ene 2017;(19):103-20.
21. Congreso de la Republica. Ley 1616 de 2013. *Diario Oficial No. 48.680* de 21 de enero de 2013.
22. República de Colombia. Decreto 536 de 2018. Recuperado de: <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2020/Decreto-536-11-abril-elimina-horario-entregas-a-domicilio-Emergencia-Sanitaria-pandemia-covid-19-200412.aspx>
23. Marco C, Ruiz L, Moreno A, Pérez M. Test delta: nuestros pacientes, su dependencia. *Enferm Nefrológica.* 2013;16:107.
24. Arechabala M, Barrios S, Catoni M, Palma E, Ibache Y, Richards J. Validación de un instrumento de medición de cuidados según dependencia y riesgo en pacientes en terapia de hemodiálisis crónica. *Aquichan.* [Internet] 2015 [citado 13 de julio de 2020];14(4). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2840>

25. Ramírez C, Durán Y, Perdomo D, Romero K, Zúñiga L. Recurso humano de enfermería según grado de dependencia de los pacientes. *RFS Rev Fac Salud. Ene de 2015*;7(1):39.
26. Serra J. Consecuencias clínicas de la sarcopenia. *Nutr Hosp.* 2006;21(Supl 3):46-50.
27. Li M, Kong Y, Chen H, Chu A, Song G, Cui Y, et al. Accuracy and prognostic ability of the SARC-F questionnaire and Ishii's score in the screening of sarcopenia in geriatric inpatients. *Braz J Med Biol Res [Internet]. 2019 [citado 14 de julio de 2020]*;52(9). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-879X2019000900606&lng=en&nrm=iso&tlng=en
28. Cruz V, Bernal L, Buitrago G, Ruiz A. Frecuencia de riesgo de desnutrición según la Escala de Tamizado para Desnutrición (MST) en un servicio de Medicina Interna. *Rev Médica Chile. Abr 2017*;145(4):449-57.
29. Castro-Vega I, Veses S, Cantero J, Salom C, Bañuls C, Hernández A. Validación del cribado nutricional "Malnutrition Screening Tool" comparado con la Valoración Nutricional Completa y otros cribados en distintos ámbitos socio-sanitarios. *Nutr Hosp. [Internet] 2018 [citado 14 de julio de 2020]*; Disponible en: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/1619>
30. Villareal G, Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte. 2012*;28(1):13.
31. Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, callao 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008*; 25(4):6.
32. Suarez M, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Médica Paz. 2014*;20(1):53-7.

33. Mayorga-Muñoz C, Gallardo-Peralta L, Galvez-Nieto J. Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Rev Médica Chile. Oct 2019*;147(10):1283-90.
34. Sánchez R, Molina E, Gómez-Ortega O. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid. Ene 2016*;7(1):1171.
35. Hair J. *Análisis multivariante. Edición 5a. España: Pearson Educación; 2004*
36. Díaz L. *Estadística multivariada: inferencia y métodos. 2. ed. Bogotá, Colombia: Departamento de Estadística, Facultad de Ciencias, Universidad Nacional de Colombia; 2007.*
37. Greenacre M. The Use of Correspondence Analysis in the Exploration of Health Survey Data [Internet]. *Fundacion BBVA / BBVA Foundation; 2002 [citado 8 de marzo de 2019]*. Disponible en: <https://ideas.repec.org/p/fbb/wpaper/201017.html>
38. Loredó-Figueroa M, Gallegos-Torres R, Xequé-Morales A, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. [Internet]2016 [citado 12 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300159&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Melguizo-Herrera E, Vargas-Ricardo S. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública. Jul 2017*;19(4): 549-54.
40. Waterhouse P, Van der Wielen N, Banda P, Channon A. The impact of multi-morbidity on disability among older adults in South Africa: do hypertension and socio-demographic characteristics matter? *Int J Equity Health. [Internet] 8 de abril de 2017 [citado 13 de septiembre de 2020]*;16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385014/>

