

Calidad de vida y adaptación social de los cuidadores de adultos mayores

José William Martínez¹
Ángela María Albán Campo²
Fabio Ernesto Arcos Muñoz²
Jennyffer Vanessa Calvachi Jiménez²
Luisa Fernanda Giraldo Duque²
Juan Álvaro Jojoa Saa²

Resumen

Introducción: La calidad de vida de los cuidadores de ancianos puede verse alterada por la exposición laboral que representa la atención de adultos mayores. Estas alteraciones pueden no ser percibidas por los trabajadores ni sus familias. *Método:* Se aplicaron test de calidad de vida y adaptación social a los cuidadores de adultos mayores en centros de bienestar de Pereira y Santa Rosa de Cabal (Risaralda, Colombia). *Resultados:* Se evaluaron 69 cuidadores institucionalizados. Los test tuvieron un alto índice de confiabilidad interna. Se identificaron los componentes de las pruebas y se encontró que la gran mayoría de los cuidadores tenían adaptación social y que la calidad de vida oscilaba entre baja y mediana calidad de vida. *Conclusiones:* A pesar de ser una población con adecuadas condiciones sociales, se presentan riesgos por adaptación patológica e inadecuada calidad de vida.

Palabras clave: calidad de vida, condiciones sociales, cuidadores.

Title: Quality of Life and Social Adjustment of Older Adult Caretakers.

Abstract

Introduction: Caretakers' quality of life may be altered, impacting heavily on the care they provide to the elderly in nursing homes. *Methods:* