



**UNSAM**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE  
SAN MARTÍN

**ICRM**

Instituto de Ciencias de la  
Rehabilitación y el Movimiento

## Licenciatura en Terapia Ocupacional

Asignatura: Diseño de trabajo final

Equipo docente: Dra. Nabergoi Mariela

Lic. Rossi Luisa

Lic. Itovich Florencia

Esp. Albino Andrea

Lic. Durand Florencia

Docente supervisora: Lic. Rossi Luisa

### Trabajo final Integrador

Tema: “Configuración del rol de cuidador informal de personas  
ancianas sin patologías invalidantes, en la localidad de Lobería  
durante los años 2017-2018.”

Grupo N°: 7

Año de cursada: 2017

Alumnas:

Hansen K. Josefina - DNI: 37.431.463- josefinahansen@hotmail.com

Ocorso Natalia - DNI: 35.999.729 - natyocorso@gmail.com

Suárez Ma. Agustina -DNI: 35.231.203 -  
suarezmaagustina@gmail.com

Fecha de presentación: 6 de agosto 2019

<b>Tema</b>	<b>3</b>
<b>Palabras claves</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
Planteamiento del problema científico	4
Relevancia y justificación	8
Hipótesis	10
Objetivos	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
<b>Desarrollo</b>	<b>11</b>
Marco teórico	11
<b>Metodología (Materiales y Métodos)</b>	<b>22</b>
Tipo de diseño	22
Diseño del universo y las muestras	25
Matrices de datos	27
Fuentes de datos	33
Instrumentos	35
<b>Análisis de datos</b>	<b>38</b>
Características de la muestra	38
<b>Resultados</b>	<b>39</b>
Objetivo específico 1	39
Objetivo específico 2	43
Objetivo específico 3	45
Objetivo específico 4	49
Objetivo específico 5	51
Objetivo general	53
Resultados respecto a la Hipótesis	54
<b>Conclusiones</b>	<b>54</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>59</b>

<b>Anexos</b>	<b>62</b>
Carta de presentación	63
Consentimiento informado	65
Autorización	66
Entrevista	67
Guía de preguntas para completar la entrevista	68
Pilotajes	69
Esquema Marco Teórico	72
Cuadro de coherencia interna	73
Base de datos	73

## Tema

“Configuración del rol de cuidador informal de personas  
ancianas sin patología invalidante, en la localidad de  
Lobería en los años 2017- 2018.”

## Palabras claves

- Rol del cuidador informal
- Ancianidad
- Tareas de cuidado
- Áreas de la ocupación
- Terapia Ocupacional

## Introducción

### Planteamiento del problema científico

Tomando como referencia los datos que se arrojan en el Censo Nacional del año 2010, en comparación con los Censos de los años 1970, 1980, 1991 y 2001, se puede observar que las personas de 80 años y más constituyen el grupo de edad que presenta el mayor crecimiento relativo de la población Argentina. Con el avance de la medicina y la mejora de la calidad de vida se está produciendo no sólo un aumento progresivo del grupo de ancianos en nuestra sociedad, sino también una manifestación tardía del envejecimiento corporal.

Además del aumento de personas ancianas en la población Argentina, como se menciona anteriormente, se puede apreciar que a partir de los 75 años, este crecimiento se acelera aún más. Las personas mayores de 75 años en nuestro país, representan un 30% de la población mayor, denominado a este grupo “vejez frágil”. (Roqué, 2010, p. 32).

En las familias se producen modificaciones debido al proceso de envejecimiento poblacional, tanto en el seno de las mismas como en sus relaciones intergeneracionales (entre distintas generaciones) e intrageneracionales (dentro de la misma generación).

Dichas modificaciones llevan al surgimiento de las denominadas familias “verticalizadas”, donde se puede apreciar la disminución de parientes laterales (hermanos, tíos, primos) como consecuencia de la baja tasa de natalidad. En estas familias aumentan las relaciones intergeneracionales y disminuyen las intrageneracionales por falta o disminución de dichos miembros (Roqué, 2010).

El aumento de la esperanza de vida trae como resultado dentro del seno familiar, la convivencia de dos o más generaciones de viejos: abuelos, bisabuelos y hasta tatarabuelos.

A raíz de las transformaciones sociales que se produjeron en las últimas décadas disminuyó la red de apoyo socio-familiar de los ancianos, la cual era considerada como

el sostén principal en el cuidado y atención de los mismos.

El término de red de apoyo está conformado por el conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan algún tipo de apoyo o que podrían brindar en caso de ser necesario. Estos tipos de apoyo son el apoyo emocional, ayuda práctica, ayuda económica, la compañía y la guía o consejo. (Villanueva, A.P., et al., 2010, p. 100-101).

A partir de ésta situación se requiere la incorporación de nuevas redes de apoyo, para brindarle sostén al anciano, lo que desencadena el surgimiento de cuidadores formales:

Es quien recibe una capacitación teórico práctica desde una concepción bio-psico-social de la vejez y del envejecimiento en interacción con su entorno que apunta a generar estrategias de autovaloración y cuidado, desarrolla habilidades a través de actividades diarias como cuidador domiciliario – toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan. (Morbelli A., 2010, p. 58).

Para poder participar activamente de éste rol, el cuidador deberá ser contratado por un tercero y percibir un salario por su actividad.

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida. Durante el ciclo de vida de las personas se producen cambios que dependen del entorno social, económico y cultural en el que viven. Existen relaciones sociales significativas, que nos forman como personas, y nos permiten crear vínculos otorgando la posibilidad de satisfacer diferentes necesidades, ya sea materiales, instrumentales, o afectivas. (Fernández-Ballesteros, 1992)

Todas las personas somos seres sociales que nos vinculamos, lo que conlleva al crecimiento personal y a aprender de dicho vínculo. De ésta manera, los vínculos familiares van evolucionando en el transcurso de la vida, y no sólo son éstos importantes para constituirnos como personas, lo son también los vínculos con amigos, profesionales, compañeros, parejas, nietos, etc. Se puede decir entonces que se produce una transformación en los roles vinculares, con la cual se podría comenzar a desarrollar el rol de cuidador informal de la persona anciana, debido a nuevas necesidades que

estos presenten en el desarrollo de una o diferentes tareas/actividades de la vida diaria.

Cuidador informal es el rol que asume aquel familiar, amigo o vecino, que no dispone capacitación, pero si de un elevado compromiso afectivo, por el cual se hace responsable de dicho rol. Dentro de este grupo podemos identificar al cuidador principal (cónyuge o familiar más próximo u otros) y cuidadores secundarios, que no tienen la central responsabilidad sobre la persona anciana, sino que secundan al principal. (Roqué. M.L., 2010, p. 57-58).

Cabe destacar que no se encuentra en el rastreo bibliográfico realizado cuál es el momento preciso en que dichos cuidadores comienzan a definirse como tal, cuáles son las actividades en las que comienzan a asistir al anciano sin patología invalidante y los motivos por los que comienza a asistirlo. Como manifiesta la Dra. Fernández, G., con patologías no invalidantes se hace referencia a aquellas que no repercuten significativamente en el desempeño de sus AVD ni en sus AIVD, como resulta por ejemplo con la hipertensión arterial, diabetes, hipo/hipertiroidismo, artrosis primaria, enfermedades sensoriales (visión, audición), que en caso de no estar controladas a través de tratamientos específicos y supervisadas por el especialista correspondiente, pueden llevar a la invalidez haciendo que pasen a formar parte del grupo de las patologías que sí se consideran invalidantes, como por ejemplo: la Enfermedad de Alzheimer (EA), Parkinson, artrosis generalizada, demencias, depresión. En este sentido, resulta un interrogante que requiere de investigación para resolverlo. Ya que por el contrario, en la búsqueda bibliográfica sobre cuidadores, va a encontrar publicaciones con perfiles sociodemográficos de cuidadores familiares de ancianos con dependencia funcional.

Es posible que en ancianos de 80 años y más cuenten con la compañía de un cuidador formal, ya que es frecuente que las familias que pueden costearlo lo contraten con el objetivo de que su familiar se encuentre acompañado por si ocurriese una eventual contingencia, o con el fin de que colabore con el mismo en sus actividades de la vida diaria. Motivo por el cual, los cuidadores informales en estos casos podrían delegar diferentes tareas que se estiman pertenecientes a su rol. Es por ello que los profesionales de terapia ocupacional deben tener en cuenta que esta situación de

intervención altera el resultado en cuanto a las tareas que desarrolla un cuidador informal en su rol.

Para identificar y caracterizar el rol de cuidador informal de personas ancianas sin patologías invalidantes, se llevará a cabo una investigación en la localidad de Lobería, provincia de Buenos Aires, durante los años 2017 y 2018, dado que se cuenta con la posibilidad de tener contacto con familiares que desarrollan el rol de cuidador informal, y que no conviven con la persona anciana sin patología invalidante. Nos enfocamos en cuidadores informales que no convivan con el anciano ya que, en el caso que esto ocurra, se presupone que el desarrollo de las tareas será cooperativo, pero no igualitario entre las personas convivientes buscando evitar que se produzcan sobreexigencias/sobrecargas en el anciano, lo que podría arrojar alteraciones al momento de evaluar cuáles son las tareas propias del rol de cuidador informal y cuál es el motivo o desencadenante preciso por el que comienza a asistir a la persona anciana.

## Relevancia y justificación

En Argentina y el resto del mundo, el grupo de personas mayores de 60 años crece cada vez más con respecto al total de la población (INDEC, 2010). Fassio y Roqué señalan que el envejecimiento poblacional convoca a los profesionales a fortalecer y mejorar su formación en geriatría y gerontología para brindar una prestación adecuada y de calidad (2008).

La intervención del terapeuta ocupacional en geriatría, independientemente del nivel asistencial o del tipo de recurso en el que se localice su trabajo, gira en torno a varias metas: conseguir la máxima independencia posible del anciano para la realización de sus actividades cotidianas y el desempeño de sus roles, la máxima satisfacción y motivación personal y la mayor calidad de vida. Para conseguir estas metas es preciso que se consideren una serie de factores diferenciales del anciano respecto a otros grupos de edad. (Jiménez Rojas, C., Polonio López, B, 2003)

Por otro lado, el enfoque terapéutico debe incluir no sólo al propio anciano, sino también a otras personas significativas para él, que constituyen un factor de salud (o de disfunción) fundamental; haciendo referencia a la familia, a los cuidadores principales y al entorno comunitario. (Jiménez Rojas, C., Polonio López, B, 2003, p. 44 - 45)

Como se menciona en Polonio López (2003) uno de los objetivos principales de la terapia ocupacional en geriatría es que los ancianos mantengan durante el mayor tiempo posible su autonomía en las diferentes áreas de la ocupación. Por lo tanto, para lograr dicho objetivo es importante tomar conocimiento de las tareas que desempeña el cuidador informal o en las tareas que asiste al anciano, ya sea de manera parcial o completa, en el desarrollo de sus actividades cotidianas. Los terapeutas ocupacionales pueden evaluar si las tareas que lleva a cabo el cuidador informal ayudan al anciano a mantener la autonomía o si la perjudica, generando una dependencia innecesaria de un tercero cuando este tiene la capacidad para desarrollar las actividades independientemente.

El reconocimiento de las actividades que realiza el cuidador, aportará datos de

relevancia teórica acerca del desarrollo del rol de cuidador informal, como lo son por ejemplo las tareas más frecuentes en la que asiste al anciano un cuidador informal al inicio de su rol y durante el transcurso del mismo. Además, aportará datos para la planificación de posibles estrategias por parte de los profesionales tratantes, con el objetivo de no obstruir el desarrollo de los ancianos en sus actividades cotidianas, el/los cuidador/es informal/es y el/los anciano/s según corresponda el caso. No sólo es importante para que los profesionales planteen estrategias de tratamiento, sino que también lo es para las familias, teniendo en cuenta que se suma un rol nuevo, el de cuidador informal, a los que previamente tenía el familiar.

El apoyo emocional que brinda el cuidador informal al anciano es crucial para la calidad de vida del mismo, sumado al resto de los apoyos que realiza, es importante señalar que si dicho rol se desempeña durante largos períodos de tiempo podría impactar en su salud. Este impacto y los efectos que se producen a través de ésta prestación, podría ser evaluado por un profesional de Terapia Ocupacional, pero es importante intervenir en el inicio del rol para que éste no impacte de manera negativa.

Concluyendo entonces, este trabajo de investigación no sólo aportará información de relevancia teórica y práctica sino también social para los profesionales de Terapia Ocupacional, estudiantes de Terapia Ocupacional, equipos de salud (Psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, entre otros), cuidadores informales y de manera indirecta a las personas ancianas, ya que al ampliar y enriquecer cómo se configura el rol de cuidador informal, tanto las intervenciones que realicen los profesionales como el desarrollo del rol por parte de los familiares, tendrán nuevos aportes y miradas para lograr llevarlo a cabo de la manera más satisfactoria posible.

## Hipótesis

El rol del cuidador informal de personas ancianas sin patologías invalidantes comienza a configurarse con la asistencia en las AIVD; “movilidad en la comunidad” y “compras”.

## Objetivos

### Objetivo general

Identificar y caracterizar el rol de cuidador informal de personas ancianas sin patologías invalidantes, en la localidad de Lobería en los años 2017 - 2018.

### Objetivos específicos

- 1) Identificar los principales motivos por los cuales el cuidador informal comienza a desempeñar dicho rol.
- 2) Identificar a partir de qué edad del anciano sin patologías invalidantes, el cuidador informal comienza a brindar asistencia.
- 3) Identificar las actividades en que los ancianos comienzan a ser asistidos por sus cuidadores informales y clasificarlas según las áreas de la ocupación.
- 4) Identificar las actividades que lleva a cabo el cuidador informal de personas ancianas sin patologías invalidantes una vez que se ha instalado el rol y clasificarlas según las áreas de la ocupación.
- 5) Identificar cual es la frecuencia semanal con que un cuidador informal asiste al anciano sin patologías invalidantes.