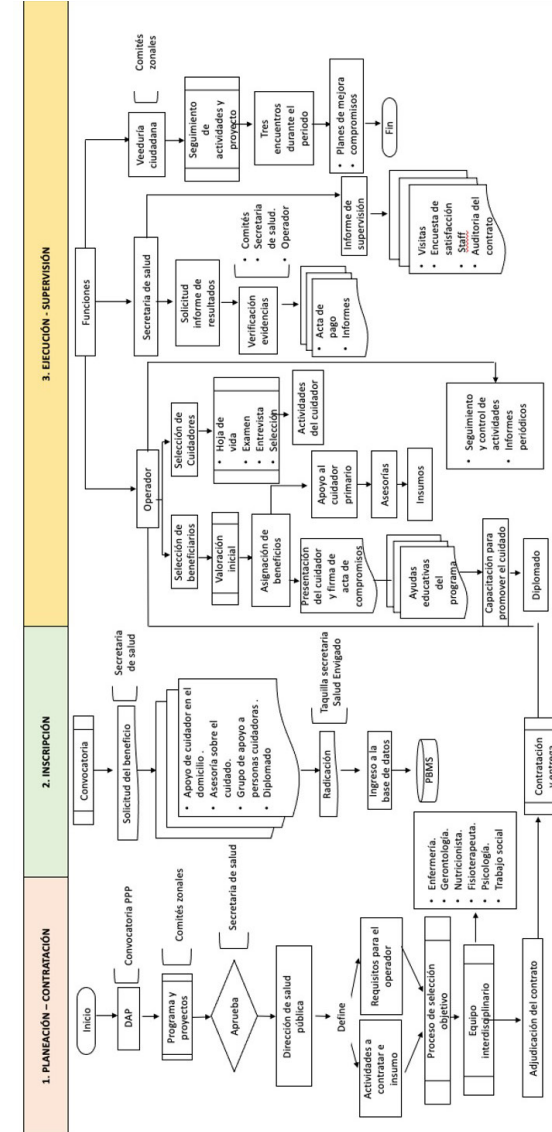
41. Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. En Red. 2016;(14):22.
42. Arroyo M, Ribeiro M, Mancinas S. La vejez avanzada y sus cuidados: historias, subjetividad y significados sociales. 1. ed. Monterrey, Nuevo León, México: Univ. Autónoma de Nuevo León; 2011.
43. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2013.
44. Galvis-López C, Aponte-Garzón L, Pinzón-Rocha M. Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. Aquichan. [Internet] Nov 2015 [citado 17 de septiembre de 2020];16(1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4281>
45. Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño J, Astudillo-García C. Self-rated health, multimorbidity and depression in Mexican older adults: Proposal and evaluation of a simple conceptual model. Biomédica. Abr 2017;37:92-103.
46. Silva J, Gonzales J, Mas Huaman T, Marques S, Partezani R. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. Av En Enferm. [Internet] 2016 [citado 22 de mayo de 2020];34(3). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/58704>



9

Anexos

Anexo 1. Flujograma del programa cuidadores.



Anexo 2. Consentimiento informado por escrito para ingreso a programa cuidadores.

 Alcaldía Municipal de Envigado	PROGRAMA DE CUIDADORES	Código
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Versión Prueba
		Página 1 de 3

PROGRAMA CUIDADORES DE ENVIGADO SECRETARÍA DE SALUD ACUERDO DE COMPROMISO Y PARTICIPACIÓN

El Programa de Cuidadores pretende mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia por enfermedad o discapacidad y sus familias. Estos servicios no tienen ningún costo. Este programa es financiado por la Secretaría de Salud de Envigado.

En el marco del programa Cuidadores de Envigado, se requiere suscribir un acuerdo de voluntades que permita definir las responsabilidades del cuidador acompañante y del cuidador familiar respecto al plan de cuidados de:

Nos comprometemos a:

Compromisos que asume el cuidador familiar:

- Participar proactivamente de las siguientes actividades:
 - Ejecución del Plan de cuidado que requiere el usuario.
 - Asistir a talleres y asesorías programados en su sector, por el equipo de profesionales del Programa.
 - Abstenerme de asignar actividades al cuidador del Programa, diferentes a las designadas tales como: trabajo doméstico, diligencias personales de algún miembro de la familia, procedimientos invasivos o actividades para los cuales no están certificados.
- Mantener relaciones de respeto y comunicación asertiva con el personal del programa.

