

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**



**CUIDADO QUE BRINDA EL FAMILIAR
CUIDADOR AL ADULTO GERIÁTRICO
COMPLEJO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
EL HOGAR. CHICLAYO 2013**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO DE ENFERMERÍA**

**AUTOR: Bach. Castro Jiménez Leiddy Jouselly
Bach. Cruz Huanca Deisy Yanina**

Chiclayo, 14 de Julio del 2014

**CUIDADO QUE BRINDA EL FAMILIAR CUIDADOR
AL ADULTO GERIÁTRICO COMPLEJO CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOGAR.
CHICLAYO 2013**

POR:

Bach. Castro Jiménez Leiddy Jouselly

Bach. Cruz Huanca Deisy Yanina

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

.....
Mgtr. Enf. Francisca Constantino Facundo
Presidente de Jurado

.....
Lic. Enf. Frida Arauco de Medina
Secretaria de Jurado

.....
Mgtr. Enf. Angélica Soledad Vega Ramírez
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 14 DE JULIO DEL 2014

INDICE

	Pg.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	08
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	12
1.1. Antecedentes	12
1.2. Bases teórico - conceptuales	13
CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO	24
2.1. Tipo de investigación	24
2.2. Abordaje metodológico	24
2.3. Sujetos de la Investigación	28
2.4. Escenario	28
2.5. Instrumentos de recolección de los datos	29
2.6. Procedimiento	31
2.7. Análisis de los datos	33
2.8. Criterios éticos	35
2.9. Criterios de rigor científico	37
CAPITULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	39
CONSIDERACIONES FINALES	93
RECOMENDACIONES	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	105

Dedicatoria

La tesis está dedicada:

A Dios quien nos permitió la oportunidad de vivir y tener una familia maravillosa. Por permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas. Por los buenos y malos momentos que nos enseñaron a valorarte cada día más.

A nuestras familias, a quienes les debemos toda nuestra vida, les agradecemos el cariño y comprensión, a ustedes quienes han sabido formarnos con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual nos ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

A nuestros maestros; gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación, en especial a nuestra asesora Mgtr. Enf. Angélica Soledad Vega Ramírez por su gran apoyo, tiempo compartido, motivación y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

Yanina y Leiddy

Agradecimiento

Las investigadoras expresan su agradecimiento a:

Dios, por habernos proporcionado la salud y poder alcanzar esta meta que contribuye al crecimiento profesional de Enfermería, por estar con nosotras en cada paso que dimos, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Nuestras familias, por su paciencia, acompañamiento incondicional y los momentos de sacrificio para lograr este triunfo colectivo.

Nuestra asesora, porque ha sido nuestra guía, gracias a su paciencia y enseñanza ya que supo inculcarnos valores y conocimientos que redundaran en nuestra formación personal y profesional.

Los miembros del jurado quienes con su aporte hicieron posible la culminación satisfactoria de esta investigación.

Así mismo agradecerle de forma cordial a cada una de las personas que fueron partícipes en el desarrollo de la presente investigación y, por habernos permitido compartir sus experiencias en su tarea de cuidado.

Yanina y Leiddy

Resumen

Esta investigación de enfoque cualitativo con abordaje estudio de caso, tuvo como objetivo describir, analizar y comprender cuáles son los cuidados que brinda el familiar cuidador al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar. La base teórica estuvo fundamentada por Waldow (2006) para cuidado, Quero (2007) para familiar cuidador, la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores del MINSA (2010) para adulto geriátrico y Castro (2004) para hipertensión arterial (HTA). Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada y la observación no participante. El escenario fue el hogar de cada cuidador, siendo la muestra 8 familiares. La información obtenida pasó por análisis según Vítóres (2004), de donde emergieron tres categorías: cuidado del familiar cuidador al adulto geriátrico complejo con HTA, dificultades durante el cuidado al adulto geriátrico complejo con HTA y repercusiones negativas en el familiar cuidador durante el cuidado al adulto geriátrico complejo con HTA en el hogar. Se consideraron los principios éticos de Sgreccia (2001) y los criterios de rigor científico según Pastor (1999). La consideración final: el cuidado del familiar está basado en el desarrollo de actividades que ayudan a satisfacer las actividades básicas del adulto geriátrico hipertenso, restándole importancia a su propia salud; presentándose en el transcurso dificultades y repercusiones que afectan directamente al cuidador; quien a pesar de ello funciona como un soporte principal, que respeta su intimidad y su autonomía permitiéndole decidir en el cuidado para evitar su dependencia total.

Palabras clave: Cuidado, familiar cuidador, adulto geriátrico, hipertensión arterial.

Abstract

This qualitative research with case study approach, had as objective to describe, analyze and comprehend wich are the cares that the family caregiver gives to the adult geriatric complex with hypertension at home. Theoric bases was establishes by Waldow (2006) to caregiving, Quero (2007) to family caregiver, Technical Standard of Health to Comprehensive Care Health for Older Persons of MINSA (2010) to adult geriatric and Castro (2004) to hypertension (HBP). For data collection was used semistructured interview and non-participant observation. The stage was home of each caregiver, with sample of 8 families. The information obtained underwent analysis by Vítores (2004), where three categories emanated: care of adult family caregivers to geriatric complex with HBP, difficulties during the caring of adult geriatric complex with HBP and negative impact on the family caregiver during the caring of adult geriatric complex with HBP at home. Ethical principles were considered by Sgreccia (2001) and scientific criteria by Pastor (1999). The final consideration: family care is based in the development of activities that help to satisfy basic activities of adult hypertensive geriatric, downplaying their own health; who nevertheless acts as a main support, that respects their privacy and autonomy allowing them to decide about the care in order to avoid their total dependency.

Key words: caregiving, family caregiver, adult geriatric, hypertension (HBP).

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se está observando una inversión en la pirámide poblacional; queriendo decir con esto, que la cantidad de adultos mayores ha aumentado; los cuales por su condición física se encuentran susceptibles a muchas enfermedades, entre ellas las cardiovasculares y un claro ejemplo es la Hipertensión arterial (HTA). Esta enfermedad, actualmente representa un importante problema de salud pública¹. Es considerada el motivo de consulta más frecuente y que además presenta múltiples complicaciones²; es por ello que se evidencia un incremento de la tasa de morbi-mortalidad lo que estaría originando un impacto socioeconómico importante que afecta al 65% aproximadamente de los sujetos mayores de 60 años y a más del 70% de los mayores de 85 años³. Es así que cabe mencionar que la HTA es una problemática que se viene desarrollando en todas partes del mundo, y no solo en nuestro país. Se pudo ver según cifras estadísticas en América Latina, que al año mueren aproximadamente 800,000 personas con enfermedades cardiovasculares, la mayoría como resultado de la HTA. A nivel internacional se trata de una enfermedad muy común en todo el mundo que afecta a más del 20% de los adultos entre 40-65 años y casi al 50% de más de 65 años⁴. A nivel nacional; la HTA se inicia siendo un problema de salud pública, debido a que cada año más de 120 mil casos se presenta en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional⁵. En el Perú la HTA ocupa uno de los primeros lugares como causa de morbi-mortalidad en la población adulta y su prevalencia es de 10 a 40%^{6,7}. Esta se incrementa con la edad, siendo de 47,1 a 66% el índice de pacientes de la tercera edad quienes sufren de hipertensión arterial⁶. Esto se debe a un aumento significativo de la población de adultos mayores y a la declinación relativa de la población de menores de 15 años que para el año 2025 será en un 22,5% menor⁸. Además, según Regulo Agustí (2006), en su investigación “Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú”, halla que la prevalencia de HTA en la población general es del 23,7%, y en mayores de 60 años de 48%⁷. A nivel Departamental, en el año 2011 ocupó la segunda causa de morbilidad en la Consulta Externa del

Hospital Naylamp con 9,421 atenciones; y en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo el quinto lugar en Emergencia con 1002 atenciones^{9,10}. En cuanto al departamento de Lambayeque respecto a los problemas cardiovasculares, se consideran entre las diez primeras causas de enfermedades más frecuentes tales como la hipertensión que afecta a un 21% de la población en general¹¹. Así mismo, según los datos de morbilidad por grupo etareo mostrados por la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Lambayeque del 01 de enero al 31 de marzo 2013, se evidencia que hay 3401 habitantes que sufren de hipertensión arterial, siendo de mayor predominio en los adultos mayores ya que existen 1480 personas de 60 años a más que sufren este padecimiento¹².

En este sentido, las investigadoras lograron experimentar y observar durante el estudio de su carrera profesional, que un gran porcentaje de personas con avanzada edad padecen de HTA y por ende, requieren del apoyo de un familiar que los cuide y los ayude a satisfacer sus necesidades con facilidad, pues esta patología demanda cambios en el estilo de vida tales como: rutina, actividad física, cambio en hábitos alimenticios, consumo de medicamentos, visita al médico para controles permanentes; todo esto para la detección precoz y modificaciones de dichos factores como vía efectiva para disminuir la morbi-mortalidad y para reducir los riesgos cardiovasculares.

Con lo redactado líneas atrás se justifica la necesidad que tiene un adulto geriátrico de contar con una persona activa, responsable y comprometida; ya que el cuidado de este tipo de pacientes es una actividad muy compleja que involucra de forma determinante a todos los miembros de la familia, esto genera en la familia una responsabilidad para apoderarse de su nuevo rol de cuidador, dejando de lado su vida activa, laboral, social y emocional; a partir de ahí surgen las siguientes interrogantes ¿Cuáles son las vivencias del familiar cuidador del paciente geriátrico con HTA?, ¿Cuál es el nivel de conocimiento del familiar cuidador sobre el cuidado al paciente geriátrico con HTA?, ¿Cómo es el cuidado que brinda al paciente geriátrico con HTA por parte de su familiar cuidador?. Ante toda esta situación actual, es que se

generó la formulación del problema: ¿Cuál es el cuidado que brinda el familiar cuidador al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar. Chiclayo 2013?. El objeto de estudio fue: El cuidado del familiar cuidador al adulto geriátrico complejo con hipertensión. Siendo el objetivo: Describir, analizar y comprender cuál es el cuidado que brinda el familiar cuidador al adulto geriátrico complejo con hipertensión en el hogar. Chiclayo 2013.

La presente investigación se justificó en que, dentro del número de adultos mayores en aumento, se encuentran los pacientes geriátricos complejos, y este grupo de población son adultos con edad superior a los 80 años, que presentan una pluripatología de enfermedades crónicas³, además, que su proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante, es decir, lo imposibilita a realizar su propio cuidado; ante esto surge la necesidad de recibir cuidados que garanticen su calidad de vida; los cuales están muchas veces bajo la responsabilidad de sus familiares que cumplen el rol de cuidador. Es por ello que el desarrollo de esta investigación es importante porque aportará información necesaria que deben conocer las personas encargadas del cuidado de este tipo de pacientes para que realicen esta actividad con facilidad. Además es necesario tener en cuenta que la población geriátrica presenta un crecimiento especialmente en las últimas cinco décadas, lo que viene determinando un envejecimiento a nivel individual como a nivel poblacional; es así que ante este incremento poblacional surge la necesidad de que las enfermeras junto con el equipo multidisciplinario de salud se encuentren capacitados para poder afrontar este cambio. En lo que respecta al profesional de enfermería, este estudio promoverá el desarrollo de nuevas investigaciones en este campo tendientes a lograr un cuidado oportuno, adecuado y exitoso, comprendiendo la importancia de caracterizar a una población e identificar sus necesidades con el propósito de orientar y direccionar las intervenciones, además de contribuir al logro de la salud individual, familiar y social; porque hoy en día se está descuidando y desvalorizando el trabajo que realiza el familiar cuidador ya que hay pocas

investigaciones acerca de los cuidadores familiares y la gran labor que desempeñan.

Estructuralmente el trabajo de investigación está compuesto de 3 capítulos:

Primero: Marco teórico conceptual, contiene los antecedentes de investigación afines al objeto de estudio y el análisis de los conceptos claves.

Segundo: Marco metodológico, donde se describe la trayectoria seguida en la investigación, enfocando el método del estudio y destacándose los componentes del proceso investigativo, escenario, sujetos de estudio, análisis de los datos haciendo énfasis en el análisis de contenido.

Tercero: Profundización del Cuidado del familiar al adulto geriátrico con hipertensión arterial en el hogar, registra el análisis y discusión de las categorías: “Cuidado del familiar al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar”, “Dificultades durante el cuidado al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar” y “Repercusiones negativas en el familiar cuidador durante el cuidado al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar”.

Por último tenemos que este trabajo de investigación se concluye con la presentación de las consideraciones finales, producto de los resultados del estudio y las recomendaciones sobre el cuidado que brinda el familiar cuidador al adulto geriátrico con hipertensión arterial en el hogar.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes

Para esta investigación no se ha encontrado antecedentes directamente relacionados con el objeto de estudio, pero si se logró conseguir una investigación que se relaciona indirectamente, es la tesis realizada por: Guerrero M, Rojas E¹⁴, realizado en el año 2009 en Bogotá - Colombia. Titulado “Necesidades de Cuidado de los Cuidadores de Personas con Hipertensión Arterial en un Servicio de Atención Ambulatoria en Salud Bogotá - Colombia”, el cual tuvo como objetivo describir las necesidades de cuidado de los cuidadores de personas con presión arterial que asistan a un servicio de atención ambulatoria en salud: Bogotá - Colombia. La metodología que se utilizó fue un estudio descriptivo de corte transversal, realizado entre Enero y Mayo del 2009, con una muestra de 102 cuidadores de pacientes con hipertensión arterial que asisten a control en un servicio de atención ambulatorio en salud, durante los meses de enero a marzo del 2009. El instrumento utilizado se denomina cuestionario para describir las áreas de cuidado en cuidadores. Los resultados obtenidos mostraron que los cuidadores de pacientes con hipertensión arterial tienen cargas diferentes a los cuidadores de enfermedades discapacitantes, los cuidadores de pacientes con hipertensión arterial tienen necesidades que necesitan ser a satisfechas, estas necesidades son necesidades de conocimiento, auto cuidado o, soporte social, emocional y económico. Conclusiones: cada una de las necesidades de los cuidadores de pacientes con hipertensión arterial tienen características específicas a satisfacer por lo que se busca que los profesional de enfermería creen estrategias que apunten a la satisfacción de estas desde los resultados obtenidos en este estudio.

Como otro antecedente encontrado tenemos la investigación realizada por: Dos Santos, R; Tolstenko, L¹⁵, Contribución Familiar en el Control de la Hipertensión Arterial. Fue realizado en la ciudad de Teresina - Brasil, con personas registradas en el año de 2005, en el Programa de Hipertensión de un Centro Integrado de Salud. El estudio tuvo como objetivo analizar si la familia del hipertenso contribuye positivamente en el control de su presión arterial. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas individualizadas, utilizándose la Técnica del Incidente Crítico. Después del análisis de contenido se identificó que el elemento Consecuencia obtuvo 146 referencias, siendo 58 positivas y 88 negativas, definiéndose cuatro categorías: Aspecto Familiar, Aspecto Financiero, Aspecto de Salud y Aspecto Emocional. De acuerdo con los relatos se puede inferir dificultades en las relaciones familiares, preocupación del hipertenso en relación a sus descendientes y poca participación de la familia en el plan de cuidado del enfermo.

1.2. Bases teórico- conceptuales

Para dar mayor profundidad y comprensión a la presente investigación, la base conceptual abordó definiciones entorno a cuidado, familiar cuidador, adulto geriátrico complejo, hipertensión arterial.

Según Velandia¹⁶, el cuidado es una forma de amor, de expresión, de sentimientos volcados en un hacer. El cuidado ayuda al otro al quehacer, a realizarse y afrontar dificultades y crisis de la vida, siendo así un arte y una ciencia.

Sin embargo, para Larbán¹⁷, cuidar de alguien es cuidar de un sujeto con derechos, de un ser singular en la historia, que tiene identidad y personalidad propia.

Cuidar, también es un arte y una ciencia que exige conocimientos y actitudes especiales que a su vez implica el establecimiento de una relación afectiva con el ser que necesita recibir cuidado, por lo que el cuidar no es propio de los profesionales de la salud. El objetivo de los cuidados es amplia, va más allá de la enfermedad de acuerdo con Colliere: “es todo lo que ayuda a vivir y permite existir” por ello se dirigen hacia todo lo que estimula la vida¹⁸.

Para Pérez¹⁹, el cuidado en el ámbito familiar es voluntad, gesto, dar de sí para los otros, además de las cosas o de las acciones, este cuidado es dado con amor y en el momento preciso, para ello la familia crea estrategias, organiza y coordina sus movimientos cotidianos, conversan e interaccionan con los otros .

Mientras que para Waldow²⁰, el cuidado involucra comportamientos, acciones con conocimientos y sensibilidad, valores, habilidades y actitudes emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir. El proceso de cuidar está representado por un movimiento y espacio indefinidos, siendo los comportamientos y actitudes de cuidado: respeto, gentileza, amabilidad, responsabilidad, interés, seguridad, confianza, comodidad y solidaridad.

En este sentido para las autoras, el cuidado es una actividad cotidiana y permanente durante el proceso de la vida del ser humano, el cual favorece el desarrollo de comportamientos y conductas fundamentadas en valores, es así que la familia del adulto geriátrico con hipertensión arterial asume el cuidado brindado día a día, acompañado de sentimientos, emociones y experiencias, las cuales surgen de un conjunto de creencias, valores y costumbres que se han transmitido de generación en generación con el transcurrir de los años.

Es así que algunos autores clasifican al cuidado en: cuidado formal que es un tipo de cuidado profesional y lo proporcionan fundamentalmente todos los profesionales de la salud, formando un equipo multidisciplinario en el que actúan enfermeras, médicos, nutricionistas, psicólogos y son los que poseen una formación, capacitación y educación para proporcionar cuidados, por lo que reciben remuneración por el ejercicio de su labor, lo que de una manera u otra lo incentivan para realizar su rol. También existe el cuidado informal o familiar que es un cuidado no remunerado proporcionado por el familiar, amigos, vecinos, o parientes que se presta cuando hay una necesidad de cuidado personal en actividades de la vida cotidiana, donde el objetivo es que las personas enfermas puedan permanecer en su hogar; esta actividad generalmente lo desarrolla una persona, familiar o amigo cercano quien se ocupa de brindarle su apoyo tanto físico como emocional¹⁸.

Posterior a lo narrado se pudo señalar que en este trabajo de investigación se dará mayor énfasis a la labor que viene desarrollando los cuidadores informales o familiares, quienes constituyen los sujetos de investigación, porque ellos son quienes de forma prioritaria brindan apoyo tanto físico como emocional de manera permanente, comprometida y participan en la toma de decisiones, además supervisan las actividades de la vida diaria en busca de compensar las necesidades existentes del receptor de cuidado sin recibir ningún tipo de remuneración tan solo un lazo de consanguinidad es lo que los mantiene unidos y por ende es por tal motivo que lleva a ejercer esta labor con mucho amor y dedicación.

Ante lo mencionado anteriormente es que se habla de familiar cuidador; y Quero²¹, lo define como aquella persona que por consanguinidad o proximidad asume la responsabilidad de

cuidado de un ser querido que afronta una enfermedad, sin ningún tipo de retribución por la tarea realizada.

Por consiguiente es necesario recalcar que en diversos estudios realizados por Bermejo²², se muestra que el hecho de cuidar a una persona enferma o discapacitada supone cambios que afectan la vida no sólo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, con repercusiones negativas en la salud física y psicológica. Algunos autores hablan del “síndrome del cuidador” como una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en paciente y se produzca la claudicación familiar. Este síndrome se define como el deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo la realización de una determinada actividad (el cuidado del paciente) y que en castellano lleva implícito el significado de "quemarse". Exige cambios físicos como: fatiga emocional y física, aumento de la tensión arterial, jaquecas, tensión muscular, niveles bajos de energía, pérdida de interés; cambios emocionales tales como por ejemplo: depresión, fatiga, tristeza, insatisfacción, sensación de estar emocionalmente "vaciado", falta de energía para afrontar un nuevo día, sensación de incapacidad o de dar más de sí y cambios de comportamiento no habituales, cambio de actitud hacia el enfermo que puede ser visto, por primera vez, como difíciles, pesados, no cooperativos, problemáticos, etc.; cambio de actitud en relación a otros cuidadores, rechazo a iniciar los cuidados, intensificación de los mecanismos de defensa, disminución de la autoestima y rigidez de conducta.

Frente a todo esto se puede deducir que la tarea de cuidar es difícil, exigente y solicita retos a superar, puesto que implica largos periodos de tiempo a cargo del enfermo, originando en el cuidador desgaste físico, altos costos financieros, sobrecarga emocional, así

como riesgos mentales y físicos que en muchos de los casos se da cuando se olvidan de sí mismos y es frecuente encontrar cambios en el ámbito social cuando el cuidador se aleja de su círculo social por ejercer su labor de cuidador, otro cambio en el ámbito económico se da cuando el cuidador debe invertir en nuevos gastos y suprimir otros para cumplir con el tratamiento que demanda la hipertensión arterial y cambios físicos, es así como se desatiende a sí misma porque no toma el tiempo libre necesario para su recreación, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades y deja ciertas cosas de su vida personal porque el enfermo cada vez le absorbe más.