## Desarrollo

### Marco teórico

Según expresa la autora María Cristina Griefa (2011, p.211), para el siglo XIX la pediatría ocupaba un lugar importante como especialidad, dejando de lado al área de la gerontología, ya que se trataba de una escasa población durante esa época. Recién después de la segunda guerra mundial la medicina geriátrica o medicina gerontológica tuvo un gran impulso. Desde hace 30 años a esta parte, en la República Argentina se han creado políticas sanitarias y servicios de gerontología, debido a la prolongación de la expectativa de vida y por ende al incremento porcentual significativo en la estructura demográfica a nivel mundial. Este incremento resulta de los progresos en las condiciones sanitarias, educativas y económicas.

Al observar las pirámides poblacionales de los distintos años y en diferentes países se puede comparar y llegar a la conclusión que en los países desarrollados pasaron de una pirámide progresiva a una regresiva. Esto quiere decir, que por ejemplo en el siglo XIX había mayor población de niños que de adultos, lo que se revierte durante el siglo XXI arrojando como resultado un incremento en la población anciana y una notable disminución en la población infantil. Este aumento poblacional de personas mayores continuará creciendo y se espera que entre los años 2000 y 2050 se triplique la población anciana.

A medida que aumenta la esperanza de vida, también lo hacen las probabilidades de que diferentes generaciones de una familia estén vivas al mismo tiempo. Sin embargo, aunque pueda haber aumentado el número de generaciones sobrevivientes en una familia, en la actualidad estas generaciones tienen más probabilidades que antes de vivir por separado. En efecto, en muchos países la proporción de personas mayores que viven solas aumenta en forma notable.

(OMS. 2015. p 13)

Teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida y lo que implica el envejecimiento, nos lleva a indagar acerca del ciclo vital de las personas ancianas, teniendo en cuenta que en cada una de las personas se presenta de manera diversa, aunque en muchos casos compartiendo aspectos en común.

Según el Ministerio de Salud y Previsión social de Colombia (S.F.), el ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, las cuales no deben ser tomadas de manera absoluta, ya que existe diversidad individual y cultural, que se pueden apreciar aún dentro de un mismo país y en un mismo contexto histórico, basado en las diferencias de educación, estatus social, creencias personales, etcétera.

Existe diversidad individual y cultural entre las personas dentro de un mismo país y aun siendo éstas de una misma etapa del ciclo vital, se debe tener en cuenta las generalidades que describen diferentes autores sobre dichas etapas. Para ello, tomaremos como referencia la descripción que desarrolla la Terapeuta Ocupacional Lela A. Llorens, citada por Christiansen y Baum (1991), sobre la etapa que para el presente trabajo nos incumbe; “ancianidad”.

Según Lela A. Llorens, la ancianidad corresponde al grupo etario que abarca a las personas a partir de los 85 años. A esta edad las personas ya han perdido una gran cantidad de roles, en algunos se da en el rol laboral, en los cambios de status laboral (pasa de ser trabajador a jubilado), y en otros casos, el cese del rol de cuidador informal, dada la muerte de amigos o familiares, a los cuales se los podía asistir y cuidar antes de su fallecimiento. En este sentido es indispensable la interacción con otros y la participación en diferentes actividades sociales y/o culturales durante el envejecimiento, ya que contribuye al bienestar físico y mental de las personas.

En cuanto a las funciones cognitivas puede ser que se mantengan o no. Las funciones mentales como son descritas según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) (Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, 2da edición, 2010); tanto *específicas* como *globales* y la experiencia acumulada de la edad pueden contribuir a la independencia de la persona anciana.

Al envejecer se observa una declinación normal de las funciones mentales determinada por múltiples factores, en los cuales no ahondaremos dentro de esta investigación. Si bien el declive de dichas funciones impacta en la vida de los ancianos, no se trata de un impacto significativo que altere el quehacer cotidiano de los mismos. (Kaplan R. et al., 2009). Este declive puede verse reflejado en el desarrollo de actividades que se llevarán a cabo con menor eficiencia, es decir, requiriendo mayor esfuerzo cognitivo y mayor tiempo, pero logrando su objetivo. Como por ejemplo preparar la comida, actividad instrumental de la vida diaria que se desarrolla efectuando una serie de actividades ordenadas, los cuales convergen en la actividad ejemplificada, como en alguna otra de las descritas en las diferentes áreas de ocupación en el “Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional”, en éste caso, las actividades serían: planificar la comida a preparar, obtener los utensilios e ingredientes necesarios, limpiar los utensilios y guardar los ingredientes sobrantes, servir el/los plato/s. Estas actividades demandan el uso de diferentes funciones cognitivas como: la memoria, secuenciación, atención, concentración, planificación, y habilidades motoras y praxis.

Según se menciona en “Terapia Ocupacional” Willard & Spackman (1998), el envejecimiento biológico se refiere a la condición del organismo biológico con respecto a su expectativa potencial de vida y está relacionado estrechamente con la salud física (Birren y Renner, 1977).

Los cambios físicos que ocurren con el envejecimiento son una continuación de la declinación que la mayoría de los investigadores concuerdan en que comienza tan pronto como se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 a 22 años. Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento (los que están determinados por la herencia) y cuáles son un resultado de enfermedad o de distintos factores ambientales y físicos. No obstante, uno de los cambios observados más frecuentemente es una menor capacidad para mantener o recuperar la homeostasis, un estado estable interno que normalmente se mantiene frente a las circunstancias

ambientales cambiantes. Aun cuando existen pocos cambios en los mecanismos homeostáticos en condiciones de reposo, el ritmo de readaptación al equilibrio normal después del estrés es más lento en los ancianos que en las personas jóvenes. (Willard & Spackman 1998; p. 131)

Según Levy (1986) algunos de los principales cambios biológicos asociados con el envejecimiento, relacionados con la edad, en los sistemas sensoriales son: en la visión, en la audición, en el gusto y olfato. Además, los cambios en los sistemas orgánicos pueden ser: en la estructura muscular, en el sistema esquelético, en el sistema cardiovascular, en el sistema respiratorio, en el sistema excretor y en la vesícula/hígado (como se cita en Terapia Ocupacional, Levy, 1998, p. 131 - 132).

Según Alba, A. S., & Llera, F. G. 1990 con el envejecimiento se producen múltiples cambios en la anatomía y en la función de los diferentes órganos y sistemas. Estos cambios son fisiológicos, no producen síntomas y suelen pasar desapercibidos en las personas consideradas sanas. Sin embargo, se deben tener en cuenta, ya que vulneran la capacidad de los ancianos de adaptarse a las situaciones nuevas y a las enfermedades. Resulta complicado diferenciar los procesos de envejecimiento de los de la enfermedad. Es difícil determinar en un anciano dónde termina lo fisiológico y dónde empieza lo patológico. No existen enfermedades propias del anciano, pero sí propias del envejecimiento.

Es poco probable que un anciano presente sólo una enfermedad, por el contrario, se encuentran afectos varios órganos y sistemas que a veces se interrelacionan pero que en muchas ocasiones son independientes, es por ello que se habla de pluripatología para identificar ésta situación.

Si bien el envejecimiento es un proceso universal que atravesamos todos los individuos, la imagen social de la vejez es fuente de innumerables prejuicios. “Para comenzar a desterrar estos prejuicios, se debe tener presente en primer lugar, que el proceso de envejecimiento no es único ni idéntico, sino que varía de persona a persona.” (Parodi, R.A., 2010, p. 122-128). El proceso de envejecimiento se encuentra influenciado por el diario vivir de cada persona, que trae consigo a través de su propia

cultura, creencias lo cual determina que las personas sean seres únicos.

Una vez que se encuentran instalados en el anciano alguno de estos cambios asociados con el envejecimiento, se comienza a generar en sus familiares una cierta incertidumbre con respecto a los mismos. Es a partir de éste hecho, que la familia comienza a tomar otro tipo de responsabilidades con respecto al cuidado y asistencia de la persona anciana. (Fassio, A. y Roqué, M., 2008)

Hopkins, H. y Smith, H. (1998) clasifican a los cuidadores informales según el nivel de responsabilidad que tengan. Cuidador informal primario es aquel que asume la responsabilidad total de todas las necesidades del paciente. Los cuidadores secundarios no asumen la responsabilidad total del cuidado del paciente. Sin embargo, ofrecen descanso al cuidador principal. Los cuidadores terciarios ofrecen ayuda de manera poco frecuente. Visitan al paciente y brindan apoyo emocional y contacto social. Pueden realizar tareas de cuidado extraordinariamente (ej.: acompañar a una cita con el médico).

Como se define anteriormente, el cuidador primario es el que cuida del anciano la mayor parte del tiempo, y por tanto el rol de cuidador informal implica llevar a cabo determinadas tareas, que, si bien difieren de acuerdo a la situación, implican presencia, responsabilidad y tiempo.

Sales (como se citó en Rossi, 2006) enumera las siguientes tareas que puede realizar un cuidador de personas mayores dependientes:

- *Ayuda con cuestiones comunitarias (compras, acompañar a citas médicas), manejo económico (cobros, pagos, administración del dinero) y acompañar en el traslado fuera de la casa.*
- *Tareas domésticas, preparación de comidas.*
- *Acompañamiento y supervisión dentro del hogar.*
- *Ayuda para realizar actividades básicas (higiene, vestido, entre otras).*
- *Actividades de promoción de la salud: creación de hábitos saludables y promoción de estilos de vida sanos, potencialización de la autonomía y capacidad de para el autocuidado, apoyo*

*afectivo.*

- *Actividades de prevención: seguridad en el hogar (vigilancia y protección contra las lesiones accidentales), alimentación especial en situaciones que lo requieran, evitación de otras situaciones de riesgo para la salud.*
- *Ayuda para la comunicación con otras personas.*
- *Atención a la enfermedad: detección e interpretación de sintomatología, administración de medicación, aplicación de medidas terapéuticas, administración de cuidados indicados o no por el personal sanitario.*
- *Cuidados de recuperación / enfermería: cuidados de fisioterapia, de rehabilitación.*
- *Llamar por teléfono o visitar al paciente cuando no se vive con él.*
- *Planificación del futuro.*
- *Comunicación con los profesionales que atienden al paciente.*
- *Organización del sistema de cuidados, en caso de que haya más cuidadores.*
- *Contención emocional.*

La lista citada sobre las tareas que desarrolla un cuidador variará en los diferentes casos y esta será una guía general para acercarnos a las tareas que configuran el rol de un cuidador informal. Cabe destacar que la dependencia funcional en personas ancianas va a depender no sólo del nivel funcional, sino también del contexto individual (nivel de educación y salud) y de sus familias (ingresos y calidad de relaciones). (Dieguez, Ponce, Lorca, & Lezaeta, 2016).

A partir de lo referido anteriormente, podemos deducir entonces que el cuidado y la asistencia que requieran los ancianos variará en cuanto a la percepción que tengan las familias y los ancianos sobre la necesidad de recibir asistencia/acompañamiento, su nivel real de dependencia funcional y, que en mayor o menor medida, recaerá en uno o varios miembros de la familia, teniendo en cuenta que aunque esto suceda, el cuidador

informal principal será sólo uno de ellos, como así también podrá serlo un amigo o un vecino.

Cuidar incluye a menudo sacrificios, restricciones y responsabilidades recurrentes, lo que conlleva a numerosos conflictos intra y extrapersonales; pueden aislar al cuidador, comprometer sus relaciones, amenazar sus expectativas laborales y llevarlo a un estado de cólera, frustración, culpa, ansiedad, estrés, depresión creciente, y un sentimiento de impotencia y de agotamiento que se conoce como síndrome del cuidador quemado. Este síndrome puede afectar a cualquier cuidador en cualquier momento, pero es más probable que aparezca cuando la persona cuidada tiene un alto nivel de dependencia. (Beers, Jones, Berkwits, Kaplan, & Porter, 2008).

Para el cuidador informal es importante tomar conciencia de la demanda de la tarea, el motivo por el cual desarrolla este rol y la dependencia funcional del anciano a quien va a asistir, ya que lo mencionado anteriormente va a definir el rol de cuidador informal.

Baltes y Wahl (1990) definen a la dependencia funcional como la “pérdida, restricción o ausencia de la capacidad de realizar actividades de la vida diaria de la forma o dentro de los márgenes considerados normales, resultando en la necesidad significativa de ayuda”. La dependencia funcional es vinculada generalmente con la vejez como una consecuencia inevitable del proceso de envejecimiento, sin embargo, es importante subrayar que éste suceso no ocurre en todos los casos. El envejecimiento activo podría favorecer entonces a la conservación de la independencia ya que, como lo define el Ministerio de Salud de la Nación (s.f.), el envejecimiento activo se trata de un proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas, y retrasar la aparición de enfermedades no transmisibles y discapacidades.

Teniendo en cuenta las clasificaciones, citadas por diferentes autores a lo largo del trabajo, sobre envejecimiento activo o normal y sobre dependencia funcional, podemos sostener que en cualquiera de estos casos el anciano puede requerir en menor o mayor medida algún tipo de apoyo. Existen diversas maneras de proveer apoyo a los

ancianos con el fin de que su desempeño en las actividades de la vida cotidiana continúe siendo de manera independiente o restaure su nivel de independencia. Uno de dichos apoyos son las adaptaciones, es decir, productos fabricados especialmente o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Llamamos adaptación a toda modificación del medio ambiente y modo de realizar una actividad, para que se permita el desarrollo de la vida diaria de manera segura y con el menor gasto de energía posible. Éstas se pueden clasificar en diferentes categorías, dependiendo de su objetivo, van a ser ayudas para el cuidado personal, la movilidad, la alimentación y tareas domésticas, ayudas para la comunicación y para el esparcimiento. (López, B. P., & Palud, L. G., 2004).

Según refiere la Lic. Susana Rubinstein (2010), a veces, los mismos ancianos, motivados por la posibilidad de manejarse en forma independiente, adaptan las actividades frente a la presencia de limitaciones. Debemos tener en cuenta que un ambiente seguro y confiable podría proporcionar mayor probabilidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria de manera independiente, ya que en algunos casos se ve disminuida la independencia debido a los miedos e inseguridades que pueda enfrentar el anciano o sus familiares cuando los primeros desarrollan actividades. Por lo tanto, es importante considerar que se deben minimizar los factores de riesgo para la salud, si es que existen y que el anciano perciba que en ese ambiente se pueden satisfacer sus necesidades.