NOTA: No es obligatorio suministrar alimentos al personal del programa.

Compromisos que asume el cuidador del programa:

- Ejecutar el Plan de Atención definido por la enfermera, enfocado o direccionado a apoyar necesidades del usuario para lograr su independencia en el autocuidado y ejercer el rol de suplir y/o ayudar en todo aquello que por sí mismo no pueda hacer, con base en la aplicación del Modelo de Cuidado de enfermería de Virginia Henderson.
- Seguir las instrucciones de cuidado y acompañamiento indicadas por el equipo interdisciplinario de profesionales del programa de Cuidadores de Envigado.
- Realizar paseos al usuario sólo si no hay contraindicación prescrita por un profesional de la salud, si la movilidad y fuerza del usuario son normales y con la autorización escrita de la familia.
- Guardar confidencialidad y reserva de datos: historia clínica, fotocopias, fichas y demás formatos generados por el programa, información de la familia y del estado de salud del usuario.
- Abstenerse de cumplir actividades diferentes a las designadas en el plan de cuidados por los profesionales del Programa.
- Mantener relaciones de respeto de la autonomía de la personalidad, de las creencias, de los objetivos, y del ritmo evolutivo del usuario, comunicación afectiva y asertiva con el paciente y la familia.

El incumplimiento de este acuerdo de voluntades puede generar la pérdida de los beneficios del Programa y/o del contrato del cuidador del Programa.

Para constancia se firma en el municipio de Envigado, el día ____ del mes de _____ de 2019.

Cuidador Familiar
C.C.

Cuidador del Programa de Cuidadores
C.C.

Calle 39 Sur 39 - 47
Teléfono: 339 40 41
salud@envigado.gov.co
Envigado - Colombia
Código postal: 055421
www.envigado.gov.co



 Alcaldía Municipal de Envigado	PROGRAMA DE CUIDADORES	Código
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Versión Prueba
		Página 2 de 3

PROGRAMA CUIDADORES DE ENVIGADO SECRETARÍA DE SALUD CONSENTIMIENTO INFORMADO					
FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	BARRIO
TELÉFONO			ZONA		
DIRECCIÓN					
APELLIDOS Y NOMBRE DEL USUARIO				EDAD	
IDENTIFICACIÓN		SEXO	M	H	

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA PERSONA RESPONSABLE	PARENTESCO
1. Manifiesto que he sido informado del proceso de cuidado en el marco del Programa Cuidadores de Envigado, ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que pueden producirse en el transcurso de esta ejecución.	
2. Soy consciente de la responsabilidad que en mi recae con el cuidado personal, la asistencia a controles de mi estado de salud y el acatamiento a indicaciones y los medicamentos formulados por los profesionales de mi EPS	
3. Las acciones de cuidado y demás actividades del Programa Cuidadores no reemplazan las indicaciones ni el tratamiento que son atendidos por mi institución de salud.	
4. Autorizo tomar evidencias fotográficas para uso exclusivo del Programa Cuidadores de Envigado, siempre y cuando no afecte mi dignidad, intimidad personal o familiar. ----- SI ----- NO ACEPTA	
5. Luego de haber recibido la información antes mencionada, el usuario y/o su familia acepta el beneficio del cuidador de Programa Cuidadores de Envigado ----- SI ----- NO ACEPTA	

FIRMA DEL USUARIO/PERSONA RESPONSABLE	Nº Documento de Identidad

FIRMA DEL PROFESIONAL	Registro Nº

Calle 39 Sur 39 - 47
Teléfono: 339 40 41
salud@envigado.gov.co
Envigado - Colombia
Código postal: 055421
www.envigado.gov.co



Anexo 3. Consentimiento informado telefónico para ficha de valoración inicial.

PROGRAMA CUIDADORES DE ENVIGADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDADORES Y SUJETOS DE CUIDADO

Fecha: _____

Nombre del sujeto dependiente: _____

Documento del sujeto dependiente: _____

Nombre del cuidador primario: _____

Documento del cuidador primario: _____

La Universidad CES le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades de la universidad o en las que ésta participe directa o indirectamente.