Con respecto a esta situación Alpuche²³, refiere que con el progresivo envejecimiento de la población y el incremento en las tasas de supervivencia a enfermedades crónicas y discapacidades físicas o psíquicas, se ha elevado el número de sujetos dedicados al cuidado de familiares enfermos. Teniendo en consideración lo anteriormente mencionado por el autor se puede aludir que es necesario tener en cuenta diversos criterios para brindar cuidado a una persona enferma, entre estos criterios encontramos: la edad avanzada y la dependencia de la persona, al encontrarse presentes dichos criterios surgiría la necesidad de cuidar al familiar debido a que hay una pérdida funcional propia de su misma edad y es ahí donde la familia cumple un rol importante porque es la principal proveedora de cuidados de salud, y que el cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco.

Y es así que según la finalidad de brindar los cuidados de salud a las personas adultas mayores el Ministerio de Salud¹³, los ha clasificado en cuatro categorías que se establecen al final de la primera consulta y constituyen el pilar fundamental del Plan de Atención Integral de Salud ya que permitirá identificar y priorizar a las personas adultas mayores para mejorar su calidad de vida, a

través de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, según la necesidad de salud.

Las cuatro categorías son las siguientes:

Persona Adulta Mayor Activa Saludable.- Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Persona Adulta Mayor Enferma.- Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo.

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

Persona Adulta Mayor Frágil.- Es aquella que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones: Edad de 80 años a más, dependencia parcial (según Valoración Funcional del Índice de Katz), deterioro cognitivo leve o moderado (según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer), manifestaciones depresivas (según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage), riesgo social (según la Escala de Valoración Socio – familiar), caídas (una caída en el último mes o más de una caída en el año), pluripatología (Tres o más enfermedades crónicas), enfermedad crónica que condiciona

incapacidad funcional parcial (Ej. déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros), polifarmacia (toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas), hospitalización en los últimos 12 meses, Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28.

El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la atención. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

Paciente Geriátrico Complejo.- Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones: Edad de 80 años a más, pluripatología (tres o más enfermedades crónicas), el proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total), deterioro cognitivo severo, existe problema social en relación con su estado de salud (según la Escala de Valoración Socio – familiar), paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses.

El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico como rehabilitador. Requieren de atención geriátrica especializada. El seguimiento de este grupo será realizado en Institutos, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y de Referencia, por un equipo interdisciplinario liderado por el médico especialista.

Por tal motivo cabe resaltar que al momento que se realizó la investigación se tomó como referencia al paciente geriátrico complejo que es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones como: una edad de 80 años a más, que presente una

pluripatología, es decir, que tiene tres o más enfermedades crónicas, además posee el proceso o enfermedad principal con carácter incapacitante (Katz: dependiente total), obtiene un deterioro cognitivo severo y además tendría que existir un problema social en relación con su estado de salud, según la escala de valoración socio familiar²⁴.

De esta manera se pudo decir que al momento que se realizó la investigación los sujetos de estudio cumplieron con criterios de inclusión y exclusión para poder participar de esta investigación; para ello se utilizó la escala de incapacidad de la Cruz Roja, física y mental, que fue publicada por primera vez en el año 1972, aunque llevaba utilizándose un año en el servicio de Geriátría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid donde se diseñaron como un instrumento para evaluar y clasificar a los ancianos residentes en su domicilio, dentro del área del hospital y poder localizar a aquellos que precisarán asistencia geriátrica domiciliaria considerando que se ha aplicado en muestras de ancianos de todo tipo, en la comunidad, en programas de atención domiciliaria, en diferentes secciones hospitalarias, residencias y centros de día²⁵.

Es así que la escala de la Cruz Roja sirvió como instrumento de evaluación de trascendental importancia para esta investigación porque ayudó a clasificar la capacidad de auto cuidado del paciente, tomando en cuenta el grado funcional que fue más próximo a su situación actual, se compone de dos subescalas: física y mental. Califica en forma de estadíos o grados de incapacidad, desde el "0" (normalidad) hasta el "5" (máximo grado de deterioro)²⁵. Pero es relevante mencionar que para esta investigación tan solo se utilizará la escala de evaluación física, que considera los siguientes parámetros: 1 Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total; 2 Tiene alguna dificultad en los actos diarios por

lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia; 3 Grave dificultad en los actos de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional; 4 Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual; 5 Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

Por otro lado Castro²⁶, menciona que la Hipertensión Arterial, es la elevación de la presión de la sangre que se presenta cuando los vasos sanguíneos más pequeños del cuerpo, arteriolas se estrechan, lo que hace que la sangre ejerza una fuerte presión sobre las paredes del vaso sanguíneo, esto genera el deterioro progresivo de las arterias generalmente las arterias del cerebro, corazón, riñón y ojos. Al mismo tiempo muchos expertos mencionan que sus síntomas por lo general son ignorados, coexistiendo las complicaciones de esta enfermedad las que hacen que el paciente recurra al médico. Tiene dos valores uno de ellos llamado valor sistólico o presión máxima, y que el régimen de normalidad varía entre 100 y 140 mmHg y otro llamado valor diastólico o presión mínima, que normalmente varía entre 60 y 90 mmHg.

De lo anteriormente expuesto, se puede deducir que un sujeto padece HTA, o que es hipertenso, cuando sus cifras tensionales exceden de 140/90 mmHg y que además persisten a lo largo del tiempo, es decir, existe un aumento de la presión sistólica sobre 140 mmHg y/o la diastólica sobre 90 mmHg, en muchos casos no se pueden evidenciar los síntomas es por tal motivo que a la HTA se le considera una epidemia silenciosa.

Ante toda esta problemática referida se puede indicar que la HTA, afecta la salud de los individuos en todas partes del mundo y es considerada como un factor de riesgo importante para desarrollar otras enfermedades como la Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedades Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal y contribuye significativamente a la Retinopatía por lo que constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública que aqueja a nuestra población trayendo consigo importantes repercusiones en el orden personal, económico y sanitario, además es responsable directamente de un alto porcentaje de muertes.

Así mismo Granda²⁷, al hablar sobre esta temática menciona que existen factores de riesgo que generalmente se hallan asociados al modo y estilo de vida de las personas modernas en donde se evidencian patrones de alimentación inadecuados. Entre otros factores tenemos el sedentarismo, los aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos y la compleja situación económico social generada por ella, a través del creciente proceso de la globalización, la tecnología, las migraciones, el envejecimiento, las condiciones sociales, económicas, políticas, las condiciones de vida, del trabajo, el estrés y la infraestructura quienes son los que favorecen el crecimiento de factores de riesgo, los cuales pueden ser modificables y no modificables. Entre los factores modificables están: El consumo de tabaco, de alcohol, de sodio, el sedentarismo, el estrés y dentro de los factores no modificables encontramos a los factores genéticos y familiares, el género y la edad.

Teniendo en cuenta los datos señalados anteriormente se puede decir que existen factores modificables porque son susceptibles al cambio por medio de intervenciones de prevención primaria que pueden llegar a minimizarlos o eliminarlos; es por tal motivo que este tipo de factores contribuyen a la erradicación de la

enfermedad, dentro de ellos encontramos el estilo de vida saludable, las prácticas de ejercicio, entre otros y así como encontramos factores modificables también existen los factores no modificables que no pueden ser modificados mediante ninguna circunstancia entre ellos tenemos la genética y la edad.

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

La presente investigación de tipo cualitativo, permitió describir, analizar y comprender cómo brindan cuidados los familiares cuidadores al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar y se tomó al sujeto de estudio como ser integral, en donde se utilizó como técnica de recolección de datos la observación no participante y la entrevista semiestructurada para así poder interpretar su contexto y su realidad en la que se desarrollan, además esta investigación se halló centrada en la búsqueda de explicaciones, percepciones y opiniones de los familiares cuidadores de adultos geriátricos hipertensos que nos proporcionaron datos descriptivos como las propias palabras de la persona, habladas o escritas y las conductas observables. Así mismo es flexible por que se adaptó al contexto del objeto de estudio.

Es por tal motivo que frente a todo esto se podría decir que este tipo de investigación permitió abordar la realidad investigada como parte de la experiencia vivida²⁹.

2.2. Abordaje metodológico

El tipo de abordaje de la investigación fue estudio de caso³⁰ que permitió realizar una investigación a profundidad sobre ¿Cuál es el cuidado que brinda el familiar cuidador al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar. Chiclayo 2013?, así mismo este abordaje nos permitió obtener conocimiento íntimo del estado emocional, actos y entornos que intervienen en su contexto y de esta manera se consiguió describir, enfatizar e interpretar el contexto, buscando retratar la realidad de forma

completa y profunda del cuidado del familiar del adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial.

Es importante también mencionar que en la presente investigación se consideraron tres fases según Nisbet y Watt²⁹:

1° Fase exploratoria o abierta: Es la fase donde se especifican los puntos críticos, es así que el estudio de caso comenzó a partir de la situación problemática, la cual se profundizó con la observación que hicieron las investigadoras. En esta fase se especificaron las preguntas moldeando la situación problema respecto al cuidado que brinda el familiar cuidador: ¿Cuáles son las vivencias del familiar cuidador del adulto geriátrico complejo con HTA?, ¿Cuál es el nivel de conocimiento del familiar cuidador sobre el cuidado al adulto geriátrico complejo con HTA?, ¿Cuál es el cuidado que brinda el familiar cuidador al adulto geriátrico complejo con HTA en el hogar?. Posterior a ello se constataron con la revisión de la literatura relacionada con el tema, con la finalidad de describir el objeto de estudio. Este estudio surgió a partir de la experiencia y la observación de las investigadoras durante el estudio de la carrera profesional en donde se evidenciaron los altos índices de pacientes hipertensos de edad avanzada que casi siempre requieren del apoyo de un familiar cuidador para satisfacer sus necesidades lo que motivó para profundizar el presente estudio y así definir la problemática e identificar el objeto de estudio de la investigación y elaborar un proyecto.

Se realizó la identificación de los sujetos de estudio para la recolección de datos, para ello se realizaron visitas domiciliarias en los hogares de los sujetos de estudio.

2° Fase Delimitación del estudio: se inició previa validación de instrumentos, para luego realizar la recolección de datos a través de los sujetos de investigación, se hizo firmar el consentimiento

informado a los sujetos de estudio, posterior a ello se realizó la entrevista semiestructurada y la observación no participante, de manera individual a cada uno de los familiares cuidadores, en el cual se utilizaron pseudónimos para que los entrevistados tengan mayor libertad de expresión, obteniendo mayor información sobre el tema investigado. La delimitación del estudio se realizó mediante la técnica de saturación, la cual consistió en dejar de recolectar información cuando los discursos ya no eran significativos para la investigación.

3° Fase análisis del informe: En esta fase se procedió a unir información, analizarla y tomar la disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre las relevancias e importancia de lo que se relata. Una vez que se obtuvieron las entrevistas se procedió a procesar la información, realizando la recolección de datos además de la transcripción de las entrevistas que se llevaron a cabo, haciendo un análisis profundo de los resultados obtenidos y confrontando con la literatura.

En la elaboración de esta investigación se tuvieron en cuenta también los principios del estudio de caso²⁹ que son los siguientes:

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento: este principio permitió en este caso analizar, comprender y describir cómo realiza los cuidados el familiar cuidador al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar.

Enfatizar la interpretación en el contexto: El presente estudio tuvo la finalidad de describir, analizar y comprender cuáles son los cuidados que brinda el familiar cuidador al adulto geriátrico complejo con hipertensión en su hogar.

Busca retratar la realidad en forma completa y profunda: es por tal motivo que en esta investigación se tomó en cuenta los aspectos

relacionados con la profundidad que las entrevistas revelaron; sumado a ello las experiencias que llegaron a dar más énfasis a las entrevistas.

Búsqueda de una variedad de fuentes de información: Este principio permitió recabar información proporcionada por una variedad de informantes en este caso los familiares cuidadores de adultos geriátricos con hipertensión arterial, para ello se tomaron en cuenta los criterios de inclusión de los sujetos de investigación, esto nos ayudó a obtener datos verídicos a través de la aplicación de la entrevista semiestructurada y la observación no participante.

Revelan experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales: a través de este principio tratamos de narrar las experiencias de los cuidadores familiares y adultos geriátricos complejos con hipertensión arterial, las cuales fueron descritas de manera precisa, de modo que pueden servir de referencia para su generalización naturalista, es decir, que pueden ser reconocidas como semejantes en otros escenarios con realidades similares.

Procura representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista: Se justifica este principio refiriéndose que los supuestos que fundamentan estas orientaciones sobre la realidad que puede ser horizonte de diferentes perspectivas no existiendo ninguna que sea exclusiva o verdadera.

Uso de un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento: Este principio permitió narrar de manera clara, precisa y sencilla las manifestaciones que cuentan los familiares cuidadores del adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial durante la entrevista abierta; se realizó de manera individual, además el lenguaje utilizado es entendible a todo público.

2.3. Sujetos de la Investigación

En la presente investigación se tomó como sujetos de estudio a familiares cuidadores del adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial, los cuales fueron identificados con seudónimos (nombres de flores), la mayoría de familiares entrevistados son mujeres, amas de casa, su grado de instrucción es primaria y secundaria. Los criterios que se consideraron son los siguientes:

Los criterios de inclusión:

Para el adulto geriátrico fueron: Tener una edad promedio de 80 años a más, que tenga hipertensión arterial, presente incapacidad funcional (3) según la Escala de la Cruz Roja²⁵.

Para el familiar cuidador fueron: la edad promedio de 25 a 45 años, viven permanentemente con el adulto geriátrico con hipertensión arterial mínimamente entre 6 meses, son su cuidador principal, además presentan lazos de consanguinidad como: nieta, sobrina, hija, nuera, las mismas que presentaron grado de instrucción: secundaria completa, superior inconclusa. Siendo sus ocupaciones: amas de casa, estudiantes. Así mismo asumieron voluntariamente su participación en la investigación.

Criterio de exclusión:

Familiares cuidadores que no deseen participar de la investigación, que sufran alguna enfermedad física o mental.

2.4. Escenario

El escenario donde se realizó el trabajo de investigación fue en la ciudad de Chiclayo, donde se ubicaron los hogares de los familiares cuidadores y quienes a su vez están bajo la jurisdicción

del centro de Salud “José Quiñones” ubicado entre las Av. Tumbes e Iquitos cuadra tres Urb. José Quiñones Gonzales y el Hospital Naylamp ubicado en Av. Bolognesi #200. Ambas instituciones pertenecen a la ciudad de Chiclayo, siendo esta una ciudad del noroeste peruano, capital de la provincia homónima y del departamento de Lambayeque. Es la cuarta ciudad más poblada del país alcanzando oficialmente y según proyecciones del INEI del año 2012, los 583.159 habitantes

Los hogares de los familiares cuidadores están constituidos por familias extensas en su mayoría conformada por más de seis integrantes unidas por vínculos de consanguinidad o afines, de condición económica media o baja y generalmente quien se encarga de cuidado del paciente geriátrico es un familiar.

Entre las características de la vivienda encontramos que generalmente la casa es de propiedad de un miembro de la familia quienes en su mayoría fueron: hijos y padres. Con respecto a las construcciones evidenciamos que eran de material noble, algunas son de un piso mientras que otras cuentan con segundo piso, poseen escaleras pequeñas, presentan servicios de luz, agua y desagüe. Con respecto a la habitación donde se encuentra el adulto geriátrico se observó que se ubica en algún caso en el primer piso y en otras situaciones en el segundo; ninguna cuentan con baño solo poseen una cama de plaza y media y una que otra de dos plazas con ropero y una mesita en donde se ve útiles de aseo como: champo, peines, colonia, talco; en algunas variaron los objetos. También se pudo evidenciar algunas sillas para sentarse otras estaban con ropa.

2.5. Instrumentos de recolección de los datos

El instrumento de recolección de datos en esta investigación fue la entrevista semiestructurada y la observación no participante²⁸. La

entrevista semiestructurada permitió plantear otras interrogantes que fueron necesarias al momento de entrevistar a los familiares cuidadores de adultos geriátricos con hipertensión arterial para cumplir con los objetivos del presente estudio de caso, es por ello que se realizó la validación de la entrevista, posterior a esto se realizó un muestreo piloto con tres entrevistas hechas a familiares cuidadores de adultos geriátricos que sufran de hipertensión arterial, dicho resultado permitió anular, modificar e incrementar algunas preguntas para mejorar la comprensión del grupo a investigar, realizando las correcciones respectivas y ejecutando la investigación es por ello que fue necesario dar a conocer la finalidad y conocer los aspectos generales a cada uno de los participantes y hacer firmar el consentimiento informado a los sujetos de investigación

En conclusión se señaló que la entrevista abierta a profundidad se planteó como una manera de comunicación con el sujeto de estudio, la cual fue grabada, a fin de obtener respuestas verbales, teniendo como principal tarea procurar que los sujetos se sientan suficientemente cómodos como para expresar sus experiencias de manera franca, directa y sin reservas, para lograr esto, las entrevistadoras crearon un ambiente permisivo que estimuló la espontaneidad de las respuestas de los familiares cuidadores. La entrevista abierta a profundidad constó de tres partes:

Presentación: es la parte informativa en la cual encontramos el objetivo del instrumento, el cual nos permitió conocer los cuidados que brinda el familiar cuidador, las experiencias de los familiares del adulto geriátrico hipertenso, las indicaciones permitieron al entrevistado conocer la utilización de la información brindada, así mismo se solicitó al entrevistado mucha veracidad en sus respuestas.

Datos generales: formado por el seudónimo el cual permitió el anonimato del entrevistado, en el caso de la investigación se utilizó nombre de flores, incluye grado de dependencia, esto ayudó a elegir a los familiares que participaron de la investigación, puesto que es un criterio de inclusión.

Cuerpo de la entrevista: en él se planteó las preguntas norteadoras ¿Cómo realiza los cuidados Ud. durante todo un día a su familiar geriátrico complejo con Hipertensión arterial? ¿Qué dificultades encuentra al brindar cuidado?, la cual sirvió de base para formular las preguntas auxiliares, que sirvieron para profundizar las entrevistas. (ANEXO N° 01)

Al aplicarse la observación no participante permitió mirar, tomar nota, obtener información y datos sin participar en los acontecimientos de la vida de los familiares cuidadores de pacientes geriátricos con hipertensión arterial, permaneciendo ajeno al mismo pero además toda esta información se anotó en el cuaderno de campo. (ANEXO N° 02)

2.6. Procedimiento

Primero se realizó una visita al Centro de Salud José Quiñones, donde nos contactamos con la enfermera responsable de la estrategia del adulto mayor, quien nos proporcionó información de los familiares cuidadores de adultos geriátricos con hipertensión arterial que acuden al centro de salud.

Luego se procedió a la elaboración de los instrumentos de recolección de datos, y posterior a ello se realizó una prueba piloto para la validación de dicho instrumento, aplicándose la entrevista abierta a profundidad y la observación no participante a sujetos de características similares a las requeridas para el desarrollo de la

investigación. De acuerdo a los resultados obtenidos se aprobaron y/o reestructuraron las preguntas a realizar.

Después de haber validado los instrumentos, el procedimiento seguido por las investigadoras fue presentar el proyecto de investigación a la Escuela de Enfermería para la emisión de la resolución respectiva y la carta de presentación que nos da el respaldo de la institución de formación, con estos documentos, luego nos contactamos con el director del Centro de Salud José Quiñones por que se realizó ahí la captación de los sujetos de cuidado para informarle sobre la ejecución del proyecto y solicitar con su respaldo, quien después de conocer los objetivos de dicha investigación nos otorgó el permiso correspondiente para conjuntamente con el personal poder realizar las visitas domiciliarias.

Los familiares participantes de la investigación fueron elegidos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, para realizar este procedimiento se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

Se dio a conocer el consentimiento informado, se les explicó los objetivos de estudio, garantizándoles la confidencialidad de la información brindada, luego de haber obtenido la firma de 8 familiares cuidadores participantes, se coordinó con cada uno de ellos el día y la hora de la entrevista, teniendo en cuenta la disponibilidad de las participantes.

El día de la entrevista, antes de proceder a realizarse la pregunta norteadora se realizó una breve introducción a cada familiar sobre la importancia de brindar un adecuado cuidado, lo que sirvió para mayor comprensión sobre las preguntas planteadas por las investigadoras.

Para la realización de las entrevistas se localizó un lugar adecuado, fuera de distracciones, donde los familiares colaboraron permanentemente con sus respuestas. Así mismo regresamos al hogar en dos oportunidades para repreguntar, profundizar aquellas entrevistas con respuestas superficiales o incompletas. También se logró realizar las observaciones no participantes y se anotó en el cuaderno de campo.

Por otra parte, para la obtención de la información se utilizó una grabadora de voz, en la cual se fue guardando cada detalle de la entrevista, cada entrevista varió en duración. Luego de haber obtenido los datos se procedió a transcribir la información proporcionada por las entrevistadas, para lo cual se utilizó el programa de Word 2007.

Así mismo se entrevistó a 8 participantes para la investigación, resaltando que los discursos fueron repetitivos a partir de la entrevista 7, y siendo una muestra pequeña se optó por entrevistar a 8 familiares cuidadores.

Por otro lado se entabló confianza con los sujetos de estudio para que se puedan expresar y de tal forma poder conocer sus sentimientos y pensamientos a través del instrumento elaborado²⁸.

2.7. Análisis de los datos

Posterior a la recolección de información se procedió a analizar los datos, para ello se utilizó el análisis de contenido que en este caso de la investigación fueron grabados y escritos para el registro de datos. El análisis de datos cualitativo tuvo como finalidad ordenar un gran volumen de información de modo que fue posible dar estructura y significado a los datos de la investigación.