Según mencionan los Arq. Ana Maria Perrin - Arq. Eduardo Schmunis (2010) es importante tener en cuenta las características particulares de los ancianos, dadas las relaciones y consecuencias entre los signos propios de su envejecimiento y las condiciones habitacionales y ambientales del medio donde se producen. La vivienda para los ancianos tiene un valor importantísimo dentro de su vida, por lo tanto, es relevante contar con diferentes tipos de apoyos en la misma, como por ejemplo muebles adaptados, cambios en el entorno físico del hogar y dispositivos para la movilidad personal.

Como menciona Roqué M. se puede considerar como un tipo de apoyo también,

a su cuidador familiar, quien puede proporcionar asistencia de manera física o verbal. Este apoyo adicional suele ser muy importante para la supervivencia del anciano, se caracteriza por el apoyo no estructurado para atender algunas de las necesidades de los adultos mayores como pago de cuentas, compras, visitas, recreación, etc.

Los términos asistir y cuidar pueden ser considerados como sinónimos de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (S.F.), sin embargo, el primero significa acompañar, servir, socorrer; en cambio el segundo, atender, esmerarse, mimar; un cuidador familiar entonces es quien se encarga de realizar estas tareas de apoyo, de asistir y cuidar al anciano.

Entre el abanico de roles que cada persona puede tener presentes a lo largo de su vida, ya sea de manera activa o pasiva, nos encontramos con el que hoy representa nuestro problema de conocimiento, el rol de cuidador informal de personas ancianas.

Siguiendo con la línea del Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da edición) tomamos su definición del término rol: “Conjunto de comportamientos, esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y que pueden ser conceptualizados y definidos posteriormente por el cliente [sic]”.

El rol “(...) es un modelo organizado de conducta, relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacciones ligado a expectativas propias y de otros.” “Se denomina “rol” al desempeño de una persona en una situación dada, a la manera en que demuestra lo que se espera de su posición.” (Enrique Pichón Riviere, 1971).

Siguiendo lo expuesto por Pichón Riviere, 1971 se puede decir que el rol es el papel que se representa, es la conducta esperada en el seno de un grupo, de una sociedad, e implica un interjuego entre el conjunto de conductas adjudicadas y asumidas, las que se esperan y las que se demuestran.

El rol del cuidador informal, como otros roles, requiere entonces de una construcción, y para ejercerlo se necesita la presencia del otro que acepte sus servicios. En esa construcción e interrelación entre cuidadores y personas cuidadas, necesariamente deben aparecer el ajuste recíproco de comportamientos, y la asociación para que se produzca la concreción del rol.

Para poder comenzar a expresar la configuración del mismo, enfocado desde la

terminología específica utilizada por nuestra disciplina, Terapia Ocupacional, se deben tomar como referencia los diferentes tipos de ocupaciones en las cuales las personas se involucran, cabe destacar entonces la clasificación que enuncia el “Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da edición)”, organizando las distintas ocupaciones en categorías, dentro de las cuales se encuentran:

- Actividades de la Vida Diaria (a partir de ahora AVD): actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo.
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (a partir de ahora AIVD): actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad, que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD.
- Descanso y sueño: actividades relacionadas con la obtención del sueño y descanso restaurador.
- Educación: actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente.
- Trabajo: actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado.
- Juego: cualquier actividad que proporcione entretenimiento, disfrute o diversión.
- Ocio o tiempo libre: actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada, en la cual se participa durante un tiempo libre, no comprendido con ocupaciones obligatorias.
- Participación social: patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social.

Decidimos tomar como punto de referencia las AVD; definidas por “Terapia Ocupacional” Willard & Spackman 11ª edición como “(...) todas las actividades que realizan los individuos en su rutina. Sin embargo, en el OTPF, las AVD se definen más estrechamente como “actividades orientadas a hacerse cargo del cuidado del propio cuerpo” (AOTA, 2002, P.620)” y las AIVD ““actividades que están orientadas hacia la

interacción con el entorno y que a menudo son de naturaleza compleja” (AOTA, 2002, P.620)” que los ancianos desarrollan en su cotidianidad, partiendo de la premisa de que podrían ser éstas las primeras en las que requieran el apoyo de un cuidador informal, teniendo en cuenta lo que conlleva el proceso de envejecimiento normal, la complejidad que presentan principalmente las AIVD, en cuanto a la cantidad de pasos a seguir o de tareas a realizar para lograr desarrollar la actividad en cuestión, las funciones cognitivas, destrezas motoras y praxis, destrezas de comunicación, etc. involucradas, para ser llevadas a cabo. “Si bien tanto las AVD como las AIVD incluyen tareas esenciales de desempeño ocupacional, por lo general es más fácil delegar las AIVD en otras personas (AOTA, 2002)”.

“El prejuicio de la sociedad, la ausencia u oposición de la familia, sumado a las limitaciones propias de cada individuo, determinan un "ya no puedo" o "no debo", que lleva a la marginación y al aislamiento del anciano o lo que es peor, le crea sensaciones de enfermedad e impedimentos que, no siempre tienen base real.” (Fassio y Roqué, 2008).

Cabe destacar entonces, que el envejecimiento es un proceso de declinación normal de las funciones mentales y físicas determinada por múltiples factores. Ésta etapa del ciclo vital, es vista por la sociedad como un proceso negativo y desencadenante de enfermedades asegurado e inevitable, pero teniendo en cuenta los avances de investigación en temas que competen al presente trabajo, se puede afirmar que no ocurre en todos los casos. El interés y la inclinación por lograr un envejecimiento activo y saludable, se acrecienta y permite a los ancianos retrasar la aparición de dichos “declives”. Pero de igual manera este proceso muchas veces lleva a que los ancianos, aún sin tener patología/s invalidante/s, requieran de un cuidador informal que los asista en alguna/s actividad/es. El cuidador informal es entonces, alguien con una relación cercana al anciano (familiar, amigo o vecino) que le brindará algún tipo de asistencia.

## Metodología (Materiales y Métodos)

### Tipo de diseño

- Según el grado de conocimientos sobre el objeto:

El objetivo de esta investigación fue identificar y caracterizar cuáles son las actividades dentro de las áreas de la ocupación que asumen los familiares para ser considerados cuidadores informales de personas ancianas sin patologías invalidantes. Por ende, el grado de conocimiento es de tipo exploratorio-descriptivo. Por un lado, es exploratorio debido a que el rastreo del arte acerca de cuáles son las actividades que asumen los familiares para ser considerados cuidadores informales de personas ancianas sin patologías invalidantes, no ha arrojado aportes específicos respecto del tema de estudio. También es de carácter “descriptivo ya que buscamos establecer las características generales de una población a partir de la muestra” (Samaja 1993). Si bien se habló de la ancianidad y sus aspectos, los cambios biológicos y en los sistemas orgánicos, el declive normal de las funciones mentales y cuáles son las áreas de la ocupación (según el Marco de trabajo) en las que se desarrollan, se describieron las distintas actividades que realizan los cuidadores informales para ser considerados como tal.

- Según el tipo de trabajo a realizar:

El tipo es de campo, ya que la recolección de datos se realizó en la realidad práctica. Para recabar la información fue necesario realizar entrevistas a los familiares, se recolectaron los datos para luego ser analizados e interpretados, para llevar a cabo la investigación y así alcanzar los objetivos planteados. Por todo ello el modo de obtener la información es en el campo. (Bottinelli 2007)

- Según el movimiento del objeto de estudio en el tiempo:

Con el diseño transversal se recolectaron datos en un momento determinado, en

un tiempo, con el propósito de describir e interpretar las variables. Permite ubicar, categorizar y proporcionar la visión de una comunidad, en este caso cuáles son las actividades dentro de las áreas de la ocupación, que asumen los familiares para ser considerados cuidadores informales de personas ancianas sin patologías invalidantes, en Lobería entre los años 2017-2018, es por ello que nuestro diseño es del tipo transversal en relación al movimiento del objeto.

- Según la temporalidad de los datos:

Accedimos a los datos una vez realizadas las distintas entrevistas (como por ejemplo, datos sobre el envejecimiento, el desarrollo de su ciclo vital y las áreas de la ocupación que los identifica) para luego partir de ellos, y así poder enriquecerlos y aportar a los conocimientos ya existentes información nueva, específicamente de la configuración del rol de cuidador informal de las personas ancianas sin patologías invalidantes. Es por ello que es del tipo prospectivo.

- Según el enfoque metodológico:

El trabajo de investigación se basa en un enfoque metodológico del tipo cuantitativo con estrategias cualitativas.

El paradigma cuantitativo busca los hechos de los fenómenos sociales prestando escasa atención a los estados subjetivos de las personas (Bottinelli 2007). Esta investigación está fundada en la realidad y orientada a los descubrimientos es por eso que podemos decir que es exploratorio-descriptivo, como mencionamos anteriormente en el ítem según el grado de conocimientos sobre el objeto.

Esta investigación es cualitativa, ya que contamos con ejes de análisis que operan como variables (preguntas abiertas), los mismos nos brindaron datos reales, ricos que nos permitieron comprender la conducta humana, en este caso, sobre el rol de CI. Si bien se trata de una investigación cualitativa, se contó con algunas estrategias y muestra cuantitativa, los resultados obtenidos en el análisis de datos, fueron proporcionados por los cuidadores informales entrevistados, y son presentados de manera cuantitativa. Es por ello que la investigación se clasificó como una investigación mixta. Se presentó una

lista ordenada según la cantidad de respuestas, de mayor a menor, mencionando las tareas que desarrolla un cuidador informal de personas ancianas sin patología invalidante.

## Diseño del universo y las muestras

### Universo:

Todos los cuidadores informales familiares de ancianos sin patologías invalidantes que viven en Lobería, Provincia de Buenos Aires, en los años 2017 - 2018.

Dicho universo está caracterizado por las mujeres y varones, familiares de personas ancianas que no se encuentran conviviendo con los mismos.

### Muestra:

El tamaño de la muestra está formada por 12 cuidadores informales familiares (mujeres y varones) que no conviven con el anciano, en la localidad de Lobería, Provincia de Buenos Aires, en los años 2017-2018. Se realizó la búsqueda de los mismos en una cantidad de 385 pacientes que asisten al consultorio de una médica gerontóloga. Sólo 12 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión correspondientes la investigación.

Se trata de una muestra de tipo aleatorio o probabilístico, de subtipo al azar sistemático, ya que para formar parte de nuestra investigación los cuidadores informales de ancianos sin patología invalidante cumplieron ciertos criterios de inclusión y exclusión. Es importante mencionar cuestiones éticas como la firma del consentimiento informado, cada uno de los cuidadores informales que fueron entrevistados cumplían con los criterios de inclusión y exclusión expuestos, y a su vez firmaron conforme el consentimiento informado presentado.

A la muestra se llegó a través de una médica gerontóloga de Lobería, la cual nos facilitó los datos de cuidadores informales de ancianos sin patología invalidantes, habiendo previamente consultado con los familiares de sus pacientes y firmado un consentimiento informado ambas partes.

### Criterios de inclusión:

- Cuidadores informales que sean familiares directos.
- Cuidadores informales que asisten a ancianos de 80 años en adelante.
- Cuidadores informales que asisten a ancianos sin patologías invalidante

- Cuidadores informales no convivientes
- Cuidadores informales que sean vecinos o amigos.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores informales que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Cuidadores formales.
- Cuidadores informales de ancianos menores a 80 años.

Como se explicita en el apartado de “Marco teórico”; “cuando hablamos de “personas ancianas sin patologías invalidantes”, nos referimos a aquellas patologías que no repercuten significativamente en el desempeño de sus AVD ni en sus AIVD (...)”. Esto hace referencia que los ancianos sin patologías invalidantes siguen siendo independientes en el desempeño de actividades.

## Matrices de datos

**Unidad de Análisis (UA):** “Cada uno de los cuidadores informales familiares de ancianos sin patologías invalidantes, que viven en Lobería, Provincia de Buenos Aires, en los años 2017 - 2018.”

VARIABLES NECESARIAS:

**Variable (V) 1:** Áreas de ocupación en las que los cuidadores informales asisten a los ancianos.

Según Macchi (2001), la variable es cualitativa de tipo politómica ya que, cuando se establece dos o más categorías se hace referencia a la presencia de datos politómicos, como en el caso de la presente variable, con escala de valor nominal debido a que los datos que representa no significan una graduación alguna en la variable.

**Definición operacional (DO):** Las actividades en las que asisten los cuidadores informales podrían ser AVD, AIVD, de participación social y ocio o tiempo libre. Las mismas son parte de la vida cotidiana del anciano, y conocer datos sobre la asistencia del cuidador da la posibilidad de sacar a luz qué tipo de asistencia es la que realiza y en qué medida las lleva a cabo.

**Dimensiones de la variable:** AVD, AIVD, participación social, y ocio o tiempo libre.

**Indicador (I):** Se realizó una entrevista cara a cara, al cuidador informal, por medio de la cual se recabaron los datos acerca de las actividades en las que asisten los cuidadores informales. Se preguntó entonces, al cuidador ¿en qué área de ocupación asiste a su familiar? guiando la respuesta a las diferentes actividades de las áreas de ocupación mencionadas por el *marco de trabajo para la práctica de T.O.* para luego poder clasificar a cada una en la categoría correspondiente (AVD y AIVD).

**AVD que asiste el cuidador informal.**

V2: Asistir en el vestido

(R): Sí; No

V3: Asistir en el baño

(R): Sí; No

V4: Asistir en la alimentación

(R): Sí; No

(I para las variables 2, 3 y 4): Se realizó una entrevista al cuidador informal, cara a cara, por la cual se recabaron los datos acerca de las actividades en las que asisten los cuidadores informales. La pregunta que se realizó fue ¿en qué actividades asiste usted a su familiar?