Usted autoriza a que la Universidad CES comparta sus datos personales con la secretaria de Salud de Envigado para las siguientes finalidades: actualizar la información de su estado de salud para las actividades del proyecto, seguimiento posterior e inclusión de la información en futuros proyectos de investigación. Puede verificar finalidades específicas en el artículo 8 de la Política de Tratamiento de Información de la Universidad CES. Puede consultar nuestra política visitando la página web <https://www.ces.edu.co/>. Si usted desea conocer, corregir, actualizar, rectificar o suprimir los datos que nos ha suministrado, o revocar la presente autorización, puede revisar el artículo 15 de la Política y conocer el procedimiento detallado, o si lo prefiere escribanos un correo electrónico a habeasdata@ces.edu.co indicándonos su solicitud, o con úniquese al teléfono (57 4) 444 05 55 extensión 1665.

Conociendo lo anterior, manifiesta su autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por la Universidad CES.

Sujeto de cuidado

Si ___

No ___

Cuidador primario

Si ___

No ___

Anexo 4. Formulario de recolección de datos.

FICHA DE INGRESO PROGRAMA CUIDADORES														
DATOS INICIALES DEL BENEFICIARIO														
Fecha de Valoración:	dd/mm/aaaa													
Tipo de Documento:	CC	CE	TI	RC	MS	AS	N° documento:							
Primer Nombre:	Segundo Nombre:			Primer Apellido:			Segundo Apellido:							
Fecha de Nacimiento:	dd/mm/aaaa			Edad:	Sexo:		M	H						
Estado Civil:				Ocupación:										
Dirección de Residencia:				Barrio:				Zona:						
Teléfonos:				Celular:										
EAPB-EPS:				IPS donde consulta:										
¿Tiene encuesta SISBEN?			SI	NO	Puntaje:	SISBEN de Envigado		SI	NO	Grupo Étnico:				
Tiene Discapacidad?	SI	NO	Cuál?	Sensorial	Cognitiva	Física	Congénita	Adquirida						
¿Utiliza prótesis dental?	SI	NO												
DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR PRIMARIO														
Tipo de Documento:	CC	CE	TI	RC	MS	AS	N° documento:							
Primer Nombre:	Segundo Nombre:			Primer Apellido:			Segundo Apellido:							
Fecha de Nacimiento:				Edad:	Parentesco:									
Dirección de Residencia:				Teléfono:				Celular:						
¿Quién proporciona el soporte económico al beneficiario?				Nombre completo:				Parentesco:						
INFORMACIÓN SITUACIÓN BENEFICIARIO														
1- Antecedentes de la enfermedad del Beneficiario:														
Cáncer				Epilepsia										
Demencias				EPOC										
Diabetes				Hipertensión arterial										
Dislipidemia				Infarto de Miocardio										
Enfermedad Renal				Otro. Cuál?:										
2- Antecedentes Quirúrgicos:														
3- Antecedentes Familiares (Abuelos, Padres, Hermanos):														
4- ¿Ha tenido cuidador del Programa de Cuidadores en el año anterior?														
				SI	NO	Nombre:								
5- Satisfacción con el cuidador, durante el año anterior				Muy satisfecho	Satisfecho			Medianamente satisfecho			No satisfecho			
6- ¿Quisiera continuar con el mismo cuidador?				SI	NO	Es indiferente								