El análisis de contenido comprende tres etapas; para el análisis del contenido, las investigadoras se guiaron través de las etapas de Vitores³⁰:

El Pre análisis: en la investigación se realizó mediante una transcripción de las entrevistas luego de la lectura y la relectura de los discursos, lo que nos permitió hacer observaciones sobre los mismos en la medida que las investigadoras elaboraron interpretaciones del material en bruto. Una vez realizada la entrevista, las investigadoras procedieron a la transcripción de los discursos para la lectura y relectura de los mismos, tratando de familiarizarse en todo momento con el contenido del instrumento, buscando obtener unidades de significados en relación al objeto de estudio.

La Codificación: permitió extraer las unidades de significados orientados al objeto de estudio para codificar la información para luego realizar la categorización. Es así que las investigadoras agruparon las entrevistas de los familiares cuidadores después se transcribió conforme a lo manifestado por los sujetos de estudio. Una vez determinadas las unidades de significado se procedió a la agrupación de las mismas según similitud de contenidos.

La Categorización: este procedimiento se llevó a cabo hasta haber clasificado todo el material disponible, sin embargo en la medida que se va progresando en dicha tarea, las investigadoras desarrollaron un criterio de clasificación que incluye o excluye contenidos de manera más o menos sistemática. En relación al material segmentado e identificado por medio de códigos a partir de los criterios propios de las investigadoras se fueron dando a las categorías conceptuales de mayor abstracción; es decir aquí las investigadoras realizaron la lectura y relectura de cada entrevista,

seleccionaron la información y buscaron temas recurrentes entre los discursos, agrupando y reagrupando los datos significativos.

2.8. Criterios éticos

El presente trabajo de investigación tuvo como sujeto de estudio al familiar cuidador del adulto geriátrico con HTA, el cual merece que sean respetados sus derechos y su dignidad humana sin permitir que se altere la credibilidad en la investigación. Por lo tanto en la presente investigación los criterios éticos estuvieron fundamentados en una ontología personalista, los cuales se utilizaron con la finalidad de evitar un daño con la investigación ya que, en la investigación cualitativa en su mayoría estudia a seres humanos y estos principios sirven para justificar determinadas acciones humanas., basado en los aportes de Elio Sgreccia³¹ para lo cual ha propuesto cuatro principios fundamentales que son guías de la acción, que debe especificarse en cada decisión.

Así tenemos que el primero de ellos hace referencia a: El valor fundamental de la vida.- Por consiguiente en la investigación se consideró en todo momento a los sujetos informantes como seres humanos con autoconciencia de sí misma, como centros unitarios, y el hecho de que una de sus dimensiones o vivencias puedan ser útiles para la obtención de información empírica, esto no disminuyó su grandeza y valor.

De esta manera para la presente investigación, se consideró a los familiares cuidadores, sujetos de estudio como un todo, donde se tuvo como prioridad su bienestar, procurando a cada momento el no perjudicar su integridad y cuidando todas sus dimensiones. Es decir, durante el estudio se respetó sus experiencias, creencias, respuestas y actitudes frente a las preguntas planteadas, y se le escuchó con atención.

El segundo principio propuesto por la bioética personalista es el de libertad y responsabilidad, por tanto en la presente investigación científica el uso de la libertad involucró que el investigador utilice su yo libre de manera responsable no viendo al sujeto de investigación como simple muestra de la población en estudio que contribuyó para el logro de la investigación, sino que, se tuvo en cuenta que las personas participantes son dignas de respeto, y por tanto se condujo con responsabilidad en el momento de determinar los criterios de inclusión y exclusión, así como al solicitar el consentimiento informado previo a las entrevistas a realizar.

En este sentido se respetó la libertad de los familiares cuidadores para decidir si participar o no en el estudio de investigación, teniendo de este modo cuidado en el momento de verter los resultados obtenidos tras las entrevistas, es así que las investigadoras actuaron con responsabilidad para no dañar a los participantes. De esta manera antes de iniciar la entrevista se procedió a detallar en qué consistió, de este modo se evitaron las dudas, y así mismo se les presentó el consentimiento informado, para garantizar la veracidad del estudio.

Finalmente conviene referirse al principio de socialización y subsidiariedad. A través de este principio las investigadoras se vieron comprometidas en difundir y explicar los resultados y beneficios de la investigación tanto al sujeto de investigación como las instituciones con similitud de contexto para que se aproveche la información como resultado de la investigación realizada. A nivel de relación con la persona la subsidiariedad comienza por el respeto a la autonomía del mismo.

Se dará a conocer a los familiares cuidadores, y a todo el personal de salud del Centro de Salud José Quiñones, los resultados de este

estudio, el cual permitirá adoptar estrategias que vayan en beneficio de la promoción de la salud. De la misma manera quedo una copia de esta investigación en dicho centro de salud, así también en biblioteca, para que otros estudiantes puedan tener un referencial y generar nuevas investigaciones en torno a dicho tema.

2.9. Criterios de rigor científico

En el desarrollo de la investigación se puso en práctica el rigor científico basado en los siguientes principios según Pastor³².

Confidencialidad: se mantuvo en reserva y en secreto la información dada por el familiar cuidador donde se les identificó con seudónimos elegidos por ellas mismas. Las investigadoras tomaron en cuenta la información expresada por los familiares solo para fines de investigación, asegurando en todo momento guardar en secreto y reserva, la información brindada por el sujeto de estudio.

Credibilidad: en los discursos se describieron los fenómenos obtenidos en la entrevista y la descontextualización teniendo presente siempre el valor de la verdad. Permitió a las investigadoras confirmar que los resultados de los datos dados por los familiares cuidadores sean verdaderos, mediante la utilización de grabaciones, regresando con el sujeto de estudio para confirmar sus respuestas, y verificando la interpretación adecuada, dando así más científicidad a la investigación.

Adaptabilidad: Las investigadoras creen que esta investigación es el punto de partida para otras nuevas investigaciones, ya que los cuidados que brinda el familiar al adulto geriátrico, es un tema de gran importancia y poco estudiado, permitiendo que otros investigadores analicen los datos y puedan llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador y generar propuestas ante

las experiencias de los familiares, para el beneficio de ellos mismos y de toda la sociedad en conjunto.

CAPITULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La presente investigación llevó consigo el análisis de datos según los sujetos de estudio, considerando sus aportes y opiniones emitidas por los mismos para alcanzar los objetivos propuestos por las investigadoras que fueron describir, analizar y comprender cuál es el cuidado que brindan los familiares cuidadores al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar.

Como producto del análisis de datos surgieron las siguientes categorías y sub categorías que dan cuenta del caso en construcción:

- I. Cuidado del familiar al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar.
 - 1.1. Ayudando en la movilización al adulto geriátrico complejo.
 - 1.2. Preocupación por la higiene al adulto geriátrico complejo.
 - 1.3. Apoyando al adulto geriátrico complejo en el vestido.
 - 1.4. Evitando complicaciones con una buena alimentación al adulto geriátrico complejo.
 - 1.5. Supervisando la toma de medicamentos al adulto geriátrico complejo.
 - 1.6. Promoviendo la recreación al adulto geriátrico complejo a pesar de las limitaciones.
- II. Dificultades durante el cuidado del adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar.
- III. Repercusiones negativas en el familiar cuidador durante el cuidado al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar.

CATEGORÍA I. Cuidado del familiar cuidador al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar.

Para iniciar la discusión de esta categoría, comenzaremos mencionando que, el cuidado según Waldow²⁰, involucra comportamientos, acciones con conocimientos y sensibilidad, valores, habilidades y actitudes emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir. El proceso de cuidar está representado por un movimiento y espacio indefinidos, siendo los comportamientos y actitudes de cuidado: respeto, gentileza, amabilidad, responsabilidad, interés, seguridad, confianza, comodidad y solidaridad.

En la presente investigación, el cuidado fue brindado a adultos mayores, los mismos que presentaban varias patologías que sumadas a su edad les impedía realizar actividades propias de su autocuidado; siendo este definido como una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar; por lo tanto la existencia de un déficit de autocuidado es la condición que avala la necesidad de los cuidados³³. Es por ello que en este caso los adultos en estudio necesitaban de una persona quien les ayude a realizar sus actividades, las mismas que se irán mencionando detalladamente durante el desarrollo del análisis.

En relación a la necesidad de cuidado, Donoso³⁴, refiere que los seres humanos requieren de mayor cuidado para desarrollarse durante la infancia y durante la tercera edad, más aun cuando se evidencia dependencia para realizar actividades diarias, tanto de tipo físico, social como mental.

Así mismo, al hacer mención de los adultos mayores, es frecuente que estos presenten enfermedades transitorias o permanentes, que los obliguen a permanecer en cama. La causa puede ser una afección neurológica (destacando las demencias y los accidentes vasculares cerebrales), cardiopulmonar, traumática, y otras³⁴. Por otro lado, la

enfermedad, la incapacidad y el sufrimiento son algunas de las circunstancias que causan vulnerabilidad, de la misma forma que durante la infancia y tercera edad, los individuos requieren de cuidado³⁵.

Esto se vio reflejado en los sujetos de estudio de la presente investigación, ya que estos fueron adultos mayores con edades entre 80 y 89 años, quienes además presentaban diversas enfermedades como la Hipertensión arterial, Diabetes, Parkinson; por lo que necesitaban del cuidado de otra persona.

Es así que Insúa, Madeo y Salinas³⁶, definen el envejecimiento, como un proceso diferencial que afecta a cada individuo en sus células, órganos y sistemas; y en cuanto a las modificaciones externas, estas también sufren un proceso de deterioro. Ejemplo de ello: la marcha cada vez más lenta, flacidez corporal, dificultad para erguirse, aparición de arrugas, disminución de la talla, deformaciones, etc., como consecuencia de ello los movimientos se tornan lentos, imprecisos y temblorosos.

Es entonces que ante lo mencionado, se afirmó que el envejecimiento causa fragilidad física, sumado a ello la presencia de enfermedades crónicas tal es el caso del Parkinson, Diabetes, entre otras; que originan en la persona cierta dificultad para realizar movimientos corporales y de esta manera logre efectuar y satisfacer sus necesidades de la vida diaria.

Esta situación se evidencia en la siguiente nota de campo: con fecha 28 de Setiembre del 2013, realizada dentro del hogar de Lirio, en donde se observó:

Siendo las 10 de la mañana, al visitar el hogar de Lirio, se logró evidenciar, que el adulto mayor cuando quiere levantarse de su cama y movilizarse a la ducha para realizar su higiene personal o realizar sus necesidades, llama a su familiar, quien acude inmediatamente. El adulto se sujeta de los brazos del familiar y se levanta con las piernas temblorosas hasta lograr ponerse de pie. Estando ya de pie se apoya en un bastón, y se observa al adulto con una posición jorobada, con la cabeza levemente inclinada hacia delante. Luego, tanto el familiar como el adulto caminan despacio y se dirigen lentamente hacia la ducha. Al momento de vestirse, el familiar cuidador le alcanza la ropa que va usar, y el adulto con las manos temblorosas coge un polo y se lo coloca lentamente; al momento de colocarse su pantalón, el adulto no puede hacerlo por sí mismo, ya que no logra ponerse de pie solo, sino que necesita ayuda de su

familiar para apoyarse de él; además de ello presenta cierta dificultad al momento de colocarse el botón. Por otro lado, cuando es la hora de comer, se logró observar, que el familiar le deja su plato servido, y el momento en que el adulto trata de llevar la cuchara a la boca, hay ocasiones en que se le cae la comida de la cuchara, por lo que su familiar lo asiste en todo momento.

En esta nota de campo, se muestra el caso de un adulto mayor que presenta la enfermedad de Parkinson; definida como un trastorno caracterizado por síntomas motores como temblor en reposo, bradicinesia (lentitud para iniciar y continuar los movimientos), rigidez y alteraciones en la marcha³⁷. Es entonces que se evidencia cómo es que esta enfermedad logra afectar y sobre todo dificultar la realización de ciertas actividades que a simple vista parecen fáciles; tal es el caso de caminar, vestirse e incluso comer, debido a los temblores en ambas extremidades que producto de esta enfermedad se manifiestan. Por otro lado, se vio reflejado el importante rol del familiar cuidador, al prestar siempre la ayuda necesaria y precisa para ayudar a satisfacer las necesidades del adulto bajo su cuidado preservando además su autonomía permitiéndole también ser partícipe de su autocuidado al momento de internar comer y vestirse.

Por lo anteriormente manifestado, es que se afirma que una enfermedad crónica y una hospitalización que requieren un periodo de convalecencia; o un periodo de fragilidad física asociado a un envejecimiento biológico normal, poco a poco exige más ayuda. Una de las situaciones más comunes y difíciles comienza cuando la persona o personas mayores, que viven en su propio domicilio con niveles relativamente altos de independencia y autonomía funcional, requiere de ayuda para la realización de aquellas actividades diarias, como el vestirse, alimentarse, bañarse³⁸.

Esto se observó en los sujetos de estudio, quienes se encuentran en cama de sus propios hogares, debido a que por su edad presentaron gran fragilidad física; sumado a ello su pluripatología crónica, lo que les ocasionó un gran cambio en su vida diaria, puesto que, en el momento de

satisfacer sus necesidades o realizar sus actividades, presentaron cierta dificultad y ya no fueron capaces de ejercer en su totalidad su auto cuidado. Sin embargo, cabe mencionar que esto no les resta autonomía, ya que Insúa, Madeo y Salinas³⁶, mencionan que durante el envejecimiento, es necesario asumir las modificaciones y transformaciones de nuestro cuerpo al llegar a la vejez como un momento evolutivo, más en el devenir de nuestras vidas, estas modificaciones no son del todo invalidantes, aun siendo negativas, y nos llaman a buscar nuevas y distintas forma de aprovechamiento del cuerpo acorde a las necesidades y requerimientos del mismo.

Por consiguiente, si los adultos mayores son incapaces de auto cuidarse deben tener cuidadores que los ayuden para realizar éstas actividades; definiendo a éstos (cuidadores) como aquellas personas que, por diferentes motivos, dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo para permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándoles a adaptarse a sus limitaciones en: el aseo, la alimentación, la movilidad, etc³⁸. Al mismo tiempo son quienes deben animar a los adultos mayores a hacer todo lo que ellos sean capaces de realizar por sí mismos para promover su independencia y ofrecer asistencia sólo en aquellas actividades en las cuales no tengan fuerza, movilidad, o habilidad para hacerlas³⁹.

Según lo manifestado y comparando con los sujetos de estudio de esta investigación se determina que los adultos eran incapaces de ejercer en su totalidad su auto cuidado, por lo que necesitaron de un cuidador, en este caso su familiar más cercano, quien convivía con ellos en el mismo hogar. Es entonces que se les atribuyó un Grado de dependencia (3), ya que según Trigás, Ferreira y Mejjide²⁵, se denomina así cuando la persona tiene grave dificultad en los actos de la vida diaria; deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Lo cual se observó más a fondo durante el quehacer diario de los familiares cuidadores, quienes

ayudan a los adultos bajo su cuidado a satisfacer sus necesidades básicas tales como vestirse, asearse, alimentarse, entre otros.

Es entonces que estas actividades al no poder ser realizadas completamente por los adulto mayores; pasan a ser parte del cuidado del familiar, el cual se refiere a proporcionar el mayor grado de bienestar al enfermo; clasificándolo de esta manera en cuidado informal²³; puesto que es un cuidado no remunerado, proporcionado por un familiar, amigos, vecinos o parientes cercanos; denominando a esta persona: “familiar cuidador”. Así mismo García, Rodríguez y Eguiguren⁴⁰, dan a conocer un perfil típico que debe poseer el cuidador principal: ser mujer, ama de casa, con relación de parentesco directo (madre, hija o esposa) y que vive con la persona que cuida.

En relación a lo antes manifestado, esta investigación refleja que los familiares cuidadores (Lirio, Violeta, Jazmín, Azucena, Girasol, Rosa, Geranio, Orquídea) son sexo femenino, quienes además viven junto con la persona a quien cuidan; pero a la vez se deduce que no se cumplen con todos los criterios del perfil del cuidador mencionados por Quero²¹, lo cual se constata con el parentesco de los siguientes sujetos de estudio (Lirio: nuera, Violeta: nieta, Jazmín: nieta, Girasol: nieta, Orquídea: hija, Rosa: sobrina, Geranio: sobrina y Azucena: nuera), quienes no presentaron un parentesco directo, sino que son familiares de tercera generación: nieta, nuera, sobrina, etc.

Por otro lado, al hablar nuevamente de la tercera edad, se recalca que la adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores, debido a que en esta edad pueden necesitar ayuda en actividades de la vida diaria, como acostarse o levantarse de la cama, para el aseo y limpieza personal, incluso a algunos haya que darles de comer. El mencionar estas actividades, es referirse a las actividades básicas de la vida diaria; por lo que son definidas como aquellas actividades relacionadas con la capacidad que posee un individuo para subsistir sin la

ayuda de nadie o de manera independiente. Implica la posibilidad de auto cuidado, es decir, alimentarse, asearse, vestirse, desvestirse y arreglarse por sí mismo. Exigen un funcionamiento físico y mental básico para moverse con libertad, estar de pie, levantarse, acostarse, cambiar y mantener posturas, así como poder desplazarse en su entorno⁴¹.

En el párrafo anterior se mencionaron algunas de las actividades básicas de la vida diaria, que en el caso de los adultos geriátricos complejos con hipertensión arterial de la presente investigación no son realizadas completamente por ellos mismos, por lo que se requiere que las personas que participen en su cuidado se caractericen de una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo de personas, lo que significa que será necesaria una actitud que implique valores como el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanitarios.

Lo antes mencionado, también da cuenta que cuidar implica muchas y variadas actividades de prestación de ayuda. Las tareas más frecuentes de los cuidadores podrían ser: Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.), ayuda para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañarle al médico), ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio, ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.), supervisión en la toma de medicamentos³⁹.

Lo mencionado por el autor, se pudo corroborar con los sujetos de estudio de la presente investigación, mediante el siguiente discurso:

...”Mi suegra se levanta, me llama, la voy a ver, le ayudo a vestirse, su aseo personal, le ayudo a sentarse en la mesa y le sirvo su comida para que ella coma; porque aún lo puede hacer sola... Para movilizarla de la cama a su silla le ayudamos porque aún puede caminar apoyándose de otra persona... Con respecto al baño, a ella le gusta asearse sola, la siento en un banquito; eso si yo la estoy mirando por cualquier cosa que necesite... Su almuerzo le doy de comer al medio día, yo le cocino aparte porque ella no puede comer condimentos, también bajo en sal y en azúcar... En la noche le doy de comer algo ligero como pan con un poco de mermelada light o con lo que ella guste... Para acostarla, yo le ayudo a cambiarse, la acuesto y duerme sola... Por su enfermedad ella toma Captopril, en la mañana y en la noche, después de comer. Para controlarle la presión no tengo los instrumentos. Hay una chica por mi casa que mide la presión y vive al costado de nosotros; ella viene 2 veces al día, en la mañana y en la

noche. A veces, cuando le duele la cabeza o le zumban los oídos también toma la pastilla; la chanco y le pongo debajo de su lengua”... (Lirio)

Lo referido en el discurso, refleja el quehacer diario del familiar en relación a los cuidados que brindan al adulto geriátrico; tal es el caso de la ayuda que le proporciona al adulto al momento de querer cambiarse, movilizarse, e incluso comer y tomar sus medicamentos. Estas actividades son realizadas por los sujetos de estudio día tras día, lo cual establece una serie de rutina en los hogares de estas personas y sobre la importancia que representa el familiar cuidador para el adulto mayor en la realización de sus actividades básicas. Así mismo cabe señalar, que se observa que en el transcurso de este quehacer, siempre se respeta la autonomía por parte del adulto mayor, es decir, cuando el sujeto de estudio menciona que la adulta puede comer sola, y en este caso su cuidador no interviene; lo cual se logra confirmar cuando se define autonomía como la capacidad de una persona para ejercer independencia de otra persona, pudiendo por ejemplo, tomar decisiones propias, funcionar sin necesidad de otro aparato, entre otros⁴².

Al hacer mención del desarrollo de las actividades de la vida diaria, que se realizan con similitud dan referencia al día a día del familiar del cuidador, puesto que es él quien ayuda al adulto mayor en el desarrollo y satisfacción de las mismas. Estas actividades diarias, aparentemente fáciles de desarrollar, adquieren un valor fundamental para los adultos geriátricos complejos, sobre todo para su cuidado, más aún porque ellos no lo pueden realizar por sí mismos; de ahí el valor que recae en los cuidadores cuando lo desarrollan de manera óptima o deficiente. Es así que el familiar cuidador organiza sus actividades de cuidado en relación de las necesidades básicas cómo: alimentación, baño y vestimenta; la mismas que se fueron mencionando durante el desarrollo de la investigación; es así que tenemos:

1.1. Ayudando en la movilización al adulto geriátrico complejo.

La movilización es una actividad muy importante e indispensable para los seres humanos, puesto que de ella depende la realización de las demás actividades que la persona quiere realizar. Ante esto Henderson⁴², menciona que la mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria, provocando la inmovilidad importantes alteraciones del cuerpo humano a todos los niveles.

Esta actividad se vio limitada y alterada por 2 razones principales: la primera relacionada a la edad, ya que en este caso los sujetos de estudio son adultos mayores con edades entre 80 y 89 años, lo cual se respalda con los autores Insúa, Madeo y Salinas³⁶, cuando mencionan que el envejecimiento, como un proceso diferencial que afecta a cada individuo en sus células, órganos y sistemas; y en cuanto a las modificaciones externas, estas también sufren un proceso de deterioro. Ejemplo de ello: la marcha cada vez más lenta, flacidez corporal, dificultad para erguirse, aparición de arrugas, disminución de la talla, deformaciones, etc., como consecuencia de ello los movimientos se tornan lentos, imprecisos y temblorosos. La segunda razón, sería el caso de las enfermedades que pueden afectar directamente los movimientos, tal es el caso de la enfermedad del Parkinson, la que es definida como un trastorno caracterizado por síntomas motores como temblor en reposo, bradicinesia (lentitud para iniciar y continuar los movimientos), rigidez y alteraciones en la marcha³⁷.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se recalca que en los sujetos de estudio de la presente investigación, se evidenció dicha alteración, puesto que presentaban limitaciones físicas a consecuencia de la edad y las enfermedades que padecían, siendo la más notable el Parkinson.