**AIVD que asiste el cuidador informal**

V5: Acompañar al anciano a la consulta médica

(R): Sí; No

V6: Proporcionar al anciano sus medicamentos

(R): Sí; No

V7: Asistir en la compra de productos para el hogar

(R): Sí; No

V8: Acompañar a realizar pagos de servicios, trámites y/o cobrar la jubilación

(R): Sí; No

V9: Asistir al anciano en los traslados en auto

(R): Sí; No

(I para las variables 5, 6, 7, 8, 9): Se realizó una entrevista al cuidador informal, cara a cara, por la cual se recabaron los datos acerca de las actividades en las que asisten los cuidadores informales. La pregunta que se realizó fue ¿en qué actividades asiste usted a su familiar?

**Participación social en que asiste el cuidador informal.**

V10: Asistir al anciano en las reuniones barriales

(R): Sí; No

V11: Asistir al anciano en las cenas familiares

(R): Sí; No

V12: Acompañar al anciano al club

(R): Sí; No

V13: Motivar a realizar actividades culturales

(R): Sí; No

V14: Asistir al anciano en las visitas a amigos

(R): Sí; No

(I para variable 10, 11, 12, 13, 14): Se realizó una entrevista al cuidador informal, cara a cara, por la cual se recabaron los datos acerca de las actividades en las que asisten los cuidadores informales. La pregunta que se realizó fue ¿en qué actividades asiste usted a su familiar?

### **Ocio y tiempo libre en que asiste el cuidador informal.**

V15: Asistir al anciano en juegos de mesa

(R): Sí; No

V16: Asistir al anciano en consumo de programas televisivos de entretenimiento

(R): Sí; No

V17: Asistir al anciano en la escucha de música y/o radio

(R): Sí; No

(I para variable 15, 16 y 17): Se realizó una entrevista al cuidador informal, cara a cara, por la cual se recabaron los datos acerca de las actividades en las que asisten los cuidadores informales. La pregunta que se realizó fue ¿en qué actividades asiste usted a su familiar?

**Variable 18:** Frecuencia semanal con que el cuidador informal asiste al anciano.

Según Macchi (2001) la variable es cuantitativa de tipo discreta, ya que la misma puede cuantificarse, agregar un valor numérico, en este caso, entero. es decir que no se puede dividir, con escala de valor de razón.

**Definición operacional (DO):** La frecuencia semanal con la que el cuidador informal lleva a cabo actividades, que hacen a su rol, nos ayudará a comprender mejor el rol y la magnitud con que desarrolla el mismo. Se va a tener en cuenta cuantas veces por semana el cuidador realiza tareas de asistencia/acompañamiento al anciano.

**Escala de valores:** todos los días, 2 veces por semana, 3 veces por semana y 4 veces por semana

**Indicador:** Se preguntó al cuidador informal mediante una entrevista, ¿con qué frecuencia semanal usted asiste a su familiar? Una vez arrojados los resultados se volcaron en una base de datos para identificar y poder interpretar cuál es la demanda de asistencia que requiere el anciano.

VARIABLES SUFICIENTES:

**Variable 19:** Patologías no invalidantes que presenta.

**Definición Operacional:** Las patologías no invalidantes que presenta el anciano dan información sobre los tipos de prevención que debe tener en cuenta cada uno de los mismos en su vida cotidiana y del tipo de ocupaciones en la que se requiera la intervención del cuidador informal. Las patologías nombradas, son tres de las más frecuentes en personas ancianas. Las mismas son:

- Hipertensión arterial: La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente.
- Diabetes: Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina; es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción.
- Artrosis primaria: Enfermedad crónica degenerativa que produce la alteración en los cartílagos de las articulaciones. Se divide en tres categorías: primaria, secundaria y generalizada.

La artrosis primaria se caracteriza por dolor en las articulaciones, rigidez, rango limitado de movimiento, y debilidad. Es también conocida como idiopática, es decir, no hay causa conocida subyacente o predisponente.

La artrosis secundaria tiene una causa subyacente o predisponente.

La artrosis generalizada también conocida como osteoartrosis primaria generalizada, se caracteriza por la participación de tres o más articulaciones o grupos de articulaciones.

**Dimensión de la variable:** Hipertensión arterial, Diabetes, Artrosis primaria, Hernia de disco, Osteoporosis, Insuficiencia cardiaca.

**V20:** Hipertensión arterial

(R): Sí; No

**V21:** Diabetes

(R): Sí; No

**V22:** Artrosis primaria

(R): Sí; No

**V23:** Hernia de disco

(R): Sí; No

**V24:** Osteoporosis

(R): Sí; No

**V25:** Insuficiencia cardiaca

(R): Sí; No

**Indicador para variables, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25 :** Se realizó en la entrevista cara a cara preguntas a los cuidadores informales sobre los ancianos y de las patologías (no invalidantes) que sufren los mismos. Se realizó a través de la pregunta ¿La persona que usted asiste/acompaña presenta alguna patología/s no invalidante/s, como hipertensión arterial, diabetes, artrosis, otras?

## EJE DE ANÁLISIS

**Eje de análisis 1:** Motivo por el cual el cuidador informal empieza a realizar tareas para asistir al anciano.

**Definición Operacional:** Para que se configure un rol es necesario que haya un motivo por el cual comience a desarrollarse. Alguna causa, sea por parte del cuidador informal o requerimiento del anciano, dará inicio al desarrollo del rol.

**Escala de valores:** Internación por insuficiencia cardiaca; Cirugía en ambas rodillas; Problemas de memoria; La anciana decidió dejar de manejar; Anciano no se adaptó a las nuevas tecnologías; Fractura de vértebra; Operación de cadera (prótesis); Fallecimiento de la pareja.

**Indicador:** Se realizó una entrevista cara a cara con los cuidadores informales de personas ancianas sin patologías invalidantes donde se le hizo la pregunta: ¿Recuerda cuál fue el motivo por el cual empezó a asistir al anciano?

## Fuentes de datos

Para desarrollar en profundidad el tema abordado en la presente investigación, se utilizó una fuente de datos, es decir, una forma de acceder a los datos que posteriormente sirvió como recurso de información para el proceso investigativo y que permitió una mayor comprensión del objeto de estudio. La fuente de datos es primaria, ya que son los cuidadores informales quienes nos brindaron la información necesaria para responder los objetivos planteados anteriormente (Samaja 1993).

Según Samaja (1993) define a la fuente primaria como “datos de terreno o laboratorio, generados por el propio equipo investigador, mediante acciones tales como: observar, entrevistar, manipular variables y apreciar reacciones (...)”. Nuestras fuentes de datos son primarias, debido a que la información fue obtenida mediante una breve entrevista personal con el sujeto y a su vez la información brindada es respecto a la persona que ejerza el rol de cuidador informal.

Como nuestra fuente de datos es primaria y vamos directo a nuestro objeto de estudio, podemos decir que se respetan los criterios planteados por Samaja (1993). Estos criterios hay que tenerlos en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre las fuentes a utilizar en la investigación. Los criterios son:

- Calidad de los datos que proporcionan. Las fuentes proporcionaron información efectiva del hecho, ya que son los cuidadores informales los protagonistas de la investigación y ellos mismos proporcionan los datos.
- Riqueza de los datos. Las fuentes aportaron riqueza porque brindan información necesaria de los múltiples aspectos de las variables que se requieran estudiar.
- Cantidad o cobertura de los datos. Con respecto a la cantidad podemos decir que nuestra muestra brindó información de cada unidad de análisis, acercándonos al universo en cuestión.
- Oportunidad de la información que proporcionan. En cuanto a la oportunidad de investigación, la velocidad con que se pudo disponer de

los datos fue rápida, ya que accedimos a los cuidadores informales por medio de la médica gerontóloga de la localidad.

- Economía de los datos. Por último, la economía de los datos fue accesible considerando los recursos de la investigación.

Con respecto a nuestra fuente de datos, la información que se proporcionó a las investigadoras manifestó múltiples aspectos del rol de cuidador informal. Respetando así a los criterios que plantea Samaja a la hora de elegir la fuente.

La entrevista que se realizó contó con preguntas abiertas. Se hicieron preguntas con posibilidad de que el entrevistado responda abiertamente y se tuvo preguntas guías para poder cumplimentar la recolección de datos necesaria para el trabajo de investigación.

## Instrumentos

Se utilizó como instrumento para recolectar información; una entrevista (anexo: Entrevista), la cual se llevó a cabo en la localidad de Lobería, durante el segundo semestre del año 2017 y primer semestre del año 2018. La entrevista se llevó cabo en la casa del cuidador informal o en la casa del anciano al que asiste. Se seleccionó dicha modalidad de recolección de datos dado que ésta nos permitió la formulación de preguntas pertinentes para el objeto de estudio que se tiene y el abordaje del entrevistador.

Utilizamos esta estrategia cualitativa de elaboración propia, ya que, en la entrevista realizamos preguntas abiertas con respecto al objeto de estudio, para poder ahondar en los datos proporcionados por los entrevistados y así poder cuantificarlos. Todas nuestras preguntas en la entrevista fueron en principio abiertas, para ayudar a los cuidadores informales a responderlas tuvimos una guía de preguntas para completar la entrevista, ambos apartados se encuentran en el anexo. Teniendo la guía de preguntas para completar la entrevista, los datos proporcionados por los cuidadores informales fueron cuantificables.

Los cuidadores informales de ancianos sin patologías invalidantes fueron quienes proveyeron la información acerca de los alcances de su rol y las tareas que llevan a cabo. El soporte de información fue la palabra. Sin embargo, la comunicación entre el o la entrevistado/a y el entrevistador fue verbal durante el intercambio de preguntas y respuestas. (Rubio y Varas, 2004).

Esta entrevista tiene un carácter tanto descriptivo como interpretativo, porque se interesa por la información brindada verbalmente (Rubio y Varas, 2004). Descriptivo porque los cuidadores informales brindaron información sobre el rol en cuestión y a su vez interpretativo porque analizamos lo que respondieron los cuidadores informales.

El tipo de entrevista de investigación es focalizada, ya que se centra en un tema específico sobre el que se trata de indagar, nos enfocamos en el rol de cuidador informal y en su configuración. Y lo que tienen en común los y las entrevistados/as es que son

todos/as cuidadores informales de personas ancianas sin patología invalidantes. (Rubio y Varas, 2004).

A su vez este instrumento también se describe según el grado de estructuración y directividad. Esto quiere decir que la entrevista es del tipo abierta. Esto permitirá tener mayor iniciativa y protagonismo al entrevistado, pero se tuvo una guía de preguntas para ir orientando la misma hacia los objetivos generales y específicos que se quisieron lograr de la investigación. (Rubio y Varas, 2004)

Con respecto a la entrevista podemos decir que consta de 13 preguntas. Al ser preguntas cortas, esperábamos respuestas concisas. En algunas preguntas el entrevistador puede dar opciones y explicar la pregunta si el cuidador informal lo requirió. También hay preguntas donde después que los cuidadores informales respondieron se pudo repreguntar si era necesario.

Al ser las preguntas de tipo abiertas se pudo obtener información fidedigna sobre el objeto de estudio, ya que las preguntas apuntan a una respuesta concreta, y teniendo la guía de preguntas se logró. El instrumento propuesto ayudó a que la información se obtenga en un tiempo acotado, siendo el mismo de aproximadamente 5 minutos, y adecuado para la investigación, y por último, respecto a la economía de los datos, los recursos a utilizar fueron accesibles económicamente para las investigadoras, ya que se utilizaron recursos que las investigadoras ya contaban previamente. Siendo una entrevista el instrumento seleccionado, el protagonismo lo tuvo el entrevistado o sea el cuidador informal. Se tuvo una guía de preguntas a mano para poder ir orientando la entrevista hacia los objetivos generales y específicos que se quisieron lograr con la investigación (Rubio y Varas, 2004).

“La entrevista es una situación cara a cara que trabaja básicamente con la interacción de al menos 2 sujetos (el entrevistado y el entrevistador) en la cual uno de ellos recolecta información que el otro debe brindarle” (Bottinelli 2007). Es importante crear un clima de confianza en el que la persona pueda expresarse y hablar, en el cual se debe respetar el anonimato y la confidencialidad. Hay distintos tipos de entrevista, para esta investigación se eligió realizar una entrevista focalizada, semiestructurada (Bottinelli 2007). Ya que consideramos que este tipo de entrevista se adaptó bien a las

necesidades de la investigación.

Contemplando aspectos éticos y teniendo en cuenta que la investigación que se desarrolla toma como objeto de estudio algunas actividades personales que llevan a cabo seres humanos interrelacionados entre sí, por ello se narró un consentimiento informado con el fin de informar brevemente el tema de investigación que se llevará a cabo, sus objetivos, aspectos generales y los derechos y obligaciones tanto de las personas encuestadas como de las investigadoras. Dicho consentimiento, fue otorgado a cada cuidador informal antes de comenzar con la entrevista, el cual debió ser leído y firmado previamente para dar inicio a la entrevista.

Además, adjunto con el consentimiento informado se le entregó a cada cuidador informal una carta de presentación donde se detallan los datos personales, relevantes de las investigadoras; nombres y apellidos, mail, universidad de estudio, etcétera.

También se le dio a la médica gerontóloga que nos proporcionó la información sobre las personas que pueden ser incluidas en nuestra muestra, una autorización donde deje constancia de su disposición de colaborar con la investigación.

PILOTAJE: Se realizaron 5 entrevistas de pilotaje. Cuatro de ellas se encuentran desgrabadas y transcritas en formato de informe en el anexo 3, la quinta entrevista se consideró se excluyó, ya que el cuidador no presentaba relación familiar con el anciano y el mismo tiene la edad de 75 años.

Se llega a la conclusión de que la entrevista se encuentra incompleta, dado que en la misma no se contempló si el anciano era conviviente con su cuidador, lo que se considera como criterio excluyente. Además, se pudo comprobar que una de las preguntas de investigación queda sin respuesta, por lo que se considero pertinente agregar a la entrevista la siguiente pregunta: ¿recuerda con qué actividades de la vida cotidiana comenzó a involucrarse en el cuidado de su familiar?

Durante el pilotaje las entrevistas no se extendieron más de dos minutos por persona, pero teniendo en cuenta las modificaciones que se realizaron a la entrevista original el tiempo de recolección de datos fue de cinco minutos aproximadamente. Al tener la guía de preguntas, el tiempo de entrevista fue acotado.