A continuación, diligencie el Test DELTA de acuerdo a sus tres subescalas independientes.					
A. La primera de ellas es la que propiamente mide el grado de DEPENDENCIA como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona, clasificándola en válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa. Marca con "X" la opción que corresponda					
1-	MOVILIZACIÓN	0	Autónomo.		
		1	Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, WC, silla o silla de ruedas.		
		2	Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, WC, silla o silla de ruedas.		
		3	La ayuda es necesaria de forma permanente.		
2-	DEAMBULACIÓN Y DESPLAZAMIENTO	0	Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.		
		1	Necesita ayuda esporádica.		
		2	Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.		
		3	Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado		
3-	ASEO	0	Autónomo.		
		1	Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara, afeitado, peinado, etc.		
		2	Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.		
		3	Hay que ayudarlo siempre.		
4-	VESTIDO	0	Autónomo.		
		1	En ocasiones hay que ayudarlo.		
		2	Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.		
		3	Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.		
5-	ALIMENTACIÓN	0	Lo hace solo.		
		1	Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.		
		2	Precisa con frecuencia ayuda para comer. Se le suelen preparar los alimentos.		
		3	Hay que administrarle la comida.		
6-	HIGIENE BACTERIANA	0	Continencia. Incontinencia urinaria esporádica.		
		1	Incontinencia urinaria nocturna y/o fecal esporádica. Colostomía.		
		2	Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.		
		3	Incontinencia urinaria y fecal total.		
7-	ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS	0	No precisa. Gestión autónoma.		
		1	Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.		
		2	Hay que prepararle y administrarle la medicación diariamente.		
		3	Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.		
8-	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	(Prevención de escaras, curas de pie diabético, curas adicionales al cuidado habitual de la acceso vascular para hemodiálisis, mayor supervisión de constantes vitales por hipotensión o síndrome de la diálisis, portadores de catéteres...)			
		0	No precisa.		
		1	Precisa cura o actuación ocasional de enfermería. (Encamado móvil - cada 7 días o más)		
		2	Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente. (Paciente inmovil sin lesiones de piel - 3 a 4 días)		
9-	NECESITA VIGILANCIA	0	No precisa.		
		1	Trastornos de conducta temporales que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (Inquietud psicomotriz...)		
		2	Trastornos de conducta permanentes que alteren la convivencia de forma leve o moderada (ideas de muerte...)		
		3	Trastornos de conducta intensos permanentes que alteren la convivencia de forma grave (riesgo de suicidio...)		
10-	COLABORACIÓN	0	Colaborador.		
		1	Comportamiento pasivo (necesita estímulo)		
		2	No colabora.		
		3	Rechazo categórico y constante.		
Sumatoria total:		Nota: La valoración se realizará según puntuación en una escala de 0 a 30 donde:			
		0-1 Valida	2-9 Asistido Leve	10-19 Asistido Moderado	20-30 Asistido Severo

B. La otra subescala corresponde a la DEFICIENCIA FÍSICA , sirve para orientar sobre el origen de la dependencia (dependencia de origen físico).				
1-	ESTABILIDAD	0	Se mantiene bien de pie o en cualquier postura.	
		1	Ligera inseguridad en la marcha. Riesgo leve de caída (por ejemplo: mareos frecuentes).	
		2	Marcada inseguridad en la marcha. Caídas frecuentes.	
		3	No puede permanecer de pie sin apoyo.	
2-	VISIÓN Y AUDICIÓN	0	Visión Normal o corrección con lentes. Oye bien. Casos no valorables.	
		1	Ligera disminución de la visión, mal compensada con lentes. Sordera moderada. Lleva audífono.	
		2	Marcada disminución de la visión, que no puede compensarse con lentes. Sordera total.	
		3	Ceguera total.	
3-	ALTERACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR	0	Movilidad y fuerza normales. Sensibilidad total. Casos no valorables.	
		1	Ligera limitación de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco.	
		2	Limitación moderada de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco. Anquilosis de alguna articulación importante. Amputación parcial de alguna extremidad	
		3	Limitación grave de la movilidad. Amputación completa sin prótesis. Desarticulación.	
4-	OTRAS FUNCIONES NEUROLÓGICAS	(Rídez, movimientos anormales, crisis comiciales)		
		0	Sin alteraciones.	
		1	Tembor ligero. Movimientos anormales ocasionales. Ligera hipertonía. Ligera rigidez	
		2	Tembor moderado. Crisis comiciales ocasionales. Movimientos anormales frecuentes. Rigidez moderada	
5-	APARATO RESPIRATORIO Y CARDIOVASCULAR.	0	Sin alteraciones.	
		1	Disnea de mediano esfuerzo (escaleras, cuestras). Claudicación intermitente leve.	
		2	Disnea de mínimos esfuerzos. Dolor vascular ligero y permanente.	
		3	Disnea continua grave. Dolor vascular permanentemente moderado o grave	
Sumatoria total:		Nota: La valoración se realizará según puntuación en una escala de 0 a 15 donde:		
		0-4 Ausencia de Déficit o Déficit Leve	5-9 Déficit Moderado	10-15 Déficit Grave
C. La otra subescala corresponde a la DEFICIENCIA PSÍQUICA , sirve para orientar sobre el origen de la dependencia (dependencia de origen Psíquico).				
1-	LENGUAJE Y COMPRENSIÓN.	0	Habla normalmente. Comprensión buena.	
		1	Alguna dificultad en la expresión oral. En ocasiones no entiende lo que se le dice.	
		2	Disartria o disfasia intensa. Poca coherencia o expresividad. Es frecuente que no responda a los órdenes y sugerencias.	
		3	Alfasia. Lenguaje ininteligible o incoherente. Apenas habla. No responde a los órdenes sencillos.	
2-	ORIENTACIÓN Y MEMORIA.	0	Bien orientado en tiempo, espacio y persona. Buena memoria.	
		1	Desorientación ocasional. Buen manejo en su casa o planta. Despistes y olvidos ocasionales.	
		2	Desorientado en tiempo o espacio. Pérdida frecuente de objetos. Identifica mal a las personas, reconociendo lazos afectivos, o recuerda mal acontecimientos nuevos y nombres.	
		3	Desorientación total. Pérdida de la propia identidad. No reconoce lazos afectivos. Apenas recuerda nada.	
3-	TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO	0	No presenta problemas.	
		1	Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales leves (irritabilidad, trastornos del control de impulsos...)	
		2	Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales moderadas (agresividad moderada, conducta desorganizada...)	
		3	Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales graves.	
4-	CAPACIDAD DE JUICIO	(Valerse correctamente del dinero cuando va a comprar, llamar desde un teléfono público, ejecución de órdenes sencillas)		
		0	Normal para su edad y situación.	
		1	Tiene alguna dificultad para resolver problemas y situaciones nuevas.	
		2	Le cuesta mucho resolver problemas sencillos.	
5-	ALTERACIONES DEL SUEÑO.	0	Duerme bien habitualmente sin medicación.	
		1	Duerme bien con medicación.	
		2	Duerme mal con medicación sin afectar al entorno.	
		3	Alteraciones graves del sueño con agitación nocturna.	
Sumatoria total:		Nota: La valoración se realizará según puntuación en una escala de 0 a 15 donde:		
		0-4 Ausencia de Déficit o Déficit Leve	5-9 Déficit Moderado	10-15 Déficit Grave

El beneficiario es Adulto mayor (60 años o más)?		SI	NO	Si la respuesta es NO , en la dimensión SITUACIÓN FAMILIAR deberá considerar la opción sombreada de la derecha, las demás dimensiones no cambian .	
A continuación diligencie correctamente el Test GIJÓN: Valoración Socio-familiar en el Anciano.					
Esta escala permite valorar el RIESGO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR a partir de la puntuación sobre aspectos como la situación familiar, situación económica, entre otros.					
La puntuación es de 1 a 5 representadas en cada categoría, indique la única respuesta que se ajuste más adecuadamente a la situación del adulto con una X , teniendo en cuenta que 1 representa un menor riesgo y 5 el mayor riesgo en cada uno de los aspectos evaluados.					
A-	SITUACIÓN FAMILIAR	1	Vive con familia sin dependencia física/psíquica.	Vive con familia sin dependencia física/psíquica.	
		2	Vive con cónyuge de similar edad.	Vive sólo con ambos padres, o cónyuge sin dependencia física/psíquica.	
		3	Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.	Vive con familia o cónyuge (con hijos) y presenta algún grado de dependencia.	
		4	Vive solo y tiene hijos próximos.	Vive con padre o madre; o cónyuge (sin hijos) y presenta algún grado de dependencia.	
		5	Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	Vive solo o en situación de abandono y presenta algún grado de dependencia.	
B-	SITUACIÓN ECONÓMICA	1	Más de 2 salarios mínimos (mayor a \$1.562.000)		
		2	Entre 1 y 2 salarios mínimos (mayor a \$781.000 y menor o igual a \$1.562.000)		
		3	1 salario mínimo (\$781.000)		
		4	Ayudas, subsidios, ingresos esporádicos (provenientes de familia, Estado o entidades privadas).		
		5	Sin ingresos.		
C-	VIVIENDA	1	Adecuada a necesidades.		
		2	Bareras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (escaleras, puertas estrechas, baños...)		
		3	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente)		
		4	Ausencia de uno o varios servicios públicos básicos (luz, agua, alcantarillado)		
		5	Vivienda inadecuada (asentamiento irregular-invasión, ausencia de equipamientos mínimos)		
D-	RELACIONES SOCIALES	1	Relaciones sociales amplias.		
		2	Relación social con familia y vecinos.		
		3	Relación social sólo con familia o vecinos.		
		4	No sale de su domicilio, recibe visitas.		
		5	No sale y no recibe visitas.		
E-	APOYOS DE LA RED SOCIAL	1	Con apoyo familiar o vecinal.		
		2	Voluntariado social, ayuda domiciliaria.		
		3	No recibe apoyo.		
		4	Pendiente de ingreso en institución (hogar geriátrico, fundación, entre otros).		
		5	Tiene cuidados permanentes.		
Sumatoria total:		Nota: La valoración se realizará según puntuación en una escala de 5 a 20 donde:			
		5-9 Buena o aceptable	10-14 Riesgo social	≥ 15 Problema social	
Herramienta de tamización de malnutrición FERGUSON (MST)					
Herramienta de tamización nutricional hospitalaria en Colombia. Marca con "x" la opción que corresponda					
1	¿Ha perdido peso recientemente de forma no intencional?	0	No		
		1	No esta seguro		
		Si ha perdido peso, ¿cuánto ha perdido?			
		1	1 kg - 5,9 kg		
		2	6 kg a 10,5 kg		
2	¿Se alimenta deficientemente por falta de apetito?	0	No		
		1	Si		
		PUNTAJES OBTENIDOS			
		Clasifica a los pacientes según a puntuación obtenida			
Sin riesgo (Puntuación 0 a 1) reevaluar semanalmente		Con riesgo medio a desnutrición (Puntuación 2 a 3) realizar intervención nutricional		Con alto riesgo a desnutrición (Puntuación > 4) realizar intervención nutricional	

SARC - F						
Herramienta de identificación de Sarcopenia. Marca con "x" la opción que corresponda						
FUERZA	¿Cuánta dificultad tiene para levantar y transportar 10 lb?	0	Ninguna			
		1	Alguna			
		2	Mucha o imposible			
ASISTENCIA PARA CAMINAR	¿Cuánta dificultad tiene para caminar a través de una habitación?	0	Ninguna			
		1	Alguna			
		2	Mucha o es imposible			
LEVANTARSE DE UNA SILLA	¿Cuánta dificultad tiene para pasar de una silla a la cama?	0	Ninguna			
		1	Alguna			
		2	Mucha o es imposible sin ayuda			
SUBIR LAS ESCALERAS	¿Cuánta dificultad tiene para subir de una vez 10 escalones?	0	Ninguna			
		1	Alguna			
		2	Mucha o imposible			
CAIDAS	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	0	Ninguna			
		1	Alguna			
		2	Mucha o imposible			
PUNTAJES OBTENIDOS						
Clasificación						
Sin sarcopenia: 0 a 3 puntos			Sarcopenia: 4 a 10 puntos			
El beneficiario cuenta con cuidador primario?		SI	NO	Si la respuesta es NO (omite la aplicación de este test y pase a las preguntas de descripción)		
A continuación diligencie correctamente el Test ZARIT: Entrevista de sobrecarga del cuidador.						
Estas preguntas DEBE RESPONDERLAS EL CUIDADOR						
Este test permite evaluar en qué etapa se encuentra el cuidador, respecto a la carga o labor excesiva, lo cual ayuda a buscar soluciones oportunamente.						
Es muy fácil, lee cada ítem al cuidador para que el indique con qué frecuencia se sienten así. Recuerda que no existen respuestas acortadas o equivocadas, estas solo depende de la experiencia vida del cuidador. Marca con una "X" la opción que corresponda						
		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
		0	1	2	3	4
1	¿Pensas que tu familiar te pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Pensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar, no tienes suficiente tiempo para tí?					
3	¿Te sientes agobiado por intentar combinar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar?					
5	¿Te sientes enfadado cuando estás cerca de tu familiar?					
6	¿Pensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tienes con otros miembros de tu familia?					
7	¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar?					
8	¿Pensas que tu familiar depende de tí?					
9	¿Te sientes tenso cuando estás cerca de tu familiar?					
10	¿Pensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar a tu familiar?					
11	¿Pensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar?					
12	¿Pensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a tu familiar?					
13	¿Te sientes incómodo por distanciarte de tus amistades debido al cuidado de tu familiar?					
14	¿Pensas que tu familiar te considera la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Pensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de tu familiar, además de los tuyos?					
16	¿Pensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que empezó la enfermedad de tu familiar?					
18	¿Deseñarías poder delegar el cuidado de tu familiar a otra persona?					
19	¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar?					
20	¿Pensas que deberías hacer más por tu familiar?					
21	¿Pensas que podrías cuidar mejor a tu familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar?					
TOTAL						
Nota: La puntuación total es el resultado de la suma de todas las puntuaciones de los 22 ítems y tiene un rango que va desde 0 a 88, indicando que:						
0-46 No Sobrecarga		47-55 Sobrecarga leve		56-88 Sobrecarga intensa		
Sumatoria total:						

A continuación diligencie correctamente el APGAR Familiar: Percepción de la función familiar

En el marco de la atención primaria, este cuestionario permite explorar el nivel de funcionalidad familiar, como un recurso para sus integrantes, o por el contrario influyendo negativamente en su situación de salud.

La puntuación es de 0 a 2 representadas en cada categoría, indique con una X la única respuesta que se ajuste a lo que responde el CUIDADOR PRIMARIO entrevistado, teniendo en cuenta que 0 representa un mayor riesgo y 2 el menor riesgo en cada uno de los aspectos evaluados.

APGAR	Casi nunca	A veces	Casi siempre
	0	1	2
1. ¿ Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿ Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿ Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
5. ¿ Siente que su familia le quiere, le valora?			
TOTAL			

Nota: La puntuación total es el resultado de la suma de todas las puntuaciones de los 5 ítems y tiene un rango que va desde 0 a 10, indicando que:

0-3 Disfunción grave	4 - 6 Disfunción leve	7 - 10 Normofuncional
----------------------	-----------------------	-----------------------

Sumatoria total:

INSUMOS

¿El potencial usuario del Programa de Cuidadores, requiere alguno de los siguientes insumos?

1. Pañal	SI	NO	Talla	Numero de unidades que gasta al mes
2. Suplemento alimenticio	SI	NO	Numero de unidades que gasta al mes	
3. Colchoneta antifescara	SI	NO		
4. Crema antifescara	SI	NO	Numero de unidades que gasta al mes	
5. Otro insumo	SI	NO	¿Cuál?	

A continuación, describa brevemente la situación de dependencia de cuidado:

Describa brevemente la situación socioeconómica de la familia:

Describa brevemente la situación del cuidador primario:

El siguiente espacio debe diligenciarlo quien **evalúa o evalúa** al posible beneficiario.

RESULTADOS

Test DELTA	RESULTADO DEPENDENCIA	Valida
	RESULTADO DEPENDENCIA FISICA	Ausencia de Déficit o Déficit Leve
	RESULTADO DEPENDENCIA PSÍQUICA	Ausencia de Déficit o Déficit Leve

Test GIJÓN Sin valor

Test ZARIT No Sobrecarga

APGAR Familiar Disfunción grave

FERGUSON Sin riesgo

SARC - F Sin sarcopenia

BENEFICIARIO

El usuario es seleccionado para los siguientes Beneficios:

A-	Asignación de Cuidador:	SI	NO	Observación:
B-	Asesoría profesional:	SI	NO	Observación:
C-	Es un caso Especial:	SI	NO	Observación:
D-	Grupo de Apoyo al cuidador:	SI	NO	Observación:
E-	Insumos para el cuidado:	SI	NO	Observación:
F-	No aplica para ningún beneficio:	SI	NO	Observación:

Si el Usuario ingresó al programa, diligencie el siguiente Plan de Cuidado de lo contrario, de por terminada la ficha de ingreso.

PLAN DE CUIDADO

Proponga y elabore unas metas de cuidado, especifique:

#	Problema, ¿qué?	Acciones a realizar, ¿Cómo?	Meta de cuidado	¿Cuándo?	Responsable
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					