Por consiguiente dichas limitaciones se ven reflejadas al no poder levantarse por sí solos, no poder movilizarse de un lado a otro; teniendo estos dos problemas como base, les resulta aún más dificultoso que ellos puedan realizar sus actividades de la vida diaria por sí mismos, es por ello que requieren de un cuidador, en este caso su familiar. Por lo que es importante valorar el grado de movilidad que el adulto mayor tiene.

Ante lo mencionado se presentan los siguientes discursos en los que se evidencia:

...Al momento de acostarla, la acompaño, la ayudamos a trasladarla hasta su habitación... (Jazmín)

...Cuando mi tío quiere dormir, él mismo me avisa para poder acomodarlo en su cama... (Rosa)

Los discursos mencionados, reflejan la necesidad que surge en los adultos mayores en estudio, de que otra persona, en este caso su cuidador les ayude a movilizarse al momento de acostarse para poder dormir. Siendo esta actividad aparentemente simple y fácil de realizar, muy complicada para ellos. Así mismo cabe resaltar que los mismos cuidadores manifiestan que tan solo les ayudan, lo cual nos da a entender que esta actividad solo está limitada, más no anulada.

...Para movilizarla de la cama a su silla le ayudamos porque aún puede caminar apoyándose de otra persona... (Lirio)

...Cuando mi mamá quiere hacer sus necesidades, ella pide que la ayude a ir al baño, porque puede moverse con mi ayuda... (Orquídea)

En estos discursos mencionados, se evidenció con mayor claridad la ayuda brindada por los cuidadores, puesto que ellos mismos mencionan que los adultos mayores se pueden movilizar con su ayuda, bien sea apoyándose de ellos, tomando su brazo, e incluso usando alguna herramienta como es el caso de un bastón. Con esto se vuelve a determinar que estas personas no se encuentran totalmente limitados en relación al movimiento, por lo que necesitan de ayuda de una

persona, y es ahí donde resalta la importancia y lo indispensable que es el cuidador para el adulto.

Por otro lado en los discursos citados se vio reflejado además, cómo es que al verse limitada tan solo la movilidad, pueden alterarse otras actividades o necesidades, poniendo en peligro la independencia que presentan los adultos, debido a que requieren de una persona que los asista al momento de acostarse para descansar o poder ir al sanitario; lo cual confirma lo mencionado por Henderson⁴³: la mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria, provocando la inmovilidad importantes alteraciones del cuerpo humano a todos los niveles.

...Para hacer sus necesidades, la acompañamos, porque ella aún se puede movilizar un poco agarrándose del brazo de uno y con su bastón... (Violeta)

En este discurso presentado, se evidencia además, como es que a pesar las limitaciones que presentan los adultos mayores, algunos de ellos han aprendido a compensar sus limitaciones de movimientos usando instrumentos de ayuda como es el caso de los bastones. Muchos pueden ser capaces de mantener algún grado de movilidad si ellos tienen ayuda del cuidador, sobre todo al salir y entrar de la cama, sentarse y pararse.

Otro aspecto importante que cabe mencionar, son las caídas, que en este caso se pueden ver favorecidas por la misma fragilidad y las limitaciones que presenta el adulto mayor. Es por ello que se resalta la gran responsabilidad que tienen los cuidadores para prevenir que estas se presenten, puesto que traería consigo complicaciones, tal es el caso de las fracturas.

Esto se corrobora en el diario de campo con fecha 05/10/13 realizada dentro del hogar de Azucena, donde se observó lo siguiente:

“Siendo las 4 de la tarde, hora en que el adulto mayor está en la sala, con su radio escuchando noticias, se le observó acicalado, con ropa limpia. El ambiente donde se encontraba el adulto era la sala, la misma que estaba limpia, ordenada. Se logró ingresar a su habitación y se observó que tiene una ventana amplia, la cual se encontraba abierta; con buena iluminación. Así mismo se encontraba limpia, ordenada, con la cama bien tendida, con sábanas y cobertores limpios”

En la nota de campo presentada, se evidenció el orden y la buena iluminación de los ambientes en donde permanece el adulto, lo cual demuestra la preocupación de los familiares cuidadores por evitar las caídas de los adultos mayores. Las actividades de seguridad utilizadas por los sujetos de estudio son de mucha importancia, tal como lo refieren Papalia, Wendkos y Duskin⁴⁴: muchas caídas y fracturas se previenen al eliminar los peligros que suelen encontrarse en el hogar. Por lo que menciona una lista de seguridad para prevenir caídas en el hogar, tales como: escaleras y pasillos libres de obstáculos, con buena iluminación, pasamanos sujetos con firmeza; en los baños deben colocarse barras con sostén; en todas las áreas de estar, los muebles y otros objetos deben estar en áreas familiares y no en el camino, entre otros.

Por lo tanto ante todo lo mencionado cabe agregar que la movilización es una actividad, que el adulto mayor no puede realizar solo, es así que el familiar cuidador funciona como apoyo para que este pueda ejecutarla; así mismo trata en posible de propiciar un ambiente seguro para evitar accidentes y por ende futuras complicaciones.

1.2. Preocupación por la higiene del adulto geriátrico complejo.

La higiene personal es otra de las actividades que cobran mucha importancia para los seres humanos. Comprende el aseo diario del cuerpo y el cuidado de la imagen. Una buena imagen externa representa la dignidad individual y el aprecio de uno mismo. El aseo corporal será asumido por uno mismo en lo posible, ya que con ello favorece el auto cuidado y la independencia³⁹.

Lo que afirma el autor, se ve reflejado en los sujetos de estudio de la presente investigación, puesto que, la higiene personal es una de las actividades que los adultos mayores debido a su fragilidad física no podían realizar por sí mismos, es entonces que comprendía uno de los cuidados en los que el familiar cuidador ayudaba. Esto se pudo evidenciar y se plasmó en la siguiente nota de campo con fecha 11/10/13, realizada en el hogar de Girasol, donde se observó:

“Siendo las 10 de la mañana, hora en que la adulta mayor se baña, se observa que Girasol lleva a la ducha una silla de plástico con respaldo y agarraderas en los costados, a la que coloca debajo de donde cae el chorro de agua. Después de ello se dirige a la habitación de su abuela y le dice que ya está todo listo para que se bañe. Luego, le ayuda a desvestirse, la cubre con una toalla y la conduce hacia la ducha tomándola del brazo, en donde la sienta, le aplica un poco de shampoo en la cabeza, y mientras la adulta se lava el cabello, le ayuda a jabonarse el cuerpo especialmente en espalda y pies porque la adulta no puede hacerlo. Al cabo de unos minutos le ayuda a enjuagarse, luego a ponerse de pie, la cubre y nuevamente la dirige hacia su habitación, en donde al mostrarle varias prendas, la adulta escoge la que quiere usar. Seguido a ello le ayuda a colocarse la ropa, apoyándola cuando se pone de pie. Finalmente la peina, y entre sonrisas le dice quedaste muy linda abuelita.”

Al observar este contenido, se determinó que la adulta mayor depende parcialmente de su familiar para realizar sus actividades; en este caso, la higiene no era asumida o realizada por ella misma, debido a que su fragilidad física se lo impedía. No obstante, esto no deja de lado su importancia y la preocupación de parte del cuidador para realizarlo; puesto es él quien acondicionaba los medios necesarios para poder satisfacer esta necesidad; además, esta situación aflora grandes valores como el respeto y amor al momento peinarla, sonreírle y decirle palabras bonitas como “quedaste muy linda”; pero sobre todo se demuestra la paciencia del cuidador porque es una actividad que la realiza todos los días. Por tal motivo se afirma que todos estos valores son una manera de expresar el cuidado humano, definido por Waldow²⁰, como una forma de ser, de vivir y de expresarse.

En la nota de campo antes mencionado, también se vio reflejada, la preocupación del familiar cuidador por la seguridad del adulto mayor, cuando nombra los objetos que utiliza para el baño de la adulta, tales como: una silla de plástico con respaldo y agarraderas en los costados o cuando dice que la ayuda a conducirse a la ducha tomándola del brazo. Este tipo de medidas que utiliza el familiar, resultan de mucha importancia, puesto que ayudan a prevenir caídas o algún tipo de accidente que haga más crítico el estado de salud del adulto geriátrico complejo.

Para finalizar con el análisis de la nota de campo, cabe resaltar que, el familiar cuidador respeta en todo momento la autonomía del adulto geriátrico complejo, puesto que tan solo le adecúa el ambiente y ayuda a realizar aquellas actividades que le resultan difíciles e imposibles de realizar para el adulto. En este caso la adulta logra lavarse el cabello, camina con dificultad y participa al momento de colocarse su ropa.

Así mismo, cabe hacer mención que hay personas que acostumbran bañarse por las noches para poder dormir mejor, sin embargo, se sugiere, la ducha matinal porque resulta más estimulante e higiénica para comenzar el día. Aunque los adultos mayores pueden no necesitar de un baño completo a diario, ellos necesitan baños de esponja en áreas desaseadas a diario, o tan seguido como sea necesario. Se recalca además que, puede que los adultos mayores no alcancen todas las partes de su cuerpo, entonces se requerirá asistencia para completar el baño. Algunas estrategias de ayuda incluyen: Poner un pequeño banco o silla de plástico en la bañera para que la persona pueda sentarse si se siente fatigada³⁹.

Para el caso de las personas con fragilidad física como es el caso de los sujetos de estudio de la presente investigación; se menciona, que el baño siempre se ajustó a sus necesidades y a la situación en que se encontraban; sin tener que dejar de lado las costumbres que tanto el

adulto como su cuidador presentaron. Como se menciona en los párrafos anteriores, el baño puede realizarse en la ducha o en la cama, dependiendo de las limitaciones físicas y utilizando los materiales que faciliten su desarrollo. Este supuesto se objetiviza en los siguientes discursos:

...El baño lo realizamos a diario, siempre en las mañanas; la llevo a la ducha, la siento en un banco, y la comienzo a bañar. Ella también ayuda... (Lirio)

...Al momento de bañarla en la ducha ponemos una silla plástica, ahí se sienta, la comenzamos a bañar. El baño es inter diario, mayormente a las 10 o 11 de la mañana... (Jazmín)

...El baño lo realizo inter diario, la siento en un banquito en la ducha... (Violeta)

...A mi abuela le gusta que yo la ayude a bañarse, que siempre la acompañe, porque tiene miedo caerse y lastimarse, por eso yo la siento en una silla, y la comienzo a bañar... (Girasol)

Los discursos mencionados, reflejan que el baño es una de las actividades que los adultos mayores no logran realizar por sí mismos, por lo que requieren del apoyo de sus cuidadores; quienes condicionan el lugar, haciéndolo apropiado para el adulto. Como me mencionó en párrafos anteriores, esta es una manera de brindar seguridad con el motivo de evitar caídas y accidentes, que agraven el estado de salud del adulto. Así mismo se evidencia que el baño está incluido dentro de sus actividades diarias, lo que denota a la vez la gran importancia que representa para ellos. Por otro lado se identifica nuevamente que al realizar estas actividades demuestran el gran amor y cariño por parte de los familiares cuidadores.

...Con respecto al baño, a ella le gusta asearse sola, la siento en un banquito, ella se baña; yo la estoy mirando por cualquier cosa que necesito. Ella se baña 2 veces al día, todos los días... (Lirio)

...A mi mamá le gusta bañarse sola, ella tan solo me pide que la lleve a la ducha, pero yo estoy pendiente de lo que pueda necesitar... (Orquídea)

...Mi suegro es muy reservado, a él no le gusta que lo miren al momento de su higiene, por eso cuando quiere bañarse solo me pide que lo acompañe y lo deje en la ducha, si necesita algo él mismo me llama... (Azucena)

Además de lo mencionado en los discursos anteriores; en estos tres últimos relacionados con la higiene, se evidencia, que la totalidad de los cuidadores tienen muy en cuenta la autonomía del adulto mayor, puesto que respetan su decisión de querer bañarse solos, sin embargo en el tercero se logró evidenciar además, el respeto de la intimidad del adulto mayor, puesto que a pesar de la edad y el estado de salud en que la persona bajo cuidado se encuentra, se sigue aceptando su voluntad, tal es el caso, del adulto que no le gusta que lo miren al momento de su higiene.

Por otro lado, Nkongho⁴⁵, “el cuidador debe desarrollar habilidades para ofrecer el cuidado”. Ayudar a otra persona a la que se cuida, con los elementos críticos necesarios en una relación de cuidado, se maneja tanto el conocimiento como la habilidad. Por consiguiente los cuidados dependerán, por una parte del enfermo, su estado general y mental; y por otra, de los recursos de la familia. En general se intenta mantener su capacidad funcional, evitar complicaciones y lograr una buena calidad de vida, con comodidad y afecto³⁴.

Durante el desarrollo de la presente investigación, se evidenció que los familiares cuidadores, a pesar de no ser expertos en relación al conocimiento sobre las enfermedades que las personas bajo su cuidado presentaban; estos siempre hacían lo posible para que los adultos se sientan bien.

Esto se corrobora en el diario de campo con fecha 05/10/13 realizada dentro del hogar de Azucena, donde se observó lo siguiente:

“Siendo las 4 de la tarde, hora en que el adulto mayor está en la sala, con su radio escuchando noticias, se le observó acicalado, con ropa limpia. El ambiente donde se encontraba el adulto era la sala, la misma que estaba limpia, ordenada. Se logró ingresar a su habitación y se observó que tiene una ventana amplia, la cual se encontraba abierta; con buena iluminación. Así mismo se encontraba limpia, ordenada, con la cama bien tendida, con sábanas y cobertores limpios”

Lo descrito anteriormente muestra la preocupación del familiar cuidador por asegurar la higiene corporal tanto del adulto mayor,

como de la ropa que usa y sobre todo del ambiente en el que viven, esto determina en gran medida la importancia que representa la higiene para el cuidador. Ante esto, Henderson⁴⁴, afirma que el grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que presenta una persona, por lo que esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico. De igual manera cabe mencionar que el orden del lugar donde vive el adulto, le brinda seguridad, es decir, lo previene de presentar caídas, accidentes, las mismas que pueden poner en riesgo su salud. Así mismo Nightingale, mencionada por Nkongho⁴⁵, observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropas de camas) era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. De ahí, que surge la importancia y sobre todo la necesidad de mantener la higiene en todos los aspectos, para los adultos geriátricos complejos con hipertensión arterial; contribuyendo de esta manera con su bienestar; y por ende una mejor calidad de vida.

1.3. Apoyando al adulto geriátrico complejo en el vestido.

El vestirse y desvestirse, también resultó otra actividad importante para los sujetos de estudio, puesto que se encontró limitada debido a que los adultos mayores se encontraban enfermos, sumado a ello la edad que presentan (80 años a más) le ocasionada gran fragilidad física. Esto les impide levantarse y vestirse; es por ello que en estas situaciones entra a tallar el rol importante del familiar cuidador, ya que es éste quien le ayudará a satisfacer esta necesidad, tratando de alguna u otra manera, que el mismo adulto participe permitiéndole que él logre escoger su ropa.

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

...Mi abuela se levanta más o menos a las 9, yo la visto, pero ella elige su ropa. Para cambiarla, le ayudo a elegir su ropa... (Violeta)

...Mi suegra se levanta, me llama, la voy a ver, le ayudo a vestirse. Para acostarla, yo le ayudo a cambiarse... (Lirio)

Cabe mencionar además, que estos discursos reflejaron primeramente, la dificultad que presentan los adultos mayores para poder vestirse al momento de levantarse como también al acostarse, por lo que requieren de la ayuda de sus cuidadores; seguido a ello también se evidenció en todo momento la autonomía que presenta el adulto, puesto que los sujetos de estudio respetan en gran medida sus decisiones, como es el caso del instante en que los adulto geriátricos complejos eligen la ropa que desean ponerse.

Entre las estrategias que pueden ayudar al cuidador a vestir al adulto mayor tenemos: Proporcionar ropa que es fácil de ponerse. Para mujeres, evite la ropa con botones o cremalleras en la espalda, con múltiples botones pequeños, o en los cierres o los ganchos pequeños que son difíciles de cerrar; los vestidos o las blusas que se pueden poner por la cabeza o con cierre delantero son más fáciles para las mujeres mayores, las faldas o los pantalones con los cierres elásticos en la cintura son también más fáciles de ponerse y son a menudo más cómodas que la ropa con cremalleras, con los botones, o con los cierres de gancho. Para hombres, las camisas que se ponen sobre la cabeza o con botones en el frente y pantalones con elástico en la cintura son más fáciles de ponerse³⁹.

El uso de ropa con botones o cremalleras en la espalda, requiere de mayor habilidad al momento de usarla, lo cual resulta muy complicado para las personas que presentan fragilidad física debido a su edad y sobre todo a su estado de salud, para el caso de nuestros sujetos de estudio; el evitar este tipo de ropa les ayudará a que logren colocársela sin presentar mayor dificultad, lo cual evitará un pensamiento de dependencia total en su cuidado.

Esto se puede evidenciar en los siguientes discursos:

...Al momento de vestirla yo le digo qué es lo que quiere ponerse, me dice algo cómodo... (Jazmín)

...A mi mamá siempre le ha gustado usar ropa cómoda, por eso al momento de vestirla, ella es la que elige qué ropa ponerse... (Orquídea)

..Mi suegro siempre elige su ropa, mayormente es ropa suelta, cómoda; yo tan solo le enseño y le ayudo a ponérsela... (Azucena)

Mediante este discurso, se logra determinar que, el mismo (a) adulto mayor, pide usar algo cómodo, lo que significa el poder colocárselo sin alguna dificultad, igual para poder retirarla.

Es así que todos los cuidadores entrevistados, según los discursos mencionados anteriormente; refirieron que ayudan a los adultos al momento de vestirse, siendo esta la mayor dificultad para ellos, pero a la vez no se deja de lado sus opiniones al momento de escoger la ropa. Los cuidadores utilizan las estrategias antes mencionadas lo que facilita la actividad y así el adulto sigue teniendo control sobre su vida.

Por otro lado, cabe mencionar que un familiar cuidador debe poseer ciertas cualidades, al momento de brindar cuidado y apoyo a la persona bajo su cuidado, tal es el caso de procurar hablar al adulto mayor con voz suave y de frente, llamarle por su nombre, despacio, y ser paciente con él. Expresar claramente lo que debe hacer, sin dejar lugar a incertidumbre⁴⁶. Por ende, el familiar cuidador debe estar sensibilizado y habilitado para ayudar y apoyar durante estas circunstancias vulnerables; en este sentido, el cuidado tiene un punto de máxima importancia, pues los esfuerzos de buscar la restauración van más allá de lo físico.

Esta situación se corrobora en el diario de campo con fecha 28/09/13 realizada dentro del hogar de Girasol, en donde se observa:

“Siendo las 9 de la mañana, hora en que se levanta la adulta mayor, se evidencia que al llamado de esta a su familiar cuidador, Girasol (familiar cuidador) se dirige inmediatamente a su habitación sin hacerla esperar, le saluda sonriente dándole un beso en la mejilla y le pregunta: ¿abuelita que tal has dormido?; utilizando una voz suave, audible para la adulta; luego le ayuda a sentarse en su cama, para que pueda escoger la ropa que va usar. Al momento de enseñarle la ropa, se pudo

evidenciar que la adulta se demora al elegir, por lo que en ese momento se nota al cuidador algo impaciente, hasta el punto de tratar de convencer a la adulta, diciéndole esta polera te quedará bien, además te va mantener calientita y no sentirás frío; finalmente la adulta opta por aceptar y colocarse la ropa”.

En la nota de campo presentada, se observó que el cuidado no está enfocado tan solo en realizar actividades y satisfacer necesidades básicas, sino que también abarca palabras, gestos, expresiones, tal como menciona Waldow²⁰, cuando define al cuidado humano como: una forma de ser, de vivir y de expresarse. Con esto también se determina en gran medida el fuerte lazo familiar que existe entre el familiar cuidador y la persona bajo su cuidado.

Así mismo, se puede notar que un familiar necesita de mucha paciencia al cuidar a un adulto mayor, puesto que en este caso, la adulta necesitaba de mayor tiempo para poder elegir la ropa que quería usar; por lo que el cuidador opta por tratar de convencerla a usar la ropa adecuada, favoreciendo además su protección contra el frío. Ante esto Henderson⁴³, menciona además de constituir un elemento representativo de la personalidad de la persona, la ropa es un medio de protección fundamental de la persona contra el frío y el calor.

1.4. Evitando complicaciones con una buena alimentación al adulto geriátrico complejo.

Otra de las actividades es la alimentación, por lo que podemos mencionar que, en esta etapa de la vida es muy importante contar con una dieta adecuada y equilibrada que permita al adulto mayor desarrollar convenientemente sus actividades diarias y mantener un estado de salud satisfactorio. En los adultos mayores, el metabolismo basal se reduce aproximadamente en un 20% al tiempo que decrece sustancialmente la actividad física. Por tanto se deduce que, debido a que se necesitan menos calorías, hay que confeccionar dietas con un

menor aporte calórico y dietas que sean apropiadas para prevenir o retrasar algunas patologías crónicas³⁸.