## Análisis de datos

Para describir los resultados obtenidos se realizó un análisis descriptivo. Los gráficos y las tablas se encuentran enumeradas de acuerdo al objetivo correspondiente y respondiendo cada uno de los mismos. Para organizar y agilizar la lectura, se presentan en primera instancia las características de la muestra y consecutivamente los resultados distribuidos en diferentes apartados, según el objetivo al que responden.

Es importante aclarar que las siglas CI hacen referencia a los cuidadores informales de ancianos sin patologías invalidantes.

Cada dato relevado en el instrumento; entrevista a los CI, se plasmó en una hoja de respuestas de manera individual. Una vez recolectado el total de la muestra necesaria, se agrupó los datos en una planilla de Microsoft Excel, la misma incluida en anexo; “*Base de datos*”. Una vez organizado y clasificados los datos obtenidos se pasó a realizar las pruebas estadísticas necesarias para resolver los objetivos.

### Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por 12 cuidadores informales de ancianos mayores a 80 años sin patología invalidante, pertenecientes a la localidad de Lobería, Provincia de Buenos Aires.

Todos los cuidadores informales entrevistados, no conviven con los ancianos en cuestión y presentan relación familiar con el mismo.

De la muestra formaron parte cuidadores informales que tienen un vínculo familiar cercano, ya sea hija (7), nieto (2), hermana (1), nuera (1) y sobrina (1). Que en promedio llevan 8 años desempeñando el rol de cuidador informal.

## Resultados

### Objetivo específico 1

Para lograr este objetivo “*Identificar los principales motivos por los cuales el cuidador informal comienza a desempeñar dicho rol.*” se confeccionó un listado (1.1) con los motivos otorgados por los CI en las entrevistas realizadas y se los agrupó según los tipos de ocupaciones categorizadas en el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, 2da edición, en la tabla (1.2). Luego se elaboró un gráfico (1.3) donde se expresa en porcentajes de los motivos por el cual comienzan a desarrollar el rol de CI.

#### MOTIVOS POR EL CUAL, LOS CI COMENZARON SU ROL:

- Internación por insuficiencia cardiaca.
- Cirugía en ambas rodillas.
- Problemas de memoria.
- La anciana decidió dejar de manejar \*
- Anciano no se adaptó a las nuevas tecnologías \*\*
- Fractura de vértebra.
- Operación de cadera (prótesis).
- Fallecimiento de la pareja. \*\*\*

Listado 1. 1. Listado de motivos por el cual comenzaron a ser CI

\*La anciana decidió dejar de manejar: el CI comienza a desempeñar su rol, desarrollando la actividad de traslados, debido a la postura preventiva que toma la persona anciana.

\*\* Uso de la tecnología: el CI requiere suplir la necesidad que presenta el anciano para desarrollar y llevar a cabo las actividades que requieren uso de tecnología, como por ejemplo realizar trámites jubilatorios (cobros de haberes, consultas, entre

otros). Se debe tanto al desconocimiento de dicho mecanismo y a los avances progresivos de éste método y vía.

\*\*\* Fallecimiento de la pareja: los CI refieren que a partir del fallecimiento de la pareja de la persona anciana, se presenta como problemática; la falta y necesidad de su red de apoyo más próxima con quien compartía y desarrollaba en conjunto algunas de sus AIVD.

El listado 1.1 está confeccionado por todos los motivos que respondieron los CI, en la entrevista. Algunos motivos se repiten, como por ejemplo operación de cadera (prótesis) obtuvo dos respuestas, más adelante se ampliará. A su vez los motivos brindados por los CI los agrupamos en cinco (5) categorías, teniendo en cuenta las características más representativa de cada uno, para que sea más significativo a la hora de conformar el gráfico.

Cada uno de los motivos mencionados por los CI, son propios del proceso de envejecimiento. Como mencionamos en el marco teórico el envejecimiento es un proceso donde las funciones cognitivas y motoras sufren un declive, afectando así el desempeño en las actividades de la vida diaria, principalmente en las AIVD.

Como se expone, la esperanza de vida en la Argentina es de 76,9 años (OMS, 2019), por lo que se puede decir que una persona a sus 80 años es bastante probable que sufra la pérdida de su pareja, implicando la pérdida de una parte importante de su red de apoyo más próximo.

La tecnología avanza cada vez más deprisa, y si bien es en búsqueda de facilitar el desempeño de las actividades, acortar tiempo de trámites, mejorar la salud de las personas, entre otras cosas. Es abrupta su aparición y desarrollo, lo que lleva a que las personas ancianas, con el aumento de la esperanza de vida, vivencien muchos más cambios tecnológicos de los que algunos puedan adaptarse. Debido a esto, que se presenta como ventajoso para la sociedad, muchas veces los ancianos requieren asistencia de su CI.

Motivos	F. AB	F%
Problemas relacionados con la salud física	5	42
Declive de las funciones cognitivas	3	25
Fallecimiento de la pareja	2	17
Uso de la tecnología	1	8
Decisión del anciano	1	8

Tabla 1. 2. Tabla de los motivos por el cual los cuidadores informales afirman que comenzaron a realizar dicho rol, con su frecuencia absoluta y porcentual.

- Problemas relacionados con la salud física:
  - insuficiencia cardiaca
  - cirugía en ambas rodillas
  - operación de cadera (prótesis)
  - fractura de vértebra
- Declive de las funciones cognitivas:
  - problemas de memoria
- Fallecimiento de la pareja
- Uso de la tecnología
- Decisión del anciano
  - decidió dejar de manejar

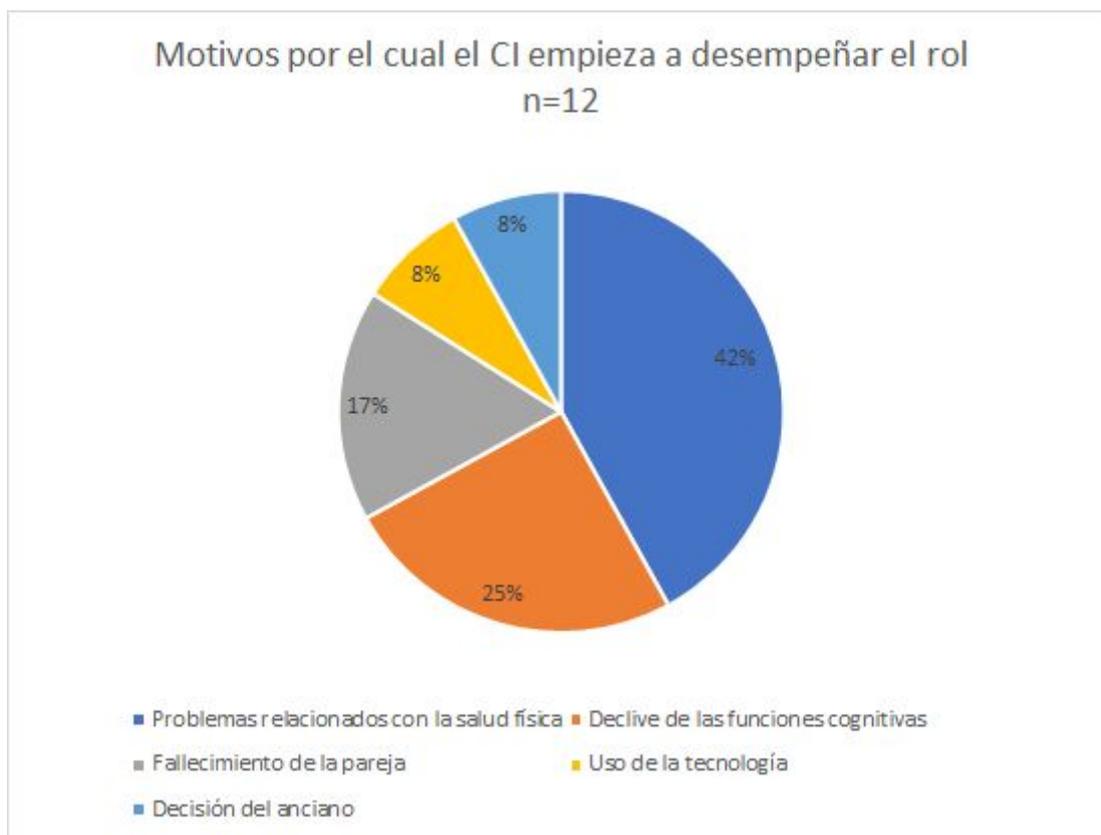


Gráfico 1.3 Motivos por el cual los CI empezaron a desempeñar el rol. F%

En el gráfico 1.3 se puede observar que la mayoría de los CI empieza a desempeñar dicho rol debido a *problemas relacionados con la salud física* del anciano, siendo esta la categoría con mayor porcentaje con un cuarenta y dos por ciento (42%).

Dentro de esta categoría se encuentran los motivos:

- internación por insuficiencia cardiaca (1 )
- operación en ambas rodillas (1)
- operación de cadera (prótesis) (2)
- fractura de vértebra (1)

La categoría “*declive de las funciones cognitivas*” es la segunda con mayor porcentaje, con un veinticinco por ciento (25%). Todos los CI que se incluyen en ésta categoría respondieron que debido a problemas en la memoria debieron empezar a desempeñar el rol en cuestión.

Diecisiete por ciento (17%) de los CI debieron empezar a desempeñar el rol

debido al *fallecimiento de la pareja* del anciano al que asisten. Como consecuencia, el anciano pierde su red de apoyo más próxima, requiriendo la asistencia de un familiar cercano (CI).

El motivo *tecnología*, es el de menor porcentaje que se observa en el gráfico con un ocho por ciento (8%). Con tecnología nos referimos a que los ancianos requieren asistencia con el pago de servicios y trámites online, así como el uso del home banking. El anciano no logra adaptarse frente al avance de las nuevas tecnologías, por lo que necesita suplir esa contingencia con la asistencia de un familiar (CI).

Con el mismo porcentaje que tecnología (8%) se encuentra “*decisión del anciano*”. Investigando más sobre esta categoría y viendo la base de datos, encontramos que sólo un CI asiste al anciano porque él mismo dejó de manejar por decisión propia. Es ahí cuando el CI empieza a desempeñar su rol ya que comienza a realizar los traslados del anciano. En la entrevista, el CI en cuestión, cuenta que el anciano dejó de manejar como método preventivo, por más que anteriormente no haya tenido ningún accidente.

## Objetivo específico 2

Para el segundo objetivo específico “*Identificar a partir de qué edad del anciano sin patologías invalidantes, el cuidador informal comienza a brindar asistencia.*” se realizó una tabla (2.1) con los datos brindados en las entrevistas y se llevó a cabo un análisis cuantitativo. Para armar la tabla 2.1 se recurrió a los datos “edad del anciano” y “comienzo de rol” y se calculó a qué edad el anciano comenzó a recibir la asistencia correspondiente a cada unidad de análisis. Luego se realizaron cálculos estadísticos, como promedio, mínima y máxima, para poder caracterizar más detalladamente el rol de CI.

Edad actual del anciano	Tiempo de ROL	Edad que tenía el anciano cuando comenzó a tener CI
84	5	79
90	19	71
83	11	72
82	2	80
87	4	83
82	5	77
87	4	83
85	11	74
85	6	79
91	10	81
81	7	74
89	16	73

Tabla 2.1 Edad del anciano hoy en día y la edad cuando empezó a recibir asistencia de un CI, en la ciudad de Lobería durante el período 2017-2018.

	edad actual del anciano	tiempo del rol en años	Edad que tenía el anciano cuando comenzó a tener CI
promedio	86	8	77
mínima	81	2	71
máxima	91	19	83

Tabla 2.2 Promedio, mínima y máxima de edad del anciano hoy en día y la edad cuando empezó a recibir asistencia de un CI, en la ciudad de Lobería durante el período 2017-2018.

Con los datos brindados por los CI y los cálculos estadísticos realizados podemos decir que a partir de los 71 años aproximadamente los ancianos sin patologías invalidantes empiezan a recibir algún tipo de asistencia, es allí cuando aparece el rol del CI.

En promedio nuestra muestra lleva ejerciendo el rol de CI unos 8 años. A su vez hay un cuidador informal que ejerce el rol hace 2 años (mínima) y otro hace 19 años (máxima).

Cuando se realizaron las entrevistas, el promedio de la edad de los ancianos sin patologías invalidantes era de 86 años, siendo el más joven de 81 y el mayor de 91 años.

### Objetivo específico 3

Para lograr el objetivo específico 3 *“Identificar las actividades en que los ancianos comienzan a ser asistidos por sus cuidadores informales y clasificarlas según las áreas de la ocupación.”* Se confeccionó una tabla (3.1) de todas las actividades en las que los CI comienzan a asistir a los ancianos sin patologías invalidantes y se las clasificó conforme al área de ocupación a la que pertenecen según el “Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da edición)”.

Una vez realizada la tabla se confeccionaron dos gráficos. En uno se observan las actividades que realiza el CI al inicio del rol (3.2) y el otro muestra las actividades según las áreas de la ocupación al que pertenecen cuando comienzan a asistir a los ancianos (3.3).

<b>Actividad</b>	<b>Cantidad de respuestas</b>	<b>Área de la ocupación</b>
vestido	1	AVD
baño	1	AVD
compras	6	AIVD
traslado	4	AIVD
toma de medicamento	3	AIVD
pago de servicios	5	AIVD
acompañar al médico	6	AIVD
limpieza y mantenimiento de la casa	1	AIVD

Tabla 3.1. Actividades y áreas de la ocupación en las que comienzan a asistir los cuidadores informales a los ancianos sin patologías invalidantes, en la ciudad de Lobería durante el período 2017-2018.



Gráfico 3. 2. Actividades que asisten los CI al inicio del rol.

En el gráfico se puede observar una mayor cantidad de respuestas en comparación a la cantidad de CI entrevistados, dado que éstos refieren que asisten en más de una actividad a su familiar.

En su mayoría, con seis (6) respuestas los CI mencionan que deben asistir en las actividades de *compras* y *acompañar al médico*, seguidos por *pago de servicios* con cinco (5) respuestas. En tercer lugar está asistir en la *toma de medicamentos* con tres (3) respuestas y con la menor cantidad de respuestas está *vestido*, *baño*, y *limpieza y mantenimiento del hogar de la casa* con solo una (1) respuesta.

Analizando el gráfico y nuestra base de datos observamos que el mismo CI que asiste en *vestido* es el mismo que asiste en *baño*, dado que cuando empieza a desempeñar el rol de CI el anciano estaba con sonda. Esto lo profundizaremos más adelante.

De las siguientes actividades, los CI refieren asistir en:

- Compras: adquirir y trasladar; alimentos, productos de limpieza y medicamentos.

- Pago de servicios: todo lo que tenga que ver con trámites, tanto de la ANSES, jubilación, banco y pago de servicios.
- Traslados: transportar, conducir, acompañar. Como se menciona el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: “Movilidad en la comunidad”



Gráfico 3.3. Áreas de la ocupación donde los CI comenzaron a asistir a los CI.

Este gráfico se construyó en base a la tabla 1.1, donde encontramos que seis (6) de las actividades que comienzan a asistir los CI corresponden al área AIVD y sólo dos (2) actividades al área AVD.

Asimismo analizando la base de datos en su totalidad, teniendo en cuenta que el CI que asiste en la actividad de vestido y baño anteriormente mencionado, y que ambas actividades corresponden al área de AVD. Podemos decir que fueron actividades momentáneas debido a la situación médica que se encontraba el anciano.

## Objetivo específico 4

Para lograr responder el cuarto objetivo específico “*Identificar las actividades que lleva a cabo el cuidador informal de personas ancianas sin patologías invalidantes una vez que se ha instalado el rol y clasificarlas según las áreas de la ocupación*” se procedió de la misma manera que en el objetivo específico 3. Primero se confeccionó una tabla (4.1) con todas las respuestas que dieron los CI, se las contabilizo y a su vez se las clasificó según el área de la ocupación al que pertenece cada actividad. Luego se pasó a realizar un gráfico (4.2) donde se pueden observar las actividades y la cantidad de CI que asisten. Por último, se armó otro gráfico (4.3) donde se puede observar las actividades según el área de la ocupación al que corresponden.

Actividad	Cantidad de respuestas	Área de la ocupación
compras	10	AIVD
pago de servicio	7	AIVD
traslados	5	AIVD
acompañar al médico	5	AIVD
limpieza y mantenimiento del hogar	1	AIVD
toma de medicamentos	2	AIVD

Tabla 4.1 Actividades y áreas de la ocupación que realizan los cuidadores informales de ancianos sin patologías invalidantes una vez instalado el rol, en la ciudad de Lobería durante el período 2017-2018.

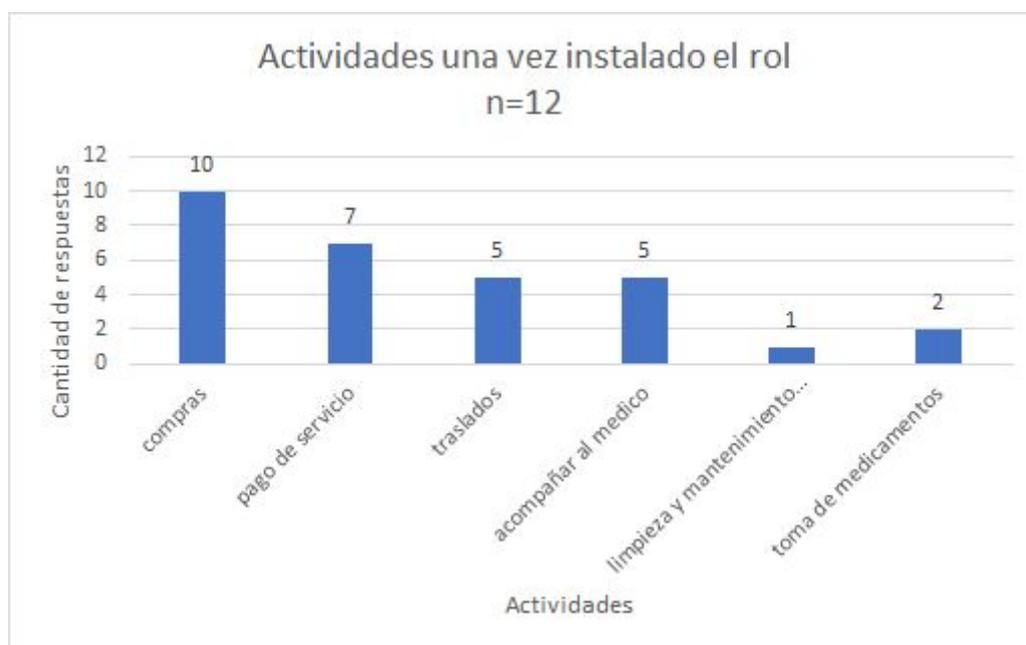


Gráfico 4.2 Actividades que realizan los CI una vez instalado el rol.

En el gráfico 4.2 podemos observar que *compras* es la actividad con mayores respuestas con diez (10). Seguido esta *pago de servicios* con siete (7). En tercer lugar y con la misma cantidad de respuestas están *traslados* y *acompañar al médico* con cinco (5). En los últimos lugares se encuentra *toma de medicamento* con dos (2) respuestas y por último *limpieza y mantenimiento del hogar* con una (1) respuesta. A partir de este gráfico podemos deducir que las actividades que se realizan fuera de la vivienda del anciano sin patologías invalidantes son donde predomina la asistencia del CI.

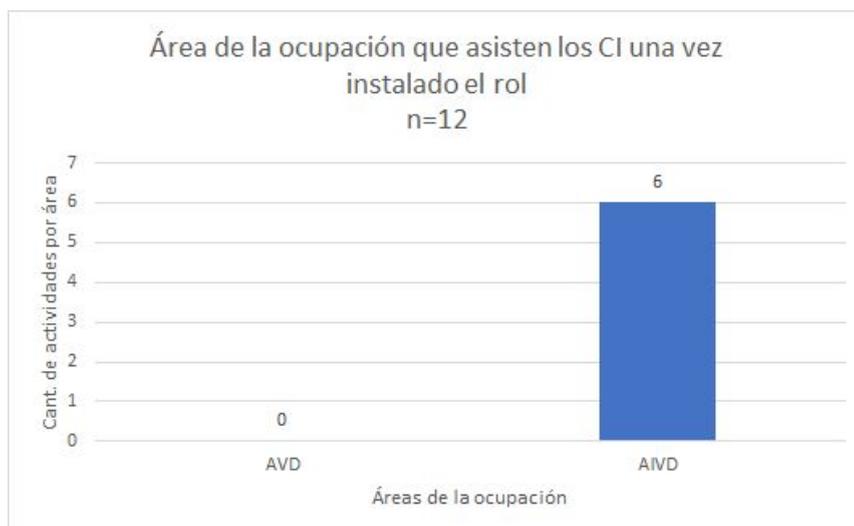


Gráfico 4.3 Áreas de la ocupación donde asisten los CI una vez instalado el rol.

El gráfico 4.3 se puede ver una marcada diferencia entre las AIVD y las AVD. Dado que una vez instalado el rol de CI todas las actividades que asisten pertenecen al área de las AIVD.

### Objetivo específico 5

Para poder dar respuesta al objetivo específico 5 “*Identificar cual es la frecuencia semanal con que un cuidador informal asiste al anciano sin patologías invalidantes*”, se recurrió a la base de datos y se analizaron las respuestas dadas por los CI. Se confeccionó una tabla (5.1) agrupando los datos obtenidos, donde se puede observar el total de respuestas que tiene cada frecuencia con que un CI asiste al anciano sin patología invalidante. Luego se armó un gráfico (5.2) con los datos de la tabla 5.1 para que se pueda observar mejor los datos obtenidos.

Frecuencia semanal	Cant respuestas
1 vez por semana	1
2 veces por semana	3
3 veces por semana	1
4 veces por semana	1
todos los días	6

Tabla 5.1 Frecuencia semanal con la que asiste un CI al anciano sin patología invalidante en la ciudad de Lobería durante el período 2017-2018.

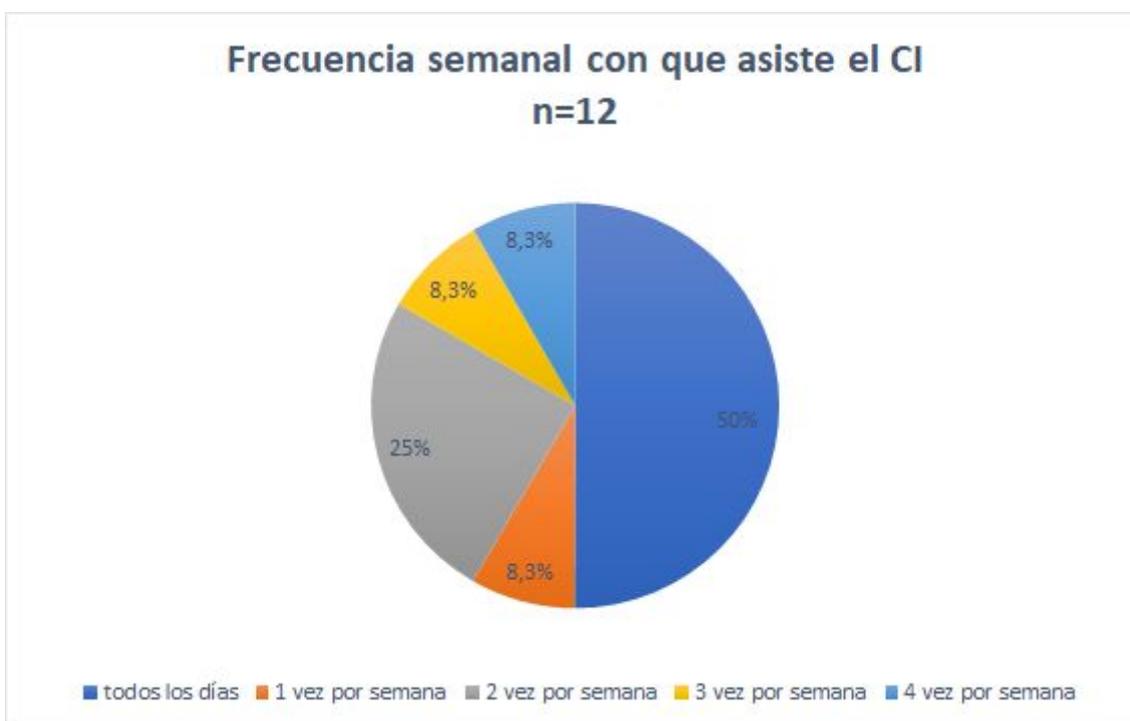


Gráfico 5.2. Frecuencia semanal con la que asiste el CI.

En el gráfico 5.2 podemos observar que la mitad (6 = 50%) de los CI asisten a los ancianos sin patologías invalidantes todos los días. Un cuarto de los entrevistados (3 = 25%) asisten 2 veces por semana. Con la misma cantidad de respuestas (1= 8,3%) asisten 1, 3 y 4 veces por semana.

### Objetivo general

Analizando los resultados obtenidos de los objetivos específicos podemos responder el objetivo general y la pregunta de investigación, concluyendo que el inicio del rol de CI se da por un motivo específico que puede clasificarse dentro de: Problemas relacionados con la salud física, Declive de las funciones cognitivas, Fallecimiento de la pareja, Uso de la tecnología, Decisión del anciano. También podemos decir que en general las personas mayores reciben la asistencia de un CI alrededor de los 77 años, según el promedio que extraemos de la base de datos. No obstante, se puede apreciar que a partir de los 71 años de edad algunas personas mayores reciben asistencia. Por último, pudimos confeccionar un listado (6.1) de las actividades que realizan los cuidadores informales a lo largo de su rol, que en todas pertenecen al área de la ocupación AIVD.

La muestra estuvo conformada por cuidadores informales que tienen un vínculo familiar cercano, ya sea hija (7), nieto (2), hermana (1), nuera (1) y sobrina (1). Que en promedio llevan 8 años desempeñando el rol de cuidador informal.

#### 6.1 Listado de actividades que asiste un CI:

- Compras
- Traslados
- Pago de servicios
- Acompañar al médico
- Asistir en la toma de medicamentos
- Limpieza y mantenimiento de la casa

## Resultados respecto a la Hipótesis

En el desarrollo de la presente investigación nos habíamos planteado la siguiente hipótesis “El rol del cuidador informal de personas ancianas sin patologías invalidantes, comienza a configurarse con la asistencia/acompañamiento en las AIVD: “movilidad en la comunidad” y “compras”.

Retomando el supuesto presentado, luego de haber analizado los resultados obtenidos de cada objetivo específico y de haber alcanzado, de esta manera, el objetivo general. Se comparó lo expuesto en la hipótesis con los datos obtenidos de nuestras variables cualitativas, pudiendo confirmar nuestra hipótesis.

Tomando los resultados del objetivo específico 4, el total de la muestra doce (12) CI respondieron que asistían al anciano sin patologías en AIVD. A pesar de que en el objetivo específico 3 se observan dos respuestas en AVDB, ambas corresponden al mismo CI quien además proporciona asistencia al anciano en una AIVD. Por lo tanto, los resultados de todos nuestros objetivos nos lleva a confirmar nuestra hipótesis. Como mencionamos en nuestro marco teórico, la complejidad que presentan las AIVD es mayor que las AVDB, por lo tanto, podemos afirmar que son las primeras en verse afectadas y requerir asistencia.

A causa del bajo número muestral, no se pueden realizar tests estadísticos de significación, por lo que sólo nos limitamos a realizar un análisis descriptivo.

Diez (10) de los doce (12) CI asisten a los ancianos en las compras. Es decir, que asisten en adquirir y trasladar; alimentos, productos de limpieza y medicamentos. A su vez el CI que asiste al anciano en las compras, el mismo es quien le realiza los traslados. Observando el gráfico 4.2, cinco (5) CI asisten al anciano específicamente en los traslados. Movilidad en la comunidad implica según el Marco de Trabajo 2da edición: “moverse por la comunidad y utilizar el transporte público o privado, como conducir, caminar, andar en bicicleta, o acceder al autobús, taxi y otros sistemas de transporte”. Esto implica que los CI que asisten a los ancianos en los traslados, están asistiéndolo en movilidad en la comunidad.

## Conclusiones

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general determinar cuáles son las actividades que realiza un cuidador informal de personas ancianas sin patología invalidante en la localidad de Lobería durante los años 2017-2018 y a que área de la ocupación pertenecen estas actividades, según el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, Dominio y Proceso. 2da edición.

Para alcanzar el mismo, se plantearon diferentes objetivos específicos que permitieron ahondar en el tema, y a partir de los cuales se encontraron resultados significativos.

La muestra estuvo conformada por 12 familiares de personas ancianas sin patologías invalidantes, de 80 y más años, que asisten a los mismos. El número muestral resulta bajo para que sea representativo, debido a los requisitos expuestos a lo largo del trabajo, principalmente la relación existente entre el incremento en la edad poblacional y las patologías invalidantes/discapacidades que se incrementan de manera proporcional. Continuando esta línea de análisis y observando la base de datos, encontramos que cuando una persona alcanza la edad de 70 años, los familiares y personas allegados al mismo, deberán estar más alerta a las necesidades de asistencia, principalmente en las AIVD. Si bien el promedio de edad en la que los ancianos empiezan a necesitar asistencia es 77 años en nuestra muestra, encontramos casos donde los mismos requieren dicha asistencia antes (71 años). Es por ello que hacemos hincapié en que los familiares de personas ancianas deberían estar alerta a las necesidades de asistencia del anciano previamente, ya que los mismos podrían requerir de un CI.

Siguiendo con el análisis de las entrevistas desarrolladas, podemos dar cuenta de que las respuestas fueron homogéneas en relación a la hipótesis planteada. No se observó una marcada variabilidad en las mismas. Por ejemplo, con respecto a las actividades en las cuales reciben asistencia los ancianos sin patología invalidante, todos los CI respondieron que asistían en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Tomando la definición de la AOTA sobre las AIVD: “actividades que están orientadas

hacia la interacción con el entorno y que a menudo son de naturaleza compleja” (como se cita en Willard & Spackman, 2002, P.620) debido a que éstas actividades suponen mayor complejidad cognitiva y motriz, son las primeras en verse afectadas, y como implican interacción con el medio, permiten la posibilidad de delegarlas, si fuera necesario, a otras personas siendo en este caso a los CI.

Teniendo en cuenta el resultado de los objetivos específicos, los motivos por los cuales un familiar asume el rol de cuidador informal se pudieron agrupar en cinco (5) razones diferentes: Tecnología, debido al avance tecnológico muchos de los ancianos no logran adaptarse a los cambios lo cual lleva a la aparición de un CI que intervenga resolviendo las problemáticas que esta situación les presenta. A su vez, en esta etapa del ciclo vital a partir de los 70 años muchos de los ancianos pierden a su pareja dejando un vacío que no sólo es afectivo, sino en el desarrollo de las actividades que aquella persona realizaba, por lo tanto esta es otra de las razones por la cual el anciano requiere de un CI que lo asista. Por último y debido al envejecimiento normal, a cierta edad uno es más propenso a tener problemas relacionados con salud física, este es el principal motivo que pudimos observar de nuestra investigación, obteniendo aquí el mayor número de respuestas de la muestra, siendo seis (6) de doce (12) de los entrevistados. Otro de los motivos corresponde a una decisión tomada por el anciano. En esta investigación el anciano en cuestión por iniciativa propia decidió dejar de manejar necesitando un CI que le realice los traslados.

Por otra parte, es importante destacar que los cuidadores informales asisten al anciano entre dos (2) veces por semana y todos los días. Dependiendo de cada anciano en particular y de las actividades en las que éste necesita asistencia. Es conveniente conocer este dato ya que resulta relevante para la configuración del rol como CI de ancianos sin patología invalidante, y si es determinante para el requerimiento de un cuidador formal.

Observando el gráfico 4.2 nos dimos cuenta de que las AIVD que realizan los CI no varían cuando comienzan a desarrollar el rol y una vez instalado el mismo. No obstante la cantidad de actividades que realizan los CI por anciano se incrementan, a medida que va pasando el tiempo de desarrollo del rol y avanza la edad cronológica del

anciano.

Teniendo en cuenta el resultado de la investigación, llegamos a la conclusión de que se va acrecentando la cantidad de actividades en que el anciano es asistido, esto se puede ver claramente en la resolución del objetivo específico 2. Es importante destacar que la actividad traslado aumenta significativamente. Esto refiere a que cuanto más tiempo pasa, los CI se hacen cargo de los traslados en auto de los ancianos sin patologías invalidantes, los CI manejan el auto para llevar a los ancianos a diferentes lugares ya sea para ir a realizar compras al supermercado o a un club como también cuando se juntan con amigos.

Los resultados de esta investigación aportan conocimientos sobre la configuración del rol de CI de ancianos sin patologías invalidantes, intentando dar cuenta de las acciones en asistencia más realizadas por los cuidadores familiares. Nos parece importante aclarar por qué elegimos el tema, ya que muchos cuidadores informales llevan a cabo el rol sin ser conscientes del mismo. Tener conciencia del rol implica reconocer el quehacer de dicho rol, para permitir darle significado al mismo y de esta manera lograr poder sentirlo como una actividad a la cual se puede pertenecer, donde el CI puede ir en crecimiento constante de; conocimiento, afectividad en la relación con el anciano a quien asiste.

A su vez la configuración del rol y el rol mismo son importantes para tener en cuenta a la hora de pensar intervenciones desde terapia ocupacional, ya que los roles son una parte esencial del desempeño humano. El Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da edición) refiere: “los roles se tratan de un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad pudiendo proveer una guía de conducción a patrones de ejecución estereotipados”(2010, p. 25). Este conocimiento del rol de CI facilitará a los profesionales de TO la comprensión de las destrezas de ejecución y las ocupaciones de las personas/pacientes. Este dato es relevante al momento de plantear un abordaje con el paciente, ya que no es lo mismo si el anciano tiene o no a alguien con quien contar, un cuidador informal. Por ello mencionamos anteriormente que se debe ser consciente del rol y lo que éste implica, para evitar tanto sobrecargas a quienes efectúan la/s tarea/s como, generar dependencia innecesaria de los

ancianos hacia sus cuidadores.

Se han tenido en cuenta otros factores, como el tipo de asistencia que proporcionan los CI a personas ancianas sin patologías invalidantes. Dado a su respuesta unánime, no ha sido analizado en datos, pero no deja de ser importante para la caracterización del rol de cuidador informal. Cada uno de los CI afirman que asisten en las AIVD físicamente.

Los factores restantes, no se han analizado debido a que sus resultados arrojados mediante las entrevistas no son relevantes para caracterizar e identificar el rol del CI.

Si bien, alguno de los ancianos cuenta con apoyos en su domicilio, los mismos no fueron significativos para la investigación, dado que éstos eran de carácter preventivo y por confort/calidad de vida del anciano. Los apoyos mencionados fueron: antideslizante en la ducha y barrales, cama elevada y la mayoría de los ancianos usan bastón y pastilleros para la medicación.

Es importante mencionar que los CI entrevistados refirieron que los ancianos a los que asisten no cuentan con un cuidador formal. Esto se debe a la independencia funcional de los mismos, lo que implica no tener la necesidad de contar con alguien que los asista en todo momento sino, sólo para actividades específicas que transcurren principalmente fuera de la vivienda.

Se recomienda para futuras investigaciones, realizar un estudio más exhaustivo en una ciudad más desarrollada con una mayor cantidad de habitantes, ya que el desarrollo de las actividades en una ciudad de 17.500 habitantes, como es en el caso de Lobería, puede variar debido a diferentes factores tanto ambientales como así también estructurales. Teniendo en cuenta que en dicha ciudad no se cuenta por ejemplo con transporte público, debido a que las distancias a recorrer dentro la localidad no lo requieren.

La convivencia en ciudades pequeñas es más estrecha, lo que favorece a las relaciones personales, el trato solidario y la comunicación efectiva, generando así una red de apoyo social más generosa y variada.

No puede separarse a la persona de su entorno cultural: no son lo mismo las costumbres de los ancianos que viven en el campo que los que viven en la ciudad, por

ejemplo.

Se hace necesario visualizar cómo han ido cambiando las relaciones sociales. Ello tiene estrecha vinculación con las redes de apoyo de las personas mayores, ya que éstas pueden satisfacer gran parte de sus necesidades, no sólo económicas sino también emocionales. (CJ Arias, 2015)

En términos generales los ancianos que viven más años y mejor, son los que poseen mayor capacidad de adaptación, el sexo, la educación, el grado y calidad de inserción social, el uso del tiempo libre, el grado de satisfacción con su forma de vida, son algunos de los factores que determinan una mayor capacidad de adaptación y una vejez más sana y feliz.

Si una persona anciana se mantiene física, social e intelectualmente activa, puede considerarse sana, aunque padezca alguna enfermedad crónica.

Conocer y tener en cuenta las condiciones del entorno económico, social y cultural de las personas mayores, nos permitirá construir oportunidades para que puedan desarrollar sus capacidades y potencialidades, contemplando así sus derechos.

## Bibliografía

- Alba, A. S., y Llera, F. G. (1990). Manual de geriatría. Barcelona: Salvat.
- Alba, A. S., I., G. M., y T., A. A. (1996). Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional. (2010). Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional. Dominio y Proceso. 2da Edición. (Traducción).
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional. (2014). Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional. Dominio y Proceso. 3ra Edición. (Traducción). Revista Americana de Terapia Ocupacional. Recuperado de: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Arias, C. y Soliverz, C. (2009), Bienestar psicológico y redes sociales, En Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento, Eudeba, Buenos Aires, Argentina.
- Mónica Laura Roqué [et. Al.] (2010). Accesibilidad al medio físico para los adultos mayores. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Secretaria Nacional de Niñez, adolescencia y familia.
- Beers, M. H., Jones, T. V., Berkwits, M., Kaplan, J. L., & Porter, R. (2008). Manual Merck de información médica: edad y salud. Barcelona: Océano..
- Bottinelli, M. M (2007). Metodología de Investigación: herramientas para un pensamiento científico complejo. Buenos Aires: s.n.
- Charles Christiansen, Carolyn Baum. (s.f). Superación de los déficit en el desempeño ocupacional. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/terapia-ocupacional/LA%20OCUPACION%20Y%20SU%20PROCESO%201/Superaci%C3%B3n%20de%20los%20d%C3%A9ficits%20en%20el%20desempe%C3%B1o%20ocupacional,%20CHRISTIANSEN,%20BAUM..pdf>
- Crepeau, E. B., Cohn, E. S., y A., B. S. (2011). (Willard y Spackman) “Terapia Ocupacional. 11ª edición”. Buenos Aires: Médica Panamericana.

- Dieguez, M. C., Ponce, M. S., Lorca, M. B., y Lezaeta, C. B. (2016). Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal. *América Latina Hoy*, 71(0), 17. doi:10.14201/alh2015711736
- Fassio, A. y Roqué, M. (2008), Gerontología Comunitaria e Institucional, Material de estudio de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación-Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina
- G. (2005). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional*, 19, 6th ser., 70-75.
- Griffa, M. C., y Moreno, J. E. (2011). Claves para una psicología del desarrollo. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Hopkins, H.L. y S. H. D. (1998) (Willard y Spackman) “Terapia Ocupacional. Octava edición”. Editorial Médica Panamericana, Madrid
- Llera, F. G., y Martín, J. P. (1994). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson.
- López, B. P. (2001). Terapia ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos. Madrid: Médica Panamericana.
- López, B. P., & Palud, L. G. (2004). *Terapia ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y práctica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Roger, M. R., Bonet, I. Ú, Gallego, C. F., Pisa, R. L., Ribas, A. P., Viñets, L. G., y Oriol, R. P. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26(4), 217-223. doi:10.1016/s0212-6567(00)78650-1
- Ministerio de Economía, INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 - Total país y provincias - Resultados Definitivos. Recuperado de:  
<http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/Estadistica/censo2010/censo2010resultados.html>

- Ministerio de Salud y Protección social, República de Colombia, Ciclo de Vida. (s.f.) Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Envejecimiento activo. (s.f.) Recuperado de:  
<http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/389-envejecimiento-activo>
- Roqué, M.L. (2010). Aprendiendo estrategias para cuidar mejor. SEGUNDA PARTE. Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.
- Roqué, M.L. (2010). Aprendiendo estrategias para cuidar mejor. PRIMERA PARTE. Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.
- Roqué, M.L. (2010). Manual de cuidados domiciliarios: nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos. Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.
- Rossi L. (2006); Las alteraciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria de pacientes con demencia desde la perspectiva del cuidador. Trabajos finales de grado Licenciatura en Terapia Ocupacional Universidad Nacional de San Martín.
- Rubio, J.; Varas, J. (1999) El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de Investigación, Ed. CCS, Madrid.
- Samaja, J. A. (1993). Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Minayo, M. C., & Deslandes, S. F. (2004). Investigación social: teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar.

## Anexos

### Carta de presentación

(Hoja informativa del consentimiento informado)

A los días \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 2017.

Documento de Consentimiento Informado.

Estimados.

Somos un grupo de estudiantes de la Licenciatura de Terapia Ocupacional, del Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento (ICRyM), perteneciente a la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), sede ubicada en la zona de Belgrano, Capital Federal.

Nos encontramos realizando un trabajo integrador final, para las cátedras de “Diseño de trabajo final” y “Metodología de la investigación”, acerca de la “Configuración del rol de cuidador informal de personas ancianas, en la localidad de Lobería en el año 2017”. El objetivo del estudio es investigar qué tipo de actividades realizan cada uno de los cuidadores informales, para ser considerados como tales.

Uno de los principales objetivos de la terapia ocupacional en geriatría, es mantener la autonomía de las personas ancianas, por lo tanto consideramos relevante tomar conocimiento de las actividades que desarrollan los cuidadores informales en cuanto a la asistencia de sus familiares ancianos, comparando qué tipo de actividades son las que se llevan a cabo, tomando como referencia diferentes niveles de dependencia del mismo.

Se espera que a partir de dicha investigación tanto los profesionales de la salud orientados al trabajo con la población involucrada en éste estudio, como los cuidadores informales y los mismos ancianos, a través de la lectura del mismo, se informen sobre el desarrollo del rol; “cuidador informal” o para contribuir en su desarrollo a partir de la planificación y facilitación de estrategias, de la manera más idónea posible.

Por tal motivo, resulta pertinente contar con su consentimiento para realizarle una breve entrevista sobre dicho tema, con la cual Usted contribuirá a la recopilación de datos para el trabajo de investigación antes descrito. Tenga presente que su participación es de manera totalmente voluntaria, anónima y confidencial, Usted tiene derecho a rehusarse a participar de la misma o a retirarse del estudio en cualquier momento si así lo requiere, aún habiendo aceptado anteriormente. De ser así, para que se proceda con el retiro de sus datos aportados, sólo deberá informar a las investigadoras:

- *Hansen K Josefina: josefinahansen@hotmail.com*
- *Ocorso Natalia: natyocorso@gmail.com*
- *0000Suárez María Agustina: suarezmaagustina@gmail.com*

El trabajo sólo será expuesto en ámbitos académicos, sin fines de lucro. Cabe mencionar que no representa riesgos posibles, ni retribuciones económicas para las personas entrevistadas.

Una vez finalizado el trabajo final, los resultados del mismo quedan a su disposición.

Desde ya, muchas gracias por su tiempo y colaboración.

## Consentimiento informado

Declaro que he comprendido en qué consiste la entrevista, y habiendo tenido la oportunidad de formular toda clase de preguntas en relación a los procedimientos descritos del proyecto: “configuración del rol de cuidador informal de personas ancianas, en Lobería en el año 2017”, acepto ser partícipe del trabajo de investigación.

Fecha:

Firma:

Aclaración:

## Autorización

Luego de haber leído la carta de presentación de las alumnas Josefina Hansen K., Natalia Ocorso y María Agustina Suárez, de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM).

Autorizo a las mismas a acceder al listado de pacientes para lograr desarrollar las entrevistas de la investigación “configuración del rol de cuidador informal de personas ancianas sin patología invalidante, en Lobería en el año 2017”.

Acepto ser partícipe del trabajo de investigación.

Fecha:

Firma:

Aclaración:

## Anexo 2

### Entrevista

Fecha:

Fecha de nacimiento:

Género:

1. ¿Que tipo de relación presenta con el anciano al que asiste?
2. ¿Qué edad tiene la persona a la que asiste? ¿Recuerda la fecha de nacimiento?
3. ¿Recuerda cuál fue el motivo por el cual empezó a asistir al anciano?
4. ¿Recuerda qué edad tenía el anciano cuando lo empezó a asistir? Si no recuerda, ¿Desde hace cuánto tiempo aproximadamente se desempeña usted como cuidador informal?
5. ¿La persona a la que asiste presenta alguna patología/s no invalidante/s, como hipertensión arterial, diabetes, otras?
6. ¿Recuerda con qué actividades de la vida cotidiana comenzó a involucrarse en el cuidado del anciano? Mencionarlas.
7. ¿En qué actividades asiste , hoy en día, usted al anciano?
8. ¿De qué manera asiste usted al anciano? ¿verbalmente, físicamente o de ambas maneras, parcial o totalmente? (pregunta en base a la respuesta de la pregunta anterior.)
9. ¿Con qué frecuencia semanal usted asiste a su familiar?
10. ¿Su familiar cuenta con un cuidador formal? En caso de responder afirmativamente, preguntar ¿en qué actividades interviene el cuidador formal?
11. ¿El anciano al que asiste cuenta con apoyos en su casa? En caso de que el cuidador responda que sí, preguntar ¿Cuáles?

## Guia de preguntas para completar la entrevista

3. ¿Recuerda cuál fue el motivo por el cual empezó a asistir al anciano?

- fallecimiento de la pareja del anciano
- ayuda con la tecnología
- el cuidador empezó a notar que el anciano tenía algunas dificultades
- el anciano pidió ayuda al cuidador

5. ¿La persona a la que asiste presenta alguna patología/s no invalidante/s, como hipertensión arterial, diabetes, otras?

Patologías/ enfermedades que no afecten/alteren su vida diaria.

6. ¿Recuerda con qué actividades de la vida cotidiana comenzó a involucrarse en el cuidado del anciano?

- AVD: vestido; baño; alimentación; etc.
- AVDI: ir al médico; proporcionar medicamentos; ir de compras; pagos de servicios/ jubilación; etc.
- Ocio y tiempo libre: juegos de mesa; ver películas; escuchar música; etc.
- Participación social: acompañar al club; motivar a realizar actividades culturales; visitar familiares o amigos; etc.

7. ¿En qué actividad asiste usted al anciano?

- AVD: vestido; baño; alimentación; etc.
- AVDI: ir al médico; proporcionar medicamentos; ir de compras; pagos de servicios/ jubilación; etc.
- Ocio y tiempo libre: juegos de mesa; ver películas; escuchar música; etc.
- Participación social: acompañar al club; motivar a realizar actividades culturales; visitar familiares o amigos; etc.

8. ¿De qué manera Usted asiste al anciano? ¿verbalmente, físicamente o de ambas maneras, parcial o totalmente? (pregunta en base a la respuesta de la pregunta anterior.)

- ¿Le recuerda verbalmente los pasos a seguir?
- ¿Lo lleva/transporta a algún lugar en particular?

- ¿Le recuerda verbalmente el/los pasos a seguir de una actividad y a su vez interfiere físicamente para que cumpla con el/los paso/s correspondiente/s?

11. ¿El anciano al que asiste cuenta con apoyos en su casa? En caso de que el cuidador responda que sí, preguntar ¿Cuáles?

- Llamamos adaptación a toda modificación del medio ambiente y modo de realizar una actividad, para que se permita el desarrollo de la vida diaria de manera segura y con el menor gasto de energía posible.

tipos de apoyo:

- Adaptación del medio ambiente: muebles adaptados, cambios en el entorno físico del hogar
  - Barrales en el baño.
  - Elevador de inodoro o inodoro elevado.
  - Cama elevada.
  - Antideslizante en la ducha.
  - otros.
- Dispositivos para la movilidad personal
  - Bastón.
  - Andador.
  - Calzado con suela antideslizante.
- Adaptación en el modo de realizar una actividad

Si se modificaron los pasos de alguna tarea para simplificar. Como por ejemplo incorporar la utilización de un pastillero para no olvidar la toma de medicación.

- Asistencia verbal y/o física.

## Pilotajes

### INFORME 1:

Se desarrolla entrevista el día 15 de junio del corriente año.

Cuidador informal femenino (40 años) presenta relación familiar con el anciano, nieta mayor. La misma refiere que la edad del anciano es 82 años, habiendo nacido el 4 de marzo de 1935. Presenta HTA, artrosis, la cuidadora recuerda que su abuela padeció/tuvo cáncer de mamas.

En cuanto a la asistencia que proporciona, refiere que lo hace tanto verbal como físicamente, asistiendo en las AVD de baño y vestido y controlando la HTA con un tensiómetro. Comenta que asiste al anciano con una frecuencia semanal diaria.

Menciona que tiene el baño adaptado y que no cuenta con cuidador formal.

### INFORME 2:

Se desarrolla entrevista el día 15 de junio del corriente año.

Cuidador informal femenino (65 años). Presenta relación familiar con el anciano, sobrina. La misma refiere que la edad del anciano es de 83 años, no recuerda fecha de nacimiento. Presenta HTA.

En cuanto a la asistencia que proporciona, refiere que lo realiza tanto verbal como físicamente, aunque verbalmente se le dificulta porque presenta sordera: asistiendo en la AVD de baño, además le proporciona la medicación, cura úlcera en mmss, le hace compañía. Comenta que hace 2 años cuida de ella, con una frecuencia semanal diaria.

Menciona que no cuenta con ningún tipo de adaptación en su hogar, y que no cuenta con cuidador formal.

### INFORME 3

Se desarrolla entrevista el día 15 de junio del corriente año.

Cuidador informal masculino (61 años), presenta relación familiar con el anciano, hijo. El mismo refiere que la edad del anciano es de 95 años, habiendo nacido el 15 de octubre de 1921. Su hijo refiere que presenta “corazón grande”.

En cuanto a la asistencia que proporciona, refiere que lo hace físicamente, asistiendo en la toma de medicación, también la acompaña a las consultas médicas y le hace

compañía. Comenta que asiste al anciano con una frecuencia semanal de tres veces por semana.

Menciona que no cuenta con ningún tipo de adaptación en su hogar, pero que cuenta con cuidador formal quien la acompaña a eventos familiares, a hacer las compras al supermercado, juega a las cartas, y en sus horas de sueño.

#### INFORME 4

Se desarrolla entrevista el día 15 de junio del corriente año.

Cuidador informal femenino (54 años), presenta relación familiar con el anciano, hija. La misma refiere que la edad del anciano es de 90 años, habiendo nacido el día 23 de abril de 1927. Su hija refiere que presenta HTA, cáncer de esófago en periodo inicial.

En cuanto a la asistencia que proporciona, refiere que lo hace físicamente, concurriendo a la farmacia por sus medicamentos, acompañándola al médico. Comenta que acompaña a la anciana en su casa con una frecuencia semanal diaria.

Menciona que cuenta con adaptación en el cuarto de baño y que no cuenta con cuidador formal.

## Esquema Marco Teórico

- Situación actual del envejecimiento – aumento de la esperanza de vida
- Ciclo vital (introducción al grupo etario elegido que deriva en ...)
- Pérdida de roles y declive de funciones cognitivas
- Declive de sistemas: físico, sensorial, orgánico
- Cuidadores informales
- Listado de tareas (que desarrollan los cuidadores informales con/a personas dependientes)
  - Qué incluye cuidar
  - Dependencia funcional
  - Envejecimiento, proceso y tipos
  - Apoyo. Diferentes tipos de apoyos
  - Personas sin patología invalidantes. A qué nos referimos con ello
  - Asistir y cuidar
  - Rol. Qué es, cómo se da
  - Rol de cuidador informal
  - Tareas que pueden realizar los cuidadores según el marco de trabajo (áreas ocupacionales).
- AVD - AIVD

## Cuadro de coherencia interna

Tema	Palabras clave	Preguntas	Hipótesis	Objetivo general	Objetivo específico	Correptos marco teórico	Estructura del dato			
							U. A.	V	R	I
Configuración del rol de cuidador informal de personas ancianas sin patologías en la localidad de Lobos, en el año 2017.	Palabras clave:  Rol Cuidador informal	¿Cuáles son las tareas más frecuentes que debieron el rol de CT?	El rol del cuidador informal de personas ancianas sin patologías comienza a configurarse con la asistencia/accompañamiento en las AVID.	Identificar y caracterizar cuáles son las AVID y las AVID que asumen en un contexto del rol, los familiares para ser considerados cuidadores informales de personas ancianas sin patologías previas, en la localidad de Lobos en los años 2017 - 2018.	Identificar las actividades en que los ancianos comienzan a ser asistidos por sus cuidadores informales y clasificar según el área de la ocupación que corresponde	Rol del cuidador informal	Áreas de ocupación en las que los cuidadores informales colaboran con los ancianos.  AVID y AVID	Frecuencia semanal con el cuidador informal asiste al anciano.  todos los días: 2 veces por semana, 3 veces por semana y 4 veces por semana	Problemas relacionados con la salud física, de índole de las funciones cognitivas, el deterioro de la psiquiatría y	Entrevista
Áreas de la ocupación										

## Base de datos

U.A	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PATOLOGIA NO INVALIDANTE	RELACION DEL CI	COMIENZO DE ROL (AÑO)	TIEMPO DE ROL (AÑO)	MOTIVO	FRECUENCIA SEMANAL CI ASISTE
1	22/5/1935	84	problemas cardiacos	Sobrino	2014	5	interrupción por insuficiencia cardiaca	todos los días
2	17/10/1928	90	problemas cardiacos y HTA	Hija	2000	19	cirugía en ambas rodillas	todos los días
3	24/6/1936	83	HTA y artrosis	Hija	2008	11	memoria	todos los días
4	19/11/1936	82	hernia de disco	Hija	2017	2	la anciana decidió dejar de manejar	1
5	18/8/1981	87	HTA	Hija	2015	4	uso de la tecnología	2
6	13/9/1936	82	artrosis y osteoporosis	Hija	2014	5	fractura de vertebra	2
7	24/3/1982	87	HTA	Nieto	2015	4	memoria	4
8	13/6/1984	85	sin patología	Nieto	2008	11	fallecimiento de la pareja	todos los días
9	13/2/1934	85	HTA	Hija	2013	6	operación de cadera (prótesis)	2
10	20/8/1927	91	HTA y diabetes	Hija	2009	10	memoria	3
11	26/4/1938	81	sin patología	Nuera	2012	7	fallecimiento de la pareja	todos los días
12	19/4/1930	89	HTA, diabetes y problemas	Hermana	2008	15	operación de cadera (prótesis)	todos los días

<i>U.A.</i>	<i>Act comenzó</i>	<i>Act hoy</i>
1	Vestido baño	Compras Pago de servicios
2	Compras Traslado	Compras Traslados
3	Toma de medicamentos Acompañar al médico	Toma de medicamento Acompañar al médico Compras
4	Traslados compras	Traslados Compras
5	Pago de servicios Acompañar al médico Compras	Pago de servicios Acompañar al médico Compras
6	Limpieza y mantenimiento de la casa	Limpieza y mantenimiento de la casa
7	Acompañar al médico Compras Pago de servicios	Acompañar al médico Compras Pago de servicios
8	Traslados Compras Pago de servicios	Traslados Compras Pago de servicios
9	Acompañar al médico Compras Pago de servicios	Acompañar al médico Compras Pago de servicios
10	Acompañar al médico Toma de medicamentos	Traslados Compras Pago de servicio
11	Acompañar al médico Traslados Pago de servicios	Acompañar al médico Traslados Pago de servicios
12	Toma de medicamento	Toma de medicamento compras