Estos datos dan a conocer que en el caso de los sujetos de estudio; por la razón de ser adultos geriátricos y sobre todo complejos, debido a que presentan varias patologías crónicas; se reducirá en gran medida el desarrollo de sus actividades diarias; por lo tanto la cantidad de aporte calórico que requieren es menor; lo cual no significa que su dieta deje de ser balanceada, sino al contrario esta debe ser adecuada para mejorar su estado de salud.

Los adultos mayores necesitan una dieta balanceada de vitaminas, minerales, carbohidratos, grasa proteínas y agua, para satisfacer sus requerimientos de energía. Ellos necesitan ingerir la cantidad suficiente calorías para sus requerimientos energéticos³⁹.

Ante esto se menciona que la dieta que deben consumir los adultos mayores debe ser variada, es decir, que deben contener los nutrientes mencionados anteriormente, en cantidades proporcionales, sin que alguno se exceda en comparación del otro. Es por ello, que el familiar cuidador debe tener conocimiento suficiente sobre la enfermedad que presenta la persona bajo su cuidado, puesto que en el caso de padecer Hipertensión arterial, se exige restricciones en la dieta, como es el caso de las grasas y sal.

Durante la entrevista los cuidadores refirieron lo siguiente:

...Le cocino aparte porque preparo para mis hermanos y ellos comen muy salado y condimentado, y para mi abuela sin tanta sal. No comemos cosas muy grasosas que hagan daño, no soy adicta a las frituras, comida rápida... (Jazmín)

...Su almuerzo le doy al medio día, y le cocino aparte porque ella no puede comer condimentos, también bajo en sal y en azúcar. En la noche le doy de comer algo ligero como pan con un poco de mermelada light o con lo que ella guste... (Violeta)

...Le cocino a mi mamá sus alimentos, con poca sal y poca azúcar, yo también como lo mismo, porque mi mamá ya lleva muchos años con su enfermedad y ya me acostumbre a comer lo mismo que ella... (Orquídea)

...Mi abuelita sabe que no puede comer alimentos salados, dulces o grasosos, si yo le preparo algo así no lo come, es por eso que para ella yo le preparo su comida aparte. A mí no me gusta la comida sin sabor... (Girasol)

...Mi tío ya se acostumbró a comer comidas sin sabor, al igual que nosotros, sabemos que por su hipertensión tiene prohibido comer alimentos salados, grasosos, o muy dulces... (Geranio)

Los discursos antes mencionados, reflejan que los familiares cuidadores si tenían el conocimiento suficiente sobre las enfermedades que padecían los adultos (as) bajo su cuidado, puesto que en relación a su dieta éstas les preparaban alimentos distintos a los que ellos mismos consumían, es decir, que les cocinaban bajo en sal, grasas, entre otros; a comparación de ellos que consumían alimentos condimentados; tomándolo así como una medida de prevenir alguna complicación con la Hipertensión, es por ello que el preparar estos alimentos, era una actividad que realizan todos los días. Todo lo mencionado, se corrobora cuando Alarcón⁶, menciona que, no consiste solo en bajar las cifras de presión arterial, sino en un control prolongado de otros factores como los estilos de vida del paciente, entre ellos su alimentación.

Si bien es cierto, los discursos reflejan que los familiares cuidadores tienen conocimiento sobre la restricción de algunos alimentos, debido a las enfermedades crónicas que presentan los adultos mayores, cabe mencionar que ellos mismos (adultos) también tienen ese conocimiento, y son conscientes de que no puede comer ese tipo de alimentos, tal es el caso de lo referido en el cuarto discurso, cuando el sujeto de estudio menciona: *Mi abuelita sabe que no puede comer alimentos salados, dulces o grasosos, si yo le preparo algo así no lo come.*

La alimentación es una parte importante de nuestras vidas. Provee nutrientes al organismo y promueve la interacción social. Cuando las personas se sienten enfermas buscan alimentos adecuados que contribuyan a su bienestar. Algunos alimentos se comen no solo con objetivos nutricionales sino con objetivos médicos³⁹. La dieta debe ser

equilibrada, individualizada y variada. Los alimentos deben estar siempre a una temperatura adecuada. La comida debe ser a la misma hora y en el mismo lugar⁴⁶.

Según la guía de apoyo para cuidadores, el total de calorías deben ser aportadas por las grasas, alrededor de 20% a 25%. Los estudios afirman que el exceso en el consumo de grasas lleva a padecer riesgo de enfermedades degenerativas del corazón y los vasos sanguíneos, pero precisan, que no es tanto un problema de “cantidad” sino de “calidad”³⁹. Así mismo, el 55% restante de la dieta lo tienen que aportar los hidratos de carbono. En las personas mayores la capacidad de metabolizar los azúcares está disminuida y éstos pasan directamente a la sangre. Es importante por lo tanto reducir el consumo de azúcares simples y reemplazarlos por azúcares complejos. Los azúcares complejos se encuentran en los aceites vegetales. Los cereales, las frutas, las legumbres; además estos alimentos son ricos en almidón y aportan una gran cantidad de “fibra” beneficiosa para la prevención del estreñimiento y del cáncer de colon³⁸.

Lo anteriormente mencionado por Ebrad³⁸, refleja en los sujetos de estudio, la preocupación por una alimentación adecuada, lo cual se evidencia en la siguiente nota de campo con fecha 19/10/13 realizada en el hogar de Rosa, donde se observó:

“Siendo las 11 de la mañana, hora en que Rosa prepara el almuerzo para su familia, se observó que había hecho compras para preparar Tallarines con pollo, en el cual utilizó muchos condimentos, sobre todo sal. Después de ello empezó a preparar otro tipo de comida, la cual tan solo era sopa, con una porción de pollo, papa y escasos fideos; para el cual no utilizó condimentos ni demasiada sal. Al momento de almorzar, primeramente sirve 2 platos de tallarines con pollo, a los que acompaña con mayonesa; luego sirve un plato de sopa. Finalmente ayuda al adulto a sentarse en la mesa, y llama a su hijo, para que puedan almorzar todos juntos.”

En la nota de campo mencionada, se vio reflejada la participación del familiar cuidador en la alimentación del adulto, demostrando interés y preocupación por su alimentación al preparar un plato con ingredientes más saludables, a comparación del que él mismo

consumía el cual estaba preparado a base de muchos condimentos, y estos no favorecen la salud de adulto mayor, puesto que presentan enfermedades como la Hipertensión arterial y Diabetes por lo que deben evitar el exceso de grasas, dulces y sal.

Al hacer mención de la hipertensión y la diabetes, se determina que son enfermedades crónicas que requieren de la restricción de ciertos alimentos, tal es el caso de los mencionados anteriormente como: el exceso de grasas, dulces y sal. El sodio interviene en la regulación de líquidos en el organismo; un exceso de éste provoca retención de agua, así como ganancia de peso y/o presión arterial alta; es por ello que en el caso de los adultos mayores que presentan Hipertensión, el Sodio (Sal) se encuentra restringido⁴⁷. Y por último, en el caso de la Diabetes, esta es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales⁴⁸. Es por ello que se prohíbe el consume de alimentos ricos en azúcar, ya que estos aumentarían el nivel de glucosa en sangre y el riesgo de complicaciones sería mayor.

1.5. Supervisando la toma de medicamentos al adulto geriátrico complejo.

Elfenbein³⁹, también manifestó que entre las actividades más frecuentes que realiza el familiar cuidador, se encuentra la supervisión en la toma de medicamentos del adulto geriátrico complejo; lo cual se evidencia en los siguientes discursos:

...Mi tío tiene hipertensión y también diabetes, por eso tiene indicado tomar medicamentos; el que más toma es para la presión, Captopril, él mismo lo chanca y lo pone debajo de su lengua; yo lo vigilo mientras lo hace... (Geranio)

...Como mi tío tiene hipertensión, le pagamos a alguien para que venga a controlarle. Nosotros le compramos su Captopril, para que lo tome cuando le suba la presión. Yo aplasto la pastilla y le pongo bajo su lengua; por el sabor a veces mi tío me pide agua... (Rosa)

...Para la presión nosotros hacemos que le controle una muchacha que es enfermera, como ella tiene los instrumentos, viene dejando un día. Cuando esta aumentada toma Captopril, le pongo debajo de su lengua hasta que se derrita... (Azucena)

...Por su enfermedad ella toma Captopril, en la mañana y en la noche, después de comer. Para controlarle la presión no tengo los instrumentos. Hay una chica por mi casa que mide la presión y vive al costado de nosotros; ella viene 2 veces al día, en la mañana y en la noche. A veces, cuando le duele la cabeza o le zumban los oídos también toma la pastilla; la chanco y le pongo debajo de su lengua"... (Lirio)

Los discursos citados, dan a conocer, que los adultos mayores tan solo toman medicación por la Hipertensión arterial que presentan, enfermedad definida aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas; denominándola cuando la presión sistólica es mayor de 140 mmHg y la diastólica 90 mmHg²⁶. Es entonces que se vio reflejada la preocupación por parte de los familiares cuidadores, frente a esta enfermedad; al momento de brindar la medicación en el horario adecuado; actividad que es realizada a diario; expresando así, también su manera de cuidar, y brindar ayuda.

Así mismo, se evidencia que en el último discurso indicado, se hace mención, de algunos síntomas, por los que el familiar cuidador reconoce o se da cuenta que el adulto mayor presenta hipertensión arterial; tal es el caso del dolor de cabeza y zumbido de oídos; y por eso debe brindarle su medicación. Ante esto Alarcón⁶, menciona que, en general la hipertensión arterial por sí misma no produce ningún síntoma; es por ello se dice que la hipertensión arterial es una enfermedad traicionera, que sutilmente va minando nuestra salud hasta que el daño es tan grande que se expresa con complicaciones graves e irreversibles. Aun siendo así, debe tomarse la tensión arterial

cualquier persona que note algunos de estos síntomas que son muy inespecíficos tales como: cefalea, vértigos, tinnitus, alteraciones en la vista, fatiga fácil, entre otros.

Por consiguiente, cabe recalcar que en los discursos, se evidencia que la totalidad de adultos mayores en estudio tienen como tratamiento farmacológico el consumo de Captopril, siendo este un inhibidor del Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA) que da lugar a concentraciones reducidas de angiotensina II, que conduce a disminución de la actividad vasopresora y secreción reducida de aldosterona⁴⁹. Siendo esto similar a la investigación de Agusti⁷, en cuyos resultados del tratamiento farmacológico que recibían los hipertensos muestran que la gran mayoría (82.2%) recibía inhibidores de la enzima convertidora, seguidos por los calcio antagonistas dihidropiridínicos (12%) y luego otros hipertensores.

Por otro lado, estos discursos muestran que algunos de los cuidadores controlan la presión arterial de los adultos con los instrumentos necesarios como tensiómetro y estetoscopio; cabe resaltar que también existen algunos sujetos de estudio que no saben tomar la presión arterial y es por ello que recurren a terceros; es entonces que se ve la necesidad de capacitarlos, para que logren superar esta dificultad; pues este desconocimiento originaría un riesgo en la salud del adulto mayor, el cual incrementa mientras mayor sea el grado de hipertensión arterial, tal como menciona Alarcón⁶, cuando la presión sistólica es igual o mayor a 160 mmHg, generalmente en personas mayores de 60 años, se considera hipertensión sistólica y es un factor de riesgo para enfermedad cardio cerebrovascular.

1.6. Promoviendo la recreación al adulto geriátrico complejo a pesar de las limitaciones.

El envejecimiento, es una etapa que trae una consigo una serie de cambios, para aquellas personas que la afrontan. Insúa, Madeo y

Salinas³⁶, definen el envejecimiento, como un proceso diferencial que afecta a cada individuo en sus células, órganos y sistemas; y en cuanto a las modificaciones externas, estas también sufren un proceso de deterioro. Ejemplo de ello: la marcha cada vez más lenta, flacidez corporal, dificultad para erguirse, aparición de arrugas, disminución de la talla, deformaciones, etc., como consecuencia de ello los movimientos se tornan lentos, imprecisos y temblorosos.

Lo narrado anteriormente, da a entender que la afección física dificulta en gran medida la movilidad y sobre la libertad que posee la persona para dirigirse de un lugar a otro, para poder estar en contacto con otras personas e incluso sus seres queridos; debido a ello se crea una gran barrera entre el adulto y la sociedad.

En relación a lo manifestado; el desarrollo de la presente investigación, reflejó que los adultos mayores presentaban mucha dificultad para poder realizar esta actividad debido a su fragilidad física lo que les impedía movilizarse por sí solos. Es entonces que se determinó que esta actividad se encontraba bajo la responsabilidad total de los familiares cuidadores.

Es entonces que, Jiménez, Núñez y Coto⁵⁰, refieren que el adulto mayor no debe de recibir estos cambios solo; la compañía y el apoyo de los suyos le hacen bien; no debe de sentirse aislado para evitar que la depresión los consuma en un abismo de soledad y tristeza.

Ante esto se alude, que durante la visita a los hogares de los sujetos de estudio, tan solo se evidenció la presencia ocasional de uno a dos familiares del adulto, a parte del familiar cuidador, por lo que se puede deducir que el adulto no mantenía un contacto constante con sus demás familiares ajenos a su domicilio, lo cual puede conllevar a que el adulto se sumerja en un caso de depresión, soledad y tristeza⁵⁰.

Así mismo Papalia, Wendkos y Duskin⁴⁴, agregan que los roles de un adulto son las principales fuentes de satisfacción; entre mayor sea la pérdida de roles a través de la jubilación, la viudez, la distancia de los hijos o la enfermedad, menos satisfecha estará la persona.

Es por ello, que se aconseja la recreación, como una manera de evitar la soledad y tristeza en los adultos; siendo definida por Rico⁵¹, como un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creación y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento.

Por lo tanto se cree conveniente mencionar nuevamente, que recae en el familiar cuidador la responsabilidad de lograr satisfacer dentro de las posibilidades del adulto mayor, esta actividad. Dicha responsabilidad se vio reflejada en los siguientes discursos:

...Tratamos en lo posible de llevarlo a pasear, o visitar a sus hijos; porque ellos no quieren venir a la casa... (Lirio)

...A veces la sacamos a pasear, la llevamos al parque en su silla de ruedas. No es muy seguido porque vivimos en el segundo piso, y es difícil bajarla; me da miedo que se vaya caer... (Violeta)

En los discursos mencionados, se evidencia que los familiares cuidadores tratan el posible de sacar a pasear al adulto bajo cuidado, tomándolo de esta manera como una recreación para ellos. Sin embargo cabe resaltar que esta actividad nos les resulta fácil, debido a ciertos temores relacionados con la propia seguridad del adulto, como es el caso, del temor a caerse, o que se sientan mal debido a su enfermedad.

...Yo si salgo con mi mama a pasear, aunque no es muy seguido, porque me da miedo que se vaya a poner mal, y yo estoy sola, no hay quien me ayude. Pero siempre que puedo trato de llevarla conmigo, aunque sea para hacer compras o caminar un rato. Siento que cuando salimos ella se alegra mucho y se distrae... (Orquídea)

Este discurso refleja, la preocupación del familiar cuidador por la recreación de la adulta, así mismo cabe mencionar que en particular se muestra un efecto positivo de esta actividad, tal es el caso de que la adulta mayor se alegra y se distrae. Esto es respaldado por Rico⁵¹, quien menciona algunos beneficios de la recreación en áreas como: desarrollo físico y mental, logra la distensión, la relajación y el escape de tensiones frente al estrés y el cansancio, promover la conciencia de utilidad y autoestima; en el desarrollo humano y social, favorece el bienestar y satisfacción personal, fomenta la comunicación, la amistad y las relaciones interpersonales.

Si bien es cierto, algunos de los discursos mencionados revelan la preocupación por la recreación de los adultos mayores; en la presente investigación también se evidenció el descuido por parte de los cuidadores restantes, frente a esta actividad. Lo cual se corrobora con los siguientes discursos.

...A mi abuelo no lo saco a pasear, pienso que le puede hacer mal salir a la calle, es mejor que mis tíos vengan a la casa a visitarlo... (Geranio)

...Yo no lo saco a pasear, es muy pesado para moverlo, además él camina muy despacio, me demoraría mucho y no cuento con mucho tiempo, en la casa tengo muchas cosas que hacer... (Rosa)

...Yo prefiero estar siempre en casa, cualquier cosa que necesite estoy cerca para atenderlo, si salimos va ser muy difícil... (Violeta)

En los discursos se vio reflejada, la escasa importancia que representa la recreación del adulto mayor para los familiares cuidadores, ya que no le dedican tiempo a esta actividad; excusándose con las limitaciones que presenta el adulto y lo difícil que sería para ellos realizarlo.

Por otro lado, es preciso mencionar que los familiares cuidadores entienden por recreación tan solo el salir o pasear o visitar a sus familiares, por lo tanto se ve la necesidad de capacitación en relación a este aspecto, puesto que para Murillo⁵², la recreación en el adulto mayor también incluyen actividades como: físico deportivas (ejercicios

de expresión corporal, caminar), actividades manuales (pintura, adornos), actividades sensoriales (escuchar música, videos, televisión), artístico culturales (cantar, bailar, contar cuentos), actividades ocupacionales (tejidos, bordados), actividades ecológicas (paseos, visitar el campo, visitar los parques) y actividades psíquicas (lectura de la biblia, oraciones, ejercicios de relajación mental).

Finalmente ante todo lo mencionado en esta categoría; Quero²¹, establece que las actividades que realizan los familiares cuidadores en el hogar están relacionadas especialmente con la higiene, la alimentación, la vigilancia, el afecto y el apoyo, de esta manera tienen una presencia activa en el cuidado. Sin embargo, la familia permanece invisible para el sistema de salud, pero, paradójicamente a pesar de no estar reconocidos como tales, en la práctica se utilizan como recurso y son soporte básico afectivo y de cuidados en la estructura tanto hospitalaria como del hogar.

Ante esto se recalca que, si bien es cierto el familiar el cuidador es quien se encarga de realizar los cuidados al adulto geriátrico complejo, pues por esta acción aún no obtiene un importante reconocimiento, más allá de las paredes de un hogar. Sin embargo, como se menciona anteriormente en la práctica hospitalaria es utilizado como un recurso o soporte básico de cuidados, debido a que un profesional de la salud, e incluso una enfermera (o), no pueden permanecer al 100% junto al adulto; es por ello que se requiere del apoyo del familiar.

CATEGORÍA II: Dificultades durante el cuidado al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar.

Con respecto a esta temática se mencionó que existe un incremento en las tasas de supervivencia por enfermedades crónicas y discapacidades físicas o psíquicas, es por tal motivo que se ha elevado el número de sujetos dedicados al cuidado de familiares enfermos²³. Siendo la familia la principal proveedora de cuidados de salud, y que el cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco⁴⁰.

Teniendo en consideración lo anteriormente mencionado por el autor se puede aludir que es necesario tener en cuenta diversos criterios para brindar cuidado a una persona enferma, entre estos criterios encontramos: la edad avanzada y la dependencia de la persona, al encontrarse dichos criterios surgirá la necesidad de cuidar al familiar debido a que hay una pérdida funcional propia de su misma edad y es ahí donde la familia cumple un rol importante porque es la principal proveedora de cuidados de salud, y que el cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco. Sin embargo no todas las familias, ni sus miembros, responden de manera similar por ello se considera imprescindible valorar siempre: personalidad y circunstancias personales del enfermo; naturaleza y calidad de las relaciones familiares, reacciones y estilos de convivencia del enfermo y su familia en pérdidas anteriores, estructura de la familia y su momento evolutivo, red social de apoyo externo, personalidad y estilo de vida, nivel cultural y educacional de los miembros.

Es así que frente a lo antes mencionado por los autores y según la investigación dada por García, Rodríguez y Eguiguren⁴⁰, se señala que el cuidador obtiene ciertas características socioculturales y biológicas, como el ser mujer (esposa, hija, hermana o nuera), ya sea por vínculos afectivos o por una estrecha relación con el enfermo, desde los cuales ayudan al cuidado de personas con algunos grados de dependencia o

discapacidad, por lo que esta labor no se hace tan visible ni se reconoce socialmente; sin embargo, es evidente la reorganización de la vida familiar para adaptarse a la nueva situación.

En relación con la presente investigación, se evidenció que los sujetos de estudio no presentaron un parentesco directo, sino que son familiares de tercera generación (Lirio: nuera, Violeta: nieta, Jazmín: nieta, Girasol: nieta, Orquídea: hija, Rosa: sobrina, Geranio: sobrina y Azucena: nuera); siendo estas en su totalidad mujeres.

Estos datos son similares a los mencionados en la investigación realizada por García, Mateo y Maroto⁵³, titulada “El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres”, donde se pone de manifiesto el claro predominio de las mujeres como cuidadoras informales; siendo las cifras que ilustran este predominio: el 60% de los cuidadores principales de personas mayores, el 75% en el caso de personas con discapacidad y el 92% de los cuidadores de las personas que necesitan atención por cualquier motivo son mujeres.

Por consiguiente, los mismos autores agregan, que el cuidar entraña el desarrollo de actividades diversas, y con frecuencia implica asumir múltiples roles de cuidado: la cuidadora es enfermera, psicóloga, consejera, abogada y empleada en el hogar. Las cuidadoras adoptan a menudo otros roles de manera simultánea: se es cuidadora a la vez que madre, esposa, hija, ama de casa y/o trabajadora; y la dificultad para compatibilizar las distintas responsabilidades repercute en la vida de las cuidadoras⁵³.

Ante esta realidad, es importante tener en cuenta que las dificultades a las que se enfrentan los cuidadores surgen en un contexto en el que los recursos disponibles para ayudar a las familias afectadas son escasos e insuficientes y, si existen, no se distribuyen ni se aplican con la intensidad que sería deseable. Es por tal motivo que la enfermedad y el

cuidado del adulto mayor en el domicilio pueden conllevar a una serie de dificultades, como son:

2.1. Dificultades económicas durante el cuidado al adulto geriátrico.

Las dificultades económicas son vistas como uno de los elementos que más inciden en los cuidadores familiares, esto refiriéndose en aspectos que abarcan desde los desplazamientos para conseguir el diagnóstico de la enfermedad, el pago de Fármacos, tratamientos especiales, visitas médicas a especialistas entre otras⁵⁴.

Ante lo citado en el párrafo anterior, se menciona que la economía es un aspecto muy importante que sale a relucir durante el cuidado de una persona adulta mayor, más aún cuando esta presenta patologías que demandan gastos. Esto se pudo evidenciar en los sujetos de estudio de la presente investigación, debido a que los adultos mayores presentaban patologías crónicas, lo que les demandaba un mayor gasto.

Por lo tanto, es importante mirar la compatibilidad del cuidado con el trabajo que realiza el cuidador, analizando hasta qué punto la situación laboral pueda mantenerse igual que antes o si por el contrario, se hace necesario recortar la jornada laboral o incluso dejar de trabajar para así ocuparse totalmente de su rol como cuidador, por lo que los cuidadores requieren de un apoyo económico de otros miembros de la familia o cercanos al receptor del cuidado⁵⁵.

Relacionando este punto con los sujetos de estudio de la investigación, cabe mencionar que estos en su totalidad no contaban con un trabajo, y si lo tuvieron en algún momento, lo abandonaron; sumado a ello, algunos de los cuidadores tan solo eran estudiantes; lo cual refleja una dificultad al momento de querer realizar algún gasto, ya sea por

tratamiento, pasajes, e incluso para una emergencia que se pueda presentar.

Esta situación se evidencia en los siguientes discursos:

...No tengo mucho dinero porque ya no estoy trabajando; y es por eso que mi esposo se ocupada de todos los gastos, además lo que gana es muy poco, a veces no alcanza... (Azucena)

...Yo no tengo plata, mi papá era quien pagaba mis estudios y mis demás gastos, y ahora que cuido a mi abuelita no me quiere dar, por eso es que a veces no la llevo ni a sus controles porque no tengo para pagar los pasajes... (Violeta)

...Yo ya no puedo trabajar aunque quiera, estuve trabajando medio tiempo, pero no me alcanzo, por eso mi esposo es el que paga los gastos de las medicinas y a veces no nos alcanza y no podemos comprarlas siempre... (Lirio)

...Yo no estoy trabajando, los gastos de mi abuelo, lo pagan sus hijos, pero como ellos están lejos a veces no me envían plata, y si lo hacen me envían poco, a veces no alcanza... (Geranio)

En los discursos presentados, se evidenció que en su totalidad los familiares cuidadores no contaban con un trabajo, el cual sirva como soporte económico tanto en lo personal, como familiar. A raíz de esta falta de actividad laboral, es que se siente la necesidad económica al momento de solventar los gastos familiares y sobre todo los del adulto mayor por las patologías que padece, y sobre todo que la responsabilidad recae en la figura paterna del hogar (conyugue, padre).

Así mismo, se observa que el no contar con dinero, también es una dificultad en la manera que impide que el familiar logre solventar los pasajes para llevar al adulto a sus controles médicos, por lo tanto se afirma que esto puede significar un riesgo para su salud, puesto que en un control se pueden prevenir y/o detectar precozmente otras patologías, en el caso de los adultos mayores con patologías, el personal de salud le explicará sobre los daños identificados y las recomendaciones que requiera, así como la periodicidad en los controles¹³.

Por consiguiente en este punto, se vio reflejada la inestabilidad económica y sus consecuencias, tal como se evidencian en los sujetos de estudio de la presente investigación, puesto que al hablar de este tema, lograron mencionar que, el no contar con un trabajo les dificulta comprar lo que el adulto necesita, tal es el caso de sus medicamentos e incluso implementos que favorezcan el cuidado del adulto mayor.

Es así que se mencionan los siguientes discursos:

...Algunas veces, no me alcanza para comprarle sus medicinas, mi suegro toma Captopril dos veces al día, a las justas nos alcanza para comer. Mis cuñados no quieren aportar ni un solo sol... (Lirio)

En el discurso citado, se evidenció cómo es que la falta de trabajo y la falta de apoyo económico por parte de otros familiares, pueden afectar y poner en riesgo aún más la salud del adulto mayor, en el caso de que presente un cuadro de hipertensión y no cuente con los medicamentos que logren estabilizarla.

Lo mencionado anteriormente es de mucha importancia, puesto que la hipertensión al no ser controlada, representa un riesgo para la persona quien la padece; tal como menciona Alarcón⁶, cuando la presión sistólica es igual o mayor a 160 mmHg, generalmente en personas mayores de 60 años, se considera hipertensión sistólica y es un factor de riesgo para enfermedad cardio cerebrovascular.

Es entonces que es necesario el consumo de Captopril, puesto que es un inhibidor del Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA) que da lugar a concentraciones reducidas de angiotensina II, que conduce a disminución de la actividad vasopresora y secreción reducida de aldosterona⁴⁹; estabilizando de esta manera la presión arterial.

...Yo hubiera querido comprar los instrumentos para controlarle la presión arterial, pero lamentablemente no puedo. Además tengo que estar pagándole a una chica para que venga a controlarle, y a la larga es un gasto mayor... (Azucena)

Ante lo citado en el presente discurso, cabe mencionar, que si bien es cierto no es obligatorio tener en casa un tensiómetro y un estetoscopio;

siendo estos instrumentos que miden la presión arterial; su compra resultaría de mucha ayuda, puesto que el control de la presión arterial en un adulto que es hipertenso es de mucha importancia, debido a que se lograría actuar de manera oportuna para evitar complicaciones en la salud del adulto mayor.

Gracias a los siguientes discursos se pudo afirmar que son frecuentes las dificultades económicas, ya sea porque disminuyen los ingresos (disminución de la dedicación laboral) o porque aumentan los gastos derivados de los cuidados.

2.2. La falta de conocimientos como dificultad para el cuidado al adulto geriátrico complejo.

La falta de conocimiento es otra de las dificultades que se evidenció en los sujetos de estudio, durante el cuidado de los adultos geriátricos complejos con hipertensión arterial en el hogar.

Es así que se menciona que la persona que se dedica a cuidar a su familiar y que no ha sido preparada para asumir este rol, necesita adquirir conocimientos que le aclaren dudas y preocupaciones que se originan para cuidar a un paciente con enfermedad crónica, considerando que el informarse es parte de la adaptación necesaria para cumplir a cabalidad el rol del cuidador⁵⁶.

Ante lo referido, los sujetos de estudio de la presente investigación, lograron manifestar que ellos no planearon cuidar a los adultos mayores, sino que dicha responsabilidad se le presentó de un momento a otro. Así mismo agregan que en un inicio no contaban con los conocimientos necesarios sobre la enfermedad que padecían las personas que iban a quedar bajo su cuidado, por lo que no se sentían preparadas para asumirlo. Pero debido a los lazos de sangre que presentan y sobre todo porque no había otro familiar quien se hiciera responsable, tuvieron que aceptar.

Ante esta problemática, García y Montaña⁵⁶, refieren que el desconocimiento que viven los cuidadores sobre la patología que padece su familiar, genera en ellos molestias, angustias, desespero, ofuscaciones y reacciones no esperadas hacia el ser querido que cuidan, haciéndoles sentir incapaces de continuar ejerciendo su labor.

...La primera enfermedad que presentó mi abuelo es un Accidente Cerebrovascular, justo en ese momento es que me tocó cuidarlo, en un principio yo no sabía qué hacer, porque él no lograba moverse, se me hacía muy difícil ayudarlo a cambiarse, levantarse; pero poco a poco fui aprendiendo. Aún hay cosas que no sé por qué suceden... (Geranio)

...Mi suegro sufre de hipertensión, y yo no tenía un claro conocimiento de esa enfermedad, había escuchado algo pero nunca la había experimentado, en un principio no sabía nada, pero con las visitas al médico quien me explicó sobre la enfermedad y sobre todo por el tiempo que ya llevo cuidándolo he aprendido muchas cosas... (Lirio)

Los discursos presentados, muestran que los sujetos de estudio, no sabían cómo actuar, ni que hacer frente las enfermedades que presentaban los adultos mayores, debido a que eran desconocidas y ajenas a ellos. Por lo que esta necesidad indaga uno de los grandes problemas a los que tiene que enfrentar los cuidadores, como lo es la falta de conocimiento e información de la enfermedad que sufre el familiar al que está atendiendo. Este déficit incluye el desconocimiento de posibles complicaciones, prevención, continuidad del tratamiento, la importancia de visitas médicas⁵⁶. Sin embargo, el desgaste y sufrimiento causados por la inseguridad y falta de preparación podrían ser minimizados a través de la orientación, educación propiamente de los profesionales de la salud.

Cabe mencionar que en los discursos anteriormente citados, también se evidenció que los familiares cuidadores fueron superando el desconocimiento sobre las enfermedades que presentaban los adultos bajo su cuidado a través de la experiencia que fueron ganando con el paso del tiempo. Ante esto Ferrer⁵⁷, refiere que en la mayoría de familias, el cuidado es construido y modificado a partir de la acción y

reacción, de acierto y error, sin tener mucha preparación. Se percibe que el cuidado prestado por el familiar es mucho más instintivo, cultural y natural que el técnico y científico. Por lo tanto, esta manera de adquirir conocimiento sobre los cuidados, los diferencia del cuidado formal, puesto que los elementos diferenciadores residen en que el proveedor del cuidado formal es un profesional que oferta un servicio específico y que ha realizado una preparación que lo habilita; a ello se suma, que la prestación del cuidado por parte del cuidado formal es universal, se da a cualquiera que tenga la necesidad, sin pre exclusiones, mientras que el informal se circunscribe al ámbito familiar o doméstico del proveedor. Así también la relación asistente asistido, en el caso del cuidado formal, está caracterizada por una neutralidad afectiva en contra de la implicación emocional del cuidador informal.

Por otro lado, cabe resaltar que el tiempo que llevan siendo cuidadores los familiares, fue suficiente como para que estos se preocupen por capacitarse. Esta falta de preocupación se evidencia incluso en los profesionales de la salud, haciendo mayor énfasis en enfermería, puesto que son quienes presentan mayor contacto con las personas que asisten a un establecimiento de salud.

Esta problemática se evidenció en los sujetos de estudio, cuando se les hizo algunas preguntas básicas relacionadas con la hipertensión, tal es el caso de los valores normales de la presión arterial, donde respondieron que no se acordaban pero que lo tenían apuntado en un papel. La respuesta fue similar en algunos de los sujetos que contaban con los instrumentos para medir la presión arterial, quienes respondieron además que no sabían utilizarlos por lo que le pagaban a una vecina que sí sabía.

Es así que se muestran los siguientes discursos:

...Yo misma quisiera controlarle la presión todos los días, pero no puedo, aunque tengo los materiales yo no se come usarlos. Por eso es que le pago a una chica para que venga a controlarle, ya que tengo que darle sus pastillas cuando su presión está muy elevada... (Orquídea)

...Yo tengo los instrumentos para controlar la presión, pero no sé cómo se usan, e intentado pero se me hace muy difícil, por eso mejor le pago a alguien que sabe. Lo difícil de esto es que, solo le doy sus pastillas cuando se le sube mucho la presión y no sé en qué momento; yo no puedo estar pagando y pagando para que vengan... (Azucena)

En los discursos citados, se vio reflejado la falta de conocimientos que presentaban los familiares cuidadores en relación al control de la presión arterial, es por ello que se puede afirmar que esto es una gran dificultad.

Es así que se refleja en gran medida, cómo es que la falta de conocimiento influye en el actuar de una persona, más aún cuando esta se enfrenta por primera vez a una situación compleja; por ello se recalca la importancia que tiene el conocimiento y sobre todo la capacitación ante una enfermedad para optimizar el cuidado de la persona que lo padece, y de esta manera favorecer el restablecimiento de la salud y sobre todo evitar complicaciones.

2.3. Sintiendo la necesidad de apoyo en el cuidado al adulto geriátrico.

Como ya se viene mencionando anteriormente, el ser cuidador se convierte en un papel “inesperado”, en una carrera obligatoria que, a diferencia de otras ocupaciones, no está dirigida principalmente por las metas que cada cual se propone, sino por aquellas que vienen impuestas por el mismo desarrollo de la necesidad de cuidado al adulto mayor geriátrico complejo. Se trata con frecuencia de una experiencia prolongada, en la que pueden diferenciarse diversas etapas.

Siendo entonces el cuidador, aquella persona que, por diferentes motivos, dedica gran parte de su tiempo y esfuerzo para permitir que

otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándoles a adaptarse a sus limitaciones en: el aseo, la alimentación, la movilidad, etc³⁸.

Ante esto se menciona que el aceptar ser un cuidador es responsabilizarse al cien por ciento del cuidado de una persona, es decir, de su bienestar, necesidades y todo lo que pueda estar relacionado con la persona bajo cuidado. Es por ello que se asume que un cuidador debe estar preparado para todo tipo de situaciones.

Lo mencionado en estos párrafos, son una serie de dificultades que son ocasionadas en la persona, cuando la responsabilidad del cuidador recae tan solo en una persona. Este problema puede incrementar cuando se evidencian cambios dentro de la estructura familiar, en los roles y patrones de conducta de sus integrantes⁵⁸. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados^{11, 12}.

Esto se ve reflejado en los siguientes discursos:

...Mi papá está con mis tíos, porque ellos no le ayudan económicamente, por eso es que ellos casi nunca llegan a la casa... (Rosa)

...Mis hermanas quisieran venir a ayudarme a cuidar a mi suegro, o al menos ayudar a cocinar o limpiar, pero no pueden, porque hace varios años tuvieron un problema con mi esposo... (Azucena)

Lo dicho anteriormente, refleja cómo es que las relaciones familiares, más aún cuando son negativas, pueden afectar directamente al cuidador de los adultos geriátricos complejos, puesto que al haber un distanciamiento entre los familiares surge la imposibilidad de que estos logren compartir o ayudar en las tareas de cuidado.

También se mencionan los siguientes discursos:

...Tratar de movilizar a mi abuela es muy difícil, más cuando la quiero sacar de la casa. Tengo que llamar a algún vecino para que me ayude... (Geranio)

...Sería más fácil cuidarla, si me ayudara alguno de mis familiares, pero ellos no viven con nosotros, y casi nunca vienen... (Rosa)

...Quisiera que ayuden a cuidar a mi abuelita, pero mis tíos no pueden, porque viven lejos... (Violeta)

En estos discursos, se evidenció la dificultad que representa para los cuidadores, el no contar con una persona que les ayude a realizar las actividades que forman parte de su quehacer diario, incluso aquellas que son aparentemente fáciles de desarrollar tal es el caso de lograr movilizar al adulto mayor en estudio.

Por consiguiente, es necesario recalcar que el dedicarse a cuidar a una persona, no es tarea fácil para un solo cuidador, por el contrario es una situación que le genera mucha dificultad, puesto que en su quehacer diario es necesario realizar, por ejemplo, actividades que requieren habilidad, paciencia, y sobre todo fuerza, tal es el caso de la movilización y traslado las mismas que se deben desarrollar con la máxima seguridad posible; es por ello que se recomienda que el cuidador disponga de un familiar quien le ayude a realizar estas actividades, favoreciendo u optimizando de esta manera el cuidado.

2.4. Barreras arquitectónicas como dificultad para el traslado en el cuidado al adulto geriátrico complejo.

Nivardo⁵⁹, refiere que para las personas de edad avanzada, la vivienda y el entorno son particularmente importantes debido a factores como la accesibilidad y la seguridad.

En la presente investigación, el hogar de los sujetos de estudio fue un aspecto importante que valió la pena analizar, puesto que el ambiente en donde se hallaban instalados algunos de los adultos mayores en estudio no eran los adecuados refiriéndonos con esto a que vivían en el segundo piso del hogar; convirtiéndose por lo tanto en una barrera arquitectónica que dificultaba su ingreso y salida cada vez que era

necesario, la misma que es definida como cualquier característica que impide a las personas el acceso o la movilización a través de una casa o edificio⁶⁰.

Esto se evidenció en los siguientes discursos:

...Cuando queremos salir de la casa, con mi abuelo, es muy difícil porque él no puede caminar muy bien, y lo peor es que no puede estar de pie mucho tiempo; a veces busco alguien que me ayude, y sujetándolo bien logramos bajarlo... (Geranio)

...Tratar de bajarla al primer piso es muy difícil, porque para eso usamos una silla de ruedas, y hacerlo yo misma es peligroso, por eso es mejor con ayuda, he tratado de que ella baje caminando despacio pero no puede... (Orquídea)

...Quisiera que al menos alguien me ayude a bajar a mi suegro del segundo piso, porque es lo único que no puedo hacer sola, es muy difícil porque no es estable al caminar, y me da miedo que se me vaya a caer... (Lirio)

Para el caso de los sujetos en estudio, se pudo observar que el espacio donde vive el adulto se encontraba ubicado en el segundo piso de su vivienda, lo cual le genera mayor dificultad tanto al familiar cuidador como al adulto bajo su cuidado, al instante de querer ingresar o salir. Esto se evidencia al momento de querer trasladar al paciente, para llevarlo a su consulta médica, e incluso para su recreación, se les hacía difícil bajarlo por las escaleras, más aún porque los adultos presentaban fragilidad física y no conseguían estar de pie por sí solos; lo mismo que generaba inseguridad y sobre todo el temor de que el adulto pueda sufrir algún accidente.

Con respecto a la condición física del adulto, se evidencia que éste no se encuentra en la capacidad de poder movilizarse o trasladarse por sí solo de un nivel a otro; ya que Ebrad³⁸, refiere que el deterioro físico derivado del proceso natural del envejecimiento, asociado a la presencia de una o más enfermedades y al estilo de vida del individuo, puede provocar que los adultos mayores no consigan realizar por sí mismos las actividades más elementales de la vida diaria, entre ellas subir y bajar escaleras.

Ante esto se menciona que un adulto mayor debe permanecer en un ambiente que le genere seguridad al momento de necesitar entrar o salir de él. Es por ello que es recomendable que el ambiente de un adulto mayor, de preferencia esté ubicado en el primer nivel del hogar, lo cual es respaldado por Fernández⁶¹, cuando menciona que las mejores condiciones de seguridad las ofrecen las vías de acceso horizontal o en ligera pendiente y sin desniveles puntuales como bordillos, resaltes, etc.; es más, este tipo de vías facilitan el acceso y evacuación en condiciones de normalidad o emergencia. Por consiguiente, Ebrad³⁸, alude que en principio, para proteger al adulto mayor y facilitar las tareas del cuidador, debemos tratar, en la medida de lo posible y siempre que existan las condiciones para hacerlo, quitar cualquier peligro ambiental y simplificarlo al máximo; es decir, cuantos menos obstáculos hallan en su entorno, mayor seguridad tendrá.

CATEGORÍA III: Repercusiones negativas en el familiar cuidador durante el cuidado al adulto geriátrico complejo con hipertensión arterial en el hogar.

Existe evidencia contrastada de que cuidar a una persona dependiente supone con frecuencia una notable fuente de estrés que puede llegar a afectar, y de hecho afecta, de manera importante a la vida del cuidador. No es de extrañar que, dada la alta dedicación que exige el cuidado de una persona dependiente, los cuidadores sientan, por el hecho de serlo, afectados todos los demás ámbitos de su vida cotidiana. Según el ya citado informe del IMSERSO⁶², un 85% de los cuidadores entrevistados sienten que la ayuda prestada incide negativamente en su vida cotidiana, y ese sentimiento se acrecienta a medida que aumenta la edad del cuidador. Y es que el cuidado afecta, y mucho, en el desarrollo de la vida normal de los cuidadores, y se relaciona con problemas de diversa índole, que se hacen especialmente patentes en el cuidador principal. De ahí que en ocasiones se les llegue a denominar “víctimas o pacientes ocultos”. Unos cuidadores tan afectados que pueden llegar a experimentar en numerosas ocasiones un deseo creciente de institucionalizar a su familiar^{63 64 65 66}.

Además de ver mermado su tiempo libre y las actividades de ocio, de ver restringida su vida social, de tener dificultades en la vida familiar y laboral, ven alterada su propia salud. Los cuidadores presentan problemas de salud tanto físicos como sociales y psicológicos, los cuales, aun pudiendo afectar a todos los familiares de la persona mayor dependiente, se hacen especialmente acusados en el cuidador principal⁶⁷. Cabe reseñar además, que a pesar de que los cuidadores se vean afectados en el aspecto físico, social como emocional por el desempeño de su rol, muchas veces ellos mismos se niegan a aceptar que los síntomas que presentan pueden obedecer al hecho de que cuiden a su familiar⁶⁸. Pero no solo la observación de los profesionales de la salud que están en

contacto con ellos, sino también los continuos estudios realizados, demuestran de manera fehaciente el malestar experimentado por los cuidadores.

Toda esta problemática se hace especialmente patente en los sujetos de estudios de esta investigación según se evidencian en los siguientes discursos:

... Estaba estudiando y a raíz de que surgió la problemática con mis tías de que no podían venir a cuidarla tuve que dejar de estudiar para verla yo... (Girasol)

...Por cuidar a mi abuela, he descuidado cosas muy importantes, como mis estudios, mis amigos... (Violeta)

...El cuidar a mi tío, me quita muchas horas, y no tengo tiempo para hacer otras cosas... (Rosa)

...Por cuidar a mi mamá, he renunciado a mi propia vida... (Orquídea)

Los discursos mencionados, dan a conocer pequeños rasgos sobre cómo es que el dedicarse al cuidado de un familiar, puede alterar el ritmo de vida, ocasionado grandes cambios en el antiguo cotidiano tal es el caso de renunciar a muchas actividades. Por consiguiente se menciona que la vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función del enfermo, todo esto genera diversos cambios que traen consigo una serie de repercusiones como las que se pudieron evidenciar en esta investigación, tales como son: sociales, físicas y psicológicas.

Los estudios realizados por Crespo y López⁶⁹, sobre las repercusiones físicas en los cuidadores han tenido en cuenta indicadores objetivos de salud física (listados de síntomas o de enfermedades, conductas saludables o perjudiciales para la salud, etc.), índices clínicos objetivos (niveles en el sistema inmunológico, niveles de insulina, tensión arterial, etc.), y, sobre todo, valoraciones subjetivas de salud. Así, un 84% de los cuidadores experimentan algún problema físico⁷⁰ y siete de cada diez padecen dolores de cabeza y cansancio⁷¹. Más de la mitad de los cuidadores presentan trastornos del sueño y problemas osteomusculares

y una reducción o abandono del ejercicio físico que realizaban. Incluso ocasionalmente experimentan ahogos y fracturas. Algunos de estos problemas dolores musculares, problemas óseos, están directamente relacionados con las principales cargas físicas de la situación en la que se encuentran. Por todo lo anterior, no es extraño que los cuidadores mayores de 65 años que atienden a un esposo dependiente y que se sienten sobrecargados a tener un riesgo de mortalidad 63% mayor que quienes conviven con un esposo no dependiente.

Lo anteriormente referido, se ve reflejado en los siguientes discursos:

...Me duelen los pies, los riñones, la cabeza supongo del trajín que hago o el sol cuando salgo a comprar... (Geranio)

...Hay días que siento terribles dolores de cabeza, creo que a veces es por lo que pienso mucho en la enfermedad de mi mamá... (Orquídea)

...A veces tengo muchas cosas que hacer y las dejo de lado porque siento un malestar en el cuerpo, me duele, me siento cansada, siento mucho dolor de de huesos y no se a que se deba todo esto... (Violeta)

...Algunas noches no puedo dormir, porque me preocupa en estado de mi abuelita, si dormirá bien, como amanecerá, las medicinas que le tengo que comprar... (Girasol)

...Mi suegro está muy viejito, por eso me preocupo demasiado, a veces no logro dormir, pensando en lo que pueda pasar más adelante... (Lirio)

...Últimamente siento mucho dolor en la espalda, quizás es porque mi suegro es gordito y yo soy la que ayuda a levantarse de la cama y a moverse... (Lirio)

Estos discursos reflejan que existe una repercusión física en el familiar cuidador, ya que la mayoría de los sujetos de esta investigación presentan un deterioro físico, siendo los problemas más frecuentes: diversos tipos de dolores de cabeza, sueño, malestar, cansancio. Podría decir que existe una similitud frente problemática antes mencionada, así mismo como lo referido por los autores y la investigación de Merino⁷², titulada “Calidad de vida de los cuidadores familiares de niños con enfermedad crónica”, en donde muestra cómo la carga del cuidador se manifiesta en síntomas físicos relacionados con el sistema osteoarticular, seguido por síntomas generales, como las artralgias y cefalea. Así mismo autores como Larr y cols. o Holicky y Mc Griffin, citados por Natividad Pinto⁷³, en sus

diferentes investigaciones, determinan además que las alteraciones físicas representan una señal de alerta en los cuidadores y, por ende, un deterioro en su calidad de vida. También por intermedio de los discursos antes mencionados, se logró evidenciar que en estos se ve reflejado cómo es que el estado de salud de un familiar puede alterar el bienestar de su cuidador, manifestándose en las alteraciones del sueño, tal es el caso de no poder dormir debido a la preocupación que existe por la persona cuidada. Estas consideraciones coinciden con las encontradas en la investigación de Torres⁷⁴, en cuyos resultados hallaron que la mayoría de los familiares cuidadores refieren alteración en el patrón del sueño y cambios en el apetito.

Cabe resaltar que existe una mayor afectación de esta dimensión en cuidadores de total dependencia, puesto que estos asumen la responsabilidad total del paciente cuando lo ayuda a realizar todas las actividades que este no puede llevar a cabo y ello desencadena problemas de salud en el cuidador a comparación del cuidador supervisor de pacientes con enfermedad crónica con parcial dependencia⁷⁴.

Por lo tanto, el papel del profesional de enfermería es muy importante, pues desde la profesión se pueden crear programas de intervención a los cuidadores por medio de espacios colectivos e individuales con asesoramiento interdisciplinario (psicólogos, enfermeras, médicos y terapeutas), donde puedan realizar actividades lúdicas, como sesiones de relajación, manejo del estrés, gimnasia y conferencias de interés para los cuidadores, con el fin de mejorar su salud física y apoyarlo en todo lo relacionado con el mejoramiento de su calidad de vida.

Otra repercusión que encontramos en los cuidadores es también la Psicología que se la define como el reconocimiento y comprensión de su estado cognitivo y afectivo⁶⁹.

En el caso del cuidador, durante su labor de ayudar y ser partícipe en el cuidado de la persona con enfermedad crónica, pueden surgir problemas

para lidiar con su vida, puesto que no es tan fácil ejercer esta labor. Es así, que pueden presentar dificultades en concentrarse o recordar cosas, debido a que son muchas situaciones de las cuales debe estar pendiente, entre las que se mencionan: el rol que ejerce con la persona, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, además de las visitas constantes al médico y las actividades que realiza el cuidador en su vida cotidiana, como el ejercicio laboral, profesional y la vida personal que cada uno tiene⁷⁵.

Lo anteriormente mencionado se vio reflejado en los sujetos de estudio de la presente investigación, cuando refieren:

...Algunas veces, mis amigas y yo nos ponemos de acuerdo para salir a pasear, pero hay días en que tengo tantas cosas que hacer en mi casa, que me olvido, y cuando me llaman tengo que decirles que no puedo salir... (Geranio)

...Ha habido días en que he tenido que ir a reuniones de mi hijo en su colegio, pero ni me he acordado, por estar pendiente de mi suegro. Por eso es que mi esposo me dice que descuido mucho a mi hijo... (Lirio)

...Hay días en que siento que ya no tengo cabeza para otra cosa, sino para cuidar a mi mamá, solo pienso en ella, y en lo que le pueda pasar si yo me descuido de algo... (Orquídea)

...Cuando salgo hacer compras para mi hogar, siempre estoy pensando en cómo estará mi suegra, si quizás quiere ir al baño, o necesita algo, es por eso que no me puedo demorar mucho... (Azucena)

Al tener en cuenta estos discursos, se menciona que el estar pendiente del cuidado de un adulto mayor, sobre todo cuando presentan enfermedades crónicas; obliga a los familiares cuidadores, a tener un pensamiento total y permanente en la persona bajo su cuidado, dejando de lado e incluso olvidando lo que tienen que hacer. Por consiguiente es posible que estos cambios en la dimensión psicológica se incrementen cuando los cuidadores llevan ejerciendo su labor por más de tres meses, porque se entregan y dedican gran parte de su tiempo al cuidado, hasta llegar a centrarse de forma casi exclusiva en las necesidades del paciente, sin reparar en las propias. Con frecuencia, ello genera cansancio físico, sentimientos de enfado e irritabilidad, así como sentimientos de culpa

por considerar no alcanzar a hacer todo lo que su familiar necesite. Sumado a ello el ser único cuidador y no recibir apoyo alguno y el percibir que posiblemente su labor no es reconocida por los demás miembros de la familia, podría favorecer en la percepción de sentimientos de culpa, ira, dolor, no aceptación de la enfermedad del familiar y, como consecuencia, un deterioro en su dimensión emocional⁷².

Las repercusiones psicológicas que muestra el familiar cuidador se evidencia en los siguientes discursos:

...Me cambia de humor, me estreso con facilidad, y también a veces me aburro de hacer lo mismo... (Orquídea)

...Me estresa demasiado porque tengo que ver a mi hijo y tengo que ver a mi suegra, que es otra hija más para mí, no tengo tiempo para mí... (Violeta)

...Antes llevaba una vida más tranquila, ahora esto me limita, que me estresa, todos los días lo mismo, como que aburre... (Lirio)

...Me estreso con facilidad, y también a veces me aburro de hacer lo mismo... (Geranio)

...Me estresa demasiado porque tengo que ver a mi hijo y tengo que ver a mi suegra, que es otra hija más para mí, no tengo tiempo para mí... (Azucena)

Con relación al bienestar psicológico podríamos decir que la mayoría de los cuidadores familiares muestran un deterioro medio, con tendencia negativa e indicadores que demuestran que tienen problemas con su calidad de vida, no sienten felicidad, se sienten insatisfechos con su vida, están afligidos por atención que tienen a su familiar cuidador, tienen signos de decaimiento y perciben como malo su estado psicológico, en general, permitiéndonos argumentar que este deterioro es consecuencia del rol y de las implicaciones que conlleva el ser cuidador ya que se está expuesto al estrés, depresión, aislamiento y carga emocional.

Esta situación también se vio reflejada en los sujetos de estudio de la presente investigación, mediante la nota de campo con fecha 11/10/13 realizada en el hogar de Lirio, se observó:

“Siendo las 9 de la mañana hora en que Lirio, realiza el aseo de su hogar, se evidenció su fascie de desgano para realizar sus actividades diarias como: realiza movimientos lentos, hay momentos que se nota una fascie molesta, se muestra apática apenas contesta de manera muy fría y cortante cuando el adulto geriátrico lo llama. También en otra parte se evidencia amabilidad, gestos de cariño como abrazos, besos en la mejilla sonrisas, cosquillas, bromas y conversación afectiva”.

Esta nota de campo refleja, cómo es que un familiar cuidador emite su afección psicológica, tan solo con su expresión facial, tal es el caso de sus cambios de humor al notarse por momentos: molesta, cansada, alegre. Es entonces que ante lo mencionado, se recalca que la carga del cuidador conlleva a importantes consecuencias negativas tanto para el cuidador como para el ser cuidado por eso es necesario evitar sobrecargarse y todo esto se logrará compartiendo la carga del cuidado con otra persona, también debe tomar conciencia de que sólo podrá desempeñar satisfactoriamente su labor si ellos mismos se cuidan por que los cuidadores que afrontan el cuidado con más éxito son aquellos que asumen la necesidad de cuidarse y así contribuyen a tener una mejor calidad de vida para la persona que cuidan como para ellos.

Después de lo expuesto por Bermejo²², y según los hallazgos encontrados en los discursos anteriores se puede entender que el familiar cuidador del adulto geriátrico frente a situaciones que no le corresponden; limitan sus capacidades y/o actividades, llegan a convertirse en un caos emocional para el cuidador, alterando de esta manera su estabilidad física-emocional, donde traerá y repercutirá no sólo en la salud del adulto geriátrico complejo sino de toda la familia en general es por ello que no debe extrañarnos que el familiar cuidador sufra alteraciones emocionales que se convierten en una repercusión negativa y que puede llegar a afectar su salud del familiar cuidador, en tanto que el adulto mayor geriátrico complejo necesite del mayor tiempo posible de su presencia, de un número alto de actividades y/o tareas que lo alejan de las propias y no pueda suplir las mismas.

En solución frente a esta problemática podríamos señalar que es, necesario que la familia se organice, se reestructure según las posibilidades de cada uno para cuidar al adulto geriátrico, evitando que la responsabilidad caiga en un solo miembro de la familia, esto contribuirá no sólo a un óptimo cuidado de la persona geriátrica, sino a que el acto de cuidar/cuidado sea aprendido, re-aprendido como una acción cargada de valores y de conocimientos de aquellos que cuidan con el ser que es cuidado. En este sentido el familiar o los familiares cuidadores dejan el papel de simples cuidadores a convertirse también en seres cuidados, que aprenderán a cuidarse y a cuidar a su familiar geriátrico complejo con hipertensión arterial⁷².

Según las investigaciones de Crespo y López⁶⁹, las mujeres tienen una mayor probabilidad de verse afectadas emocionalmente como consecuencia del estrés causado por su rol de cuidadoras que los varones. Así, experimentan mayores niveles de ansiedad, hostilidad depresión o una peor salud mental en general. Además, las esposas experimentan una mayor depresión que los esposos, pero no hay diferencias entre hijos e hijas. Las mujeres incluso llegan a experimentar mayores niveles de presión sanguínea y de tasa cardíaca que los cuidadores cuando se encuentran ante una tarea.

Quizás las mujeres se ven más afectadas emocionalmente porque los varones proporcionan menos cantidad de apoyo, se distancian más emocionalmente y buscan más el apoyo de otros familiares en el desempeño de su rol. Las mujeres por su parte emplean más tiempo y tienen una mayor dedicación a sus familiares, especialmente en las tareas que hay que realizar diariamente. De hecho, las mujeres tienden a asumir el rol de cuidador/a principal, mientras que los varones tienden a asumir el rol de cuidador secundario, proporcionando ayuda a las cuidadoras principales cuando lo necesitan para tareas todo lo antes referido fue constatado con la realidad y se podría afirmar que tiene razón porque la mayoría de sujetos de estudio fueron de género femenino.

Finalmente durante el estudio encontramos las repercusiones sociales que hace referencia Ferrel⁷⁵, a la percepción del individuo acerca de las relaciones interpersonales, el rol social en la vida, como necesidad de apoyo social y familiar y el desempeño familiar. Estos elementos que conforman la vida social de toda persona pueden alterarse en el cuidador, ya que brindar cuidado requiere tiempo y dedicación; además, en ocasiones, no se cuenta con el apoyo de otros miembros familiares. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados^{11, 12}.

En definitiva, ser cuidador se convierte en un papel “inesperado”, en una carrera obligatoria que, a diferencia de otras ocupaciones, no está dirigida principalmente por las metas que cada cual se propone, sino por aquellas que vienen impuestas por el mismo desarrollo de la necesidad de cuidado al adulto mayor geriátrico complejo. Se trata con frecuencia de una experiencia prolongada, en la que pueden diferenciarse diversas etapas.

Así mismo, Bermejo²², afirma que el hecho de cuidar a una persona enferma o discapacitada supone cambios que afectan la vida no sólo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social. Lo cual se corrobora con los discursos mencionados por los siguientes sujetos de estudio:

...Por cuidar a mi abuela, he descuidado cosas muy importantes, como mis estudios, mis amigos... (Violeta)

...El cuidar a mi tío, me quita muchas horas, y no tengo tiempo para hacer otras cosas... (Rosa)

...Por cuidar a mi mamá, he renunciado a mi propia vida... (Orquídea)

...La enfermedad de mi abuela, ha creado problemas entre mi papá y sus hermanos, porque ellos no quieren apoyarnos... (Girasol)

Los discursos mencionados, dan a conocer pequeños rasgos sobre cómo es que el dedicarse al cuidado de un familiar, puede alterar el ritmo de vida, ocasionando grandes cambios en el antiguo cotidiano tal es el caso de renunciar a muchas actividades. Por consiguiente se menciona que la vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función del enfermo y todo esto genera diversos cambios incluso en ocasiones, especialmente en las enfermedades crónicas y degenerativas, no son las atenciones las que se adaptan al horario de los cuidadores sino que todo el horario se adapta en función del enfermo al que se atiende: horario laboral, de comidas, de vacaciones⁶⁰. Además frente a toda esta temática se pudo afirmar que la enfermedad y el cuidado del adulto mayor complejo en el domicilio pueden conllevar a una serie de alteraciones porque la tarea de cuidar es difícil, exigente y solicita retos a superar, puesto que implica largos períodos de tiempo a cargo del enfermo originando en el cuidador, desgaste físico, altos costos financieros, que en muchos de los casos se da cuando se olvidan de sí mismos y es frecuente encontrar cambios en el ámbito social cuando el cuidador se aleja de su círculo social por ejercer su labor de cuidador⁶⁹.

Esta situación se ve reflejada en los sujetos de estudio, la misma que se evidencia en los siguientes discursos:

...“Cuando quiero salir, no puedo, porque tengo que estar cuidándola; a mi hijo lo descuido, mi suegra me quita mucho tiempo, pero intento distribuir mi tiempo para los dos”... (Violeta)

...Yo hubiera querido trabajar porque ya termine mi carrera y debería estar trabajando, pero no puedo porque quién se va quedar con mi abuela... (Lirio)

...“Antes yo salía, como estudiaba, o salía los fines de semana con mis amigas. Ahorita que me llaman para salir no puedo, porque tengo que estar pendiente de mi abuela, que le vaya afectar algo, le vaya a pasar algo a veces en el transcurso que yo no esté”...(Jazmín)

...No puedo viajar, porque si lo hago tendría que llevarla, y a su edad es peligroso, nos da miedo que se enferme... (Girasol)

...Me limita la diversión, y tengo problemas con mi enamorado, me reclama que no le dedico tiempo... (Geranio)

... Estaba trabajando y a raíz de que surgió la problemática con mis tías de que no podían venir a cuidarla tuve que dejar de trabajar para verla yo... (Rosa)

...No puedo salir a ninguna parte porque tengo que estar cuidándola... (Azucena)

Frente a toda esto cabe mencionar que si el familiar cuidador no toma el tiempo libre necesario para sus actividades recreativas, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades y deja ciertas cosas de su vida personal por el enfermo, es frecuente que el familiar cuidador piense que no tiene tiempo para dedicarse a sí mismo, ya sea por diversos motivos; tales como puede ser: por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si lo hace está abandonando su responsabilidad.

La problemática encontrada en relación al trabajo, es similar a los resultados mencionados en la investigación realizada por García, Mateo y Maroto⁵³, titulada “El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres”, donde mencionan que una de las consecuencias más frecuentes de cuidar es el abandono, temporal o definitivo, del trabajo remunerado, a lo que hay que añadir los casos también frecuentes en los que cuidar ha impedido a la cuidadora acceder a un empleo. Los mismos que se ven reflejados en los siguientes porcentajes: al 21.8% de cuidadores le ha impedido acceder a un empleo, el 18.7% ha limitado sus posibilidades de trabajar, el 13.8% tuvo que dejar de trabajar definitivamente y un 11% tuvo que dejar de trabajar temporalmente.

Es así que al considerar los elementos que conforman la vida social de toda persona se hace una percepción del individuo, por intermedio de las relaciones personales y el rol social en la vida, como la necesidad de apoyo social y familiar, las mismas que ven alteradas en el desempeño del cuidador, ya que al brindar cuidado se requiere tiempo y dedicación; además, en ocasiones, no se cuenta con el apoyo de otros miembros de la familia en el proceso de cuidado, lo que genera que el cuidador evite relacionarse con otras personas y que su dimensión social se vea afectada⁷².

CONSIDERACIONES FINALES

Habiendo concluido la investigación y luego de analizar cada una de las categorías y subcategorías establecidas, se llegó a las siguientes consideraciones finales, en relación al objeto de estudio.

En el transcurso del análisis de los discursos de esta investigación fue posible comprender que los adultos mayores presentaban un grado de dependencia 3 según la Escala de la Cruz Roja; puesto que el adulto aún tenía la capacidad de realizar algunas actividades, por lo tanto esto le da la posibilidad al familiar cuidador de respetar su autonomía, supervisándolo y sobre todo permitiendo la participación del adulto geriátrico complejo en su propio autocuidado; por ejemplo: cuando decide bañarse solo y elige la ropa que quiere usar.

Es así que en esta investigación se evidencia que el cuidado que brinda el familiar se basa en su presencia como soporte principal del adulto geriátrico hipertenso para realizar las actividades básicas de la vida diaria tales como la alimentación, vestimenta, higiene, movilización y toma de medicamentos; reflejándose además una especial vocación de cuidador y amor al trabajo demostrado en el respeto, amor y paciencia hacia este grupo de personas.

En relación a las actividades mencionadas anteriormente, se determinó que se encontraban limitadas por dos razones, la primera que era la edad del adulto geriátrico lo que les condicionaba a presentar fragilidad física y la segunda debido a las enfermedades que presentaba, siendo la que más se resalta el Parkinson; lo cual generaba que el adulto no tenga mucha seguridad al caminar, no pueda bañarse, vestirse y desvestirse por sí solo, por lo tanto es aquí donde entra a tallar el importante rol del cuidador, funcionando de apoyo para realizarlas y además encargándose de evitar complicaciones brindándole una buena alimentación, supervisándolo en la toma de sus medicamentos y por último promoviendo su recreación a pesar de sus limitaciones.

Así mismo, se logró evidenciar que el familiar cuidador presenta una serie de problemas durante el cuidado al adulto geriátrico, tal es el caso de la falta de conocimientos sobre sus enfermedades y la prevención de las mismas más aun cuando este se enfrenta por primera vez a una situación como esta. A ello se añade la condición económica media y baja, que en ocasiones impide la compra de medicamentos y materiales necesarios para el cuidado. Además de la disfunción familiar y social que presentan las familias, lo que origina que la responsabilidad del cuidado recaiga en su totalidad a un solo miembro de la familia, influyendo en su actuar y dificultando la realización de un óptimo cuidado.

Por consiguiente el estudio permitió comprender que el dedicarse a cuidar a una persona, no es tarea fácil para un solo cuidador, por el contrario es una situación que le genera mucha dificultad, puesto que en su quehacer diario es necesario realizar, por ejemplo, actividades que requieren habilidad, paciencia, y sobre todo fuerza, como en el caso de la movilización y traslado.

Por otro lado se determinó que en el hogar de los sujetos de estudio existían barreras arquitectónicas, tal es el caso de la presencia de escaleras, que constituyen una problema para el traslado, puesto que en su mayoría las habitaciones de los adultos mayores se encontraban ubicadas en el segundo piso de su vivienda, lo que les generó mayor dificultad al momento de querer desplazar al adulto, bien sea para fines de recreación o consultas médicas.

En este estudio también se evidenciaron repercusiones negativas en el familiar cuidador durante el cuidado al adulto geriátrico complejo en el hogar a consecuencia del dedicarle mayor tiempo a la persona bajo su cuidado, hasta el punto de descuidar su propia salud y presentar cambios en su vida personal, laboral e incluso profesional puesto que cuidar a un familiar implica un conjunto de ajustes en la vida del cuidador, como la organización del tiempo para cumplir con sus responsabilidades personales y de cuidado.

Finalmente cabe mencionar que si bien es cierto, es el familiar cuidador quien funciona como base fundamental para ayudar a realizar los cuidados al adulto geriátrico complejo; pues por esta acción aún no se obtiene un importante reconocimiento que sobrepase las paredes de un hogar, es decir, que aún no es considerado por los profesionales de la salud como un sujeto que también requiere de cuidados, puesto que tan solo enfocan el cuidado en aquellas personas que se encuentran enfermas.

RECOMENDACIONES

A las Familias cuidadoras de adultos geriátricos complejos con Hipertensión Arterial:

Tener en cuenta siempre que el adulto geriátrico complejo con HTA, es un ser humano, que posee derechos, por lo tanto es capaz de decidir y participar en su cuidado pese a sus limitaciones, por lo que los familiares cuidadores deben hacer valer su autonomía en la medida de lo posible y según su grado de dependencia.

Que todos los miembros de la familia participen en el cuidado del adulto geriátrico complejo con HTA, y de esta manera evitar que la responsabilidad recaiga en un solo miembro de la familia; contribuyendo además a la formación de un hogar unido, que afronta dificultades y problemas en familia, y sobre todo que brinda un óptimo cuidado al adulto geriátrico.

Que los miembros de la familia consideren la importancia de eliminar las barreras arquitectónicas en el hogar, para mejorar el acceso y movilización del adulto geriátrico complejo, y por ende evitar posibles dificultades y complicaciones que se puedan generar en su traslado debido a las vías de difícil acceso y salida; logrando de esta manera facilitar sus actividades de recreación y visitas al médico.

A los profesionales de Enfermería:

Que reconozcan el inmenso esfuerzo que realizan los cuidadores, puesto que son quienes dedican su vida a cuidar a sus familiares, y por lo tanto se les debe considerar como sujetos que también necesitan de cuidado y no solo enfocarse en la persona que está enferma; para que de esta manera se logre mejorar su calidad de vida y por ende de las personas bajo su cuidado.

A las Instituciones Universitarias:

Que en el plan curricular se estudie más a fondo y se tomen en cuenta aspectos de la intervención del familiar en el cuidado del adulto mayor geriátrico complejo en el hogar, así como también la educación a los cuidadores en las actividades a realizar, y la enfermería familiar en todos los niveles de atención y complejidad.

A las Instituciones de Salud:

Considerar la importancia de realizar visitas domiciliarias a los hogares de los adultos geriátricos complejos, con el fin de detectar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de los familiares cuidadores.

Ofrecer cursos de capacitación a familiares cuidadores sobre los cuidados esenciales y necesarios que se incluyen dentro del cotidiano del familiar al momento de brindar los cuidados al adulto geriátrico complejo con HTA en el hogar; y en base a lo encontrado en esta investigación se sugiere realizar talleres de capacitación en los siguientes temas:

- Control de la presión arterial
- Manejo adecuado de la mecánica corporal.
- Manejo del estrés.
- Técnicas de relajación.
- Actividades de recreación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa J.M. Programa Nacional de Hipertensión Arterial en el IPSS, Hipertensión Set. 1995, Vol. 1 N° 3 138-139.
2. Organización Mundial de la Salud. [Sede web]. Ginebra: Suiza; 2009. [Acceso el 1 de Setiembre del 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/>
3. De Craen A, Gussekloo J, Teng Y. Prevalencia de cinco anomalías clínicas comunes en las personas de edad muy avanzada: Estudio transversal de base poblacional. BMJ 2003; 327:131-2.
4. INEC. Principales causas de mortalidad general en el año 2013. Anuario de estadísticas vitales. [Sede web]. 2011. [Acceso 1 de septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.inec.gov.ec>.
5. Sánchez C. y Rosas G. “Estrategia sanitaria nacional prevención y control de daños no transmisibles”. [Sede web]. Perú; 2007. [Acceso 8 de Mayo del 2013]. Disponible en: www.minsa.gob.com.
6. Alarcón M. Control de Enfermería y complicaciones en el tratamiento del paciente hipertenso. [Sede web]. 2005. [Acceso 12 de Mayo del 2013]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/control_enfer_trat_pac_hipertenso.pdf
7. Agusti C, R. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta médica peruana. [Sede web]. Vol. 23; Nro. 2. Lima, Mayo/Agosto 2006. [Acceso el 13 de Mayo del 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005
8. Dirección General de Salud de las Personas. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, MINSA. Lima; 2005.
9. Manrique de Lara y Murrieta D. Docencia en Geriátrica. En: VII Jornada Científica UPCH-Lima; 1990.
10. Manrique de Lara. Instituto de Gerontología; una necesidad multidisciplinaria. En: VI Jornadas Científicas UPCH. Lima; 1990.
11. Díaz C. Situación Epidemiológica Hipertensión Arterial. Oficina Inteligencia Sanitaria Chiclayo. Perú; 2012.
12. Dirección Regional de Salud. Principales causas de mortalidad según grupo etareo. [Sede web]. Lambayeque-Perú; 2013. [actualizada el 31 de marzo del 2013]. [Acceso el 28 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://salud.regionlambayeque.gob.pe/>

13. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Dirección General de salud de las Personas – Lima; 2010.
14. Guerrero M y Rojas E. Necesidades de Cuidado de los Cuidadores de Personas con Hipertensión Arterial en un Servicio de Atención Ambulatoria en Salud. Bogotá - Colombia. En: Tesis para optar el Título de Licenciada de Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá; 2009.
15. Dos Santos, R; Tolstenko, L. Contribución Familiar en el control de la Hipertensión Arterial. En: Tesis para maestría en enfermería. Universidad Federal de Piauí de Brasil; 2005.
16. Velandia A, Sánchez B. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá – Colombia; 2006.
17. Larbán J. Psiquiatría y Psicoterapeuta. Ser cuidador, el ejercicio de cuidar. [Sede Web]. Ibiza; 2009. [Actualizado en Octubre de 2009]. [Acceso el 10 de Setiembre del 2013]. Disponible en: http://www.apfem.com/trastornos/larban_ser%20cuidador-el%20ejercicio%20de%20cuidar.pdf.
18. Grupo de Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional. Bogotá: Editorial Unibiblios; 1998. Pag 8.
19. Pérez J, Andrés J. Pensar la Familia: Estudios interdisciplinarios. España; 2001.
20. Waldow R. Cuidar – Expressao Humanizada de enfermagem. Editora vozes. Petrópolis: Rio de Janeiro; 2006.
21. Quero, A. Los cuidadores Familiares en el Hospital Ruíz de Alda de Granada. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada-Departamento de Antropología Social. España; 2007.
22. Bermejo C y Martínez M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. [Sede web]. Nurse Investigación, diciembre 04-enero 05;11:1-7. [Acceso el 24 de abril del 2013]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/PROYECTO11.pdf
23. Alpuche V, Ramos B, Rojas M, Figueroa C. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. Psicología y Salud; 2008; 18: 237-245.

24. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Dirección General de salud de las Personas – Lima; 2010.
25. Trigás M, Ferreira L, Meijide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. [Sede web]. Galicia. [Acceso el 28 de Julio del 2013]. Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>
26. Castro, R. La hipertensión arterial sociedad venezolana de medicina interna. Venezuela: Editorial Pablo del Río S.A; 2004.
27. Granda, A. Prevalencia de hipertensión arterial y algunos factores epidemiológicos de un sector de salud. Trabajo de Grado. Santiago de Cuba; 1993.
28. Menga L, Marli A. Pesquisa em educacao: bordagens qualitativas. Editora Pedagógica e Universitaria. Sao Paulo; 1986.
29. Nisbet, J; Watt, J. Case Study. [Sede web]. [Acceso 16 de octubre del 2012]. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=oCCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistaeducacion.mec.es%2Ffre344%2Ffre344_17.pdf&ei=ICCWUomTNorxkQeP3oDADQ&usq=AFOjCNGLP2q2-BKvHMY9Way4Ruuuh-Ty3A&sig2=o6bJSzQs1Ywu0_x_qdPoUw&bvm=bv.57155469,d.eWo
30. Víttores, A. Curso de Investigación Cualitativa: fundamentos, técnicas y métodos. [Sede web]. España; 2004. [Acceso el 12 de mayo del 2014]. Disponible en: http://antalya.uab.es/liniguez/aula/ic_analisis_informacion.pdf
31. Sgreccia E. "La Bioética Personalista". En Vida y Ética, Publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires, Año 2, N° 2; 2001.
32. Pastor G. "Manual de ética y legislación en enfermería". Mosby. Madrid; 1999.
33. ATS/DI Atención especializada. Universidad de Catalán. Editorial Mad, S.L. 2da. Ed; 2002.
34. Donoso A. Orientación para la familia del adulto mayor postrado. [Sede web]. [Acceso el 08 de noviembre del 2013]. Disponible en: http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/don_3.htm.
35. Torralba, F. Antropología del cuidar. Institut Borja de Bioética/Fundación Mapfre Medicina. Madrid; 1998.

36. Insúa G, Madeo D, Salinas M. La actividad física y sus beneficios en la tercera edad. [Sede Web]. 2002. [Acceso el 04 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TCO43350.pdf>
37. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson inicial y avanzada en el tercer nivel de atención. [Sede Web]. Consejo de Salubridad General: México. [Acceso el 04 de Junio del 2014]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/305_SSA_10_PARKINSON_3ER_NVL/GRR_Parkinson.pdf
38. Ebrad M, Rodríguez R. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. Editoriales SC. México; 2010.
39. Effenbein P, Houben L. Guías de programas para adultos mayores. Editorial Celade. Santiago de Chile; 2007.
40. García M, Rodríguez I y Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. GacSanit 2004; 18 (Supl 1):132-139.
41. Achury D, Castaño H, Gómez L, Guevara N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Investigación en enfermería: imagen y desarrollo. Bogotá (Colombia). 13 (1): 27-46, enero-junio de 2011.
42. Diccionario de la lengua española. Barcelona: Olympia ediciones; 1995. Amortización p. 77-78.
43. Necesidades básicas de Virginia Henderson. Fundación para el desarrollo de la enfermería. [Sede Web]. [Acceso el 04 de Junio del 2014]. Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424
44. Papalia D, Wendkos S y Duskin R. Desarrollo humano. 9na. Ed. México. Mc Grow Hill Interamericana; 2005.
45. Nkongho N. "The Caring Ability Inventory". Measurement of Nursing Outcomes. Volume FORU. Estados Unidos; 1999.
46. Manual de apoyo para cuidadores no profesionales. [Sede Web]. Editorial Castilla – La Mancha: Aragón. [Acceso el 09 de noviembre del 2013]. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26097/guia_cuidadores_clm.pdf
47. Guía sobre la Hipertensión. [Sede Web]. [Acceso el 03 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://www.alimentacion-sana.org/PortalNuevo/actualizaciones/hipertensionguia.htm>

48. Federación Internacional de Diabetes. [Sede Web]. [Acceso el 03 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>
49. Vademecum: Captopril. [Sede Web]. [Acceso el 03 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-captopril-co9aa01>
50. Jiménez Y, Núñez M and Coto E. La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. [Sede web]. 2013. vol.14, n.27, pp. 168-181. ISSN 2215-2458. [Acceso el 03 de Junio del 2014]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S2215-24582013000100009&script=sci_arttext#Correspondencia1
51. Rico C. Recreación del adulto mayor. En: 1er. Congreso Nacional de atención integral al adulto mayor. Ministerio de Salud de Colombia; 1999.
52. Murillo J. Talleres recreativos para personas mayores. Colombia; 2003.
53. García M, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit [internet]. 2004 [citado 2009 abr]; 18 (Supl 2):83-92. [Acceso el 15 de Junio del 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500011&script=sci_arttext.
54. López M, Orueta R, Gómez S, Carmona J. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. RevClinMedFam 2009;2 (7):332-334.
55. Gaité L, Cantero P, González D, García M. Necesidades de los pacientes pediátricos con enfermedades raras y de sus familias e Cantabria. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”. Universidad de Cantabria.
56. García R, Montaña M. Manual del cuidado de Enfermería con Alzheimer. Temarios Generales; 2005.
57. Ferrer M. El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer. [Tesis doctoral]. Universidad de Alicante; 2008.
58. Uceda M, Rodrigo J, Mora J. Estudio piloto sobre aspectos familiares y sociales percibidos por cuidadores principales en pacientes oncológicos en cuidados paliativos domiciliarios. Medicina. V 2007. pag 60-47.
59. Nivardo F. La vivienda para adultos mayores. Accesibilidad y entorno seguro. [Sede Web]. [Acceso el 20 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kXpAPE->

[Am6YJ:www.sld.cu/galerias/ppt/sitios/gericuba/la_vivienda_para_adultos_mayores.ppt+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe](http://www.sld.cu/galerias/ppt/sitios/gericuba/la_vivienda_para_adultos_mayores.ppt+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe)

60. Hawthorne K. Barreras arquitectónicas. [Sede Web]. [Acceso el 16 de Julio del 2014]. Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/definicion-barreras-arquitectonicas-info_426458/
61. Fernández. Manual para un entorno accesible. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. [Sede Web]. 2005. [Acceso el 25 de Junio del 2014]. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO17241/manualparaunentornoaccesible.pdf>
62. IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: El entorno familiar. Madrid: IMSERSO; 2005.
63. Aneshensel C, Pearlin L y Schuler R. Stress, role captivity and the cessation of care- giving. *Journal of Health and Social Behavior*, 1993. Pag. 34, 54-70.
64. Brodaty H, Gresham M y Luscombe G. The Prince Henry hospital dementia caregivers' training programme. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 1997, 12, 183-192.
65. Gaugler J, Leitsch S, Zarit, S. H. y Pearlin L. I. (2000). Caregiver involvement following institutionalization. *Research on Aging*; 2000.22, pag.337-359.
66. Mittelman M, Ferris S, Shulman E, Steinberg G y Levin B. Family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*; 1996. 276, 1725-1731.
67. Semple S. Conflict in Alzheimer's caregiving families: Its dimensions and consequences. *Gerontologist*; 1992. 32, 648-655.
68. Pérez J. Evolución vivencial del cuidador. *Psiquis*; 1997.18, 138-141.
69. Crespo, M; López, J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Editorial Artegraf. S.A. Madrid-España, 2008.
70. Badia X, Lara N y Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención Primaria*, 2004. 34, 170-177.
71. Roca M, Úbeda I, Fuentes C, López R, Pont A, García L y Pedreny R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*; 2000. 26, 53-67.

72. Merino S. Calidad de vida de los cuidadores familiares que cuidan niños en situación de enfermedad crónica. *Av Enferm.* 2004; 22 (1):40-6.
73. Pinto N. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa Cuidando a los Cuidadores. *Revista Amuchan.* 2005;(5).
74. Torres A. Características personales y factores estresantes que experimentan los familiares cuidadores de enfermos mentales. En: *Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería.* Bogotá - Colombia; 2003.
75. Ferrell B. La calidad de la vida: 1525 voces del cáncer. *ONS/Bristol-Myers.*1996;23(6):1

ANEXO 1:

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
Chiclayo - Perú**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, identificado con DNI:, declaro que he leído la hoja de informativa que me ha entregado la estudiante del IX ciclo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

He recibido suficiente información sobre la investigación titulada: “CUIDADO QUE BRINDA EL FAMILIAR CUIDADOR AL ADULTO GERIÁTRICO COMPLEJO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOGAR. CHICLAYO 2013”

El objetivo de la investigación es: Describir, analizar y comprender cuál es el cuidado que brindan los familiares cuidadores al adulto geriátrico complejo con Hipertensión Arterial en el hogar. Chiclayo 2013.

Respecto a mi participación me han explicado que consiste en responder a algunas interrogantes durante una entrevista de aproximadamente 20 minutos. Además me ha informado que la entrevista será grabada, filmada. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.

Declaro que acepto prestar libremente mi conformidad para participar en la investigación y autorizo la publicación de los resultados.

Fecha

Firma del participante de la investigación.

ANEXO 2:**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA****FACULTAD DE MEDICINA _ ESCUELA DE ENFERMERÍA****“ENTREVISTA AL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO GERIÁTRICO COMPLEJO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOGAR”**

INSTRUCCIONES: La presente entrevista es de carácter voluntario, tiene como objetivo recolectar información acerca de cómo brindan cuidado los familiares cuidadores de adultos geriátricos complejos con hipertensión arterial.

Los resultados de la presente investigación son netamente confidenciales por lo que solicitamos la veracidad de sus expresiones.

I. Datos Generales:

- Seudónimo: _____
- Edad _____
- Sexo: _____
- Grado de Instrucción: _____
- Grado de Dependencia del adulto geriátrico complejo: _____

II. Preguntas Norteadoras:

1. ¿Cómo realiza los cuidados Ud. durante todo un día a su familiar geriátrico complejo con Hipertensión arterial?
2. ¿Qué dificultades encuentra al brindar cuidado?

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO 3
OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE



FACULTAD DE MEDICINA _ ESCUELA DE ENFERMERÍA

DIARIO DE CAMPO

OBJETIVO: DESCRIBIR EL CUIDADO QUE BRINDA EL FAMILIAR
CUIDADOR AL ADULTO GERIÁTRICO COMPLEJO CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN EL HOGAR

Datos Informativos

- **Fecha:** _____
- **Hora de Inicio:** _____ **Hora de término:** _____
- **Escenario:** _____
- **Actores Sociales o personas Observadas:** _____

I. Contenido:

En la observación no participativa se tomarán en cuenta los Sgts ítems:

- 1. Ambiente externo:** Observación del barrio, medios de transporte, etc.
- 2. Los hechos observados:** Descripción de persona, actividad, conversaciones y durante los acontecimientos estructurales del escenario.
- 3. Lo que dicen:** Los discursos.
- 4. Lo que hacen:** La conducta y comportamiento, los gastos, las posturas.
- 5. Creencias, símbolos y rituales:**
- 6. Los objetos que utiliza:**
- 7. El hábitat:** La forma de vivir
- 8. Las relaciones entre los miembros de la familia:**
- 9. Los comentarios delo observado:**

***Los hechos producidos en la investigación: experiencia vivida, intuiciones, dudas, sufrimientos, gestos, temores, etc.**

ANEXO 4:

**HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE DE LA
INVESTIGACIÓN**

**“CUIDADO QUE BRINDA EL FAMILIAR CUIDADOR AL
PACIENTE GERIÁTRICO COMPLEJO CON HIPERTENSIÓN EN EL
HOGAR. CHICLAYO 2013”**

Las estudiantes Leiddy Jouselly Castro Jiménez, Deisy Yanina Cruz Huanca y asesora Angélica Soledad Vega Ramírez autoras del trabajo de investigación pertenecen a la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y tienen autorización de Dirección de la Escuela para ejecutar el proyecto.

A continuación se detallan algunas características de su participación en el trabajo de investigación:

La participación en el estudio consistirá en responder a algunas interrogantes durante una entrevista de aproximadamente 20 minutos. Además le solicitamos autorización para grabar, filmar la entrevista y publicar los resultados.

Las investigadoras garantizan la confidencialidad de la información que nos proporcione durante la investigación.

La participación es de carácter voluntario, tiene la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento.

Ante cualquier duda, puede contactarse con las investigadoras:

Castro Jiménez Leiddy Jouselly
Estudiante del VIII ciclo de la
Escuela de Enfermería-USAT
Código: 06CP103409
Email: jolei_virgo@hotmail.com
Cel.: 975014384

Cruz Huanca Deisy Yanina
Estudiante del VIII ciclo de la
Escuela de Enfermería-USAT
Código: 072ia06168
Email: yanix.cruz@hotmail.com
Cel.: 949538732

Mgtr. Enf. Angélica S. Vega
Ramírez
Asesora
Email: avega@usat.edu.pe
Cel: 979638370
Rpm: *864143

ANEXO 5:



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
Chiclayo - Perú

ESCALA DE INCAPACIDAD DE LA CRUZ ROJA

0	Se vale totalmente por sí mismo. Camina con normalidad
1	Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria. Presenta algunas dificultades para realizar desplazamientos complicados (viajes, etc.).
2	Presenta algunas dificultades en las actividades de la vida diaria, por lo que necesita ayuda ocasional. Cambia con ayuda de un bastón o similar.
3	Graves dificultades en las actividades de la vida diaria, necesita ayuda en casi todo. Cambia con mucha dificultad, ayudado al menos por una persona.
4	Imposible realizar sin ayuda cualquier actividad de la vida diaria. Capaz de caminar ayudado al menos por dos personas. Incontinencia ocasional.
5	Inmovilizado en cama o sillón. Necesita cuidados continuos. Incontinencia habitual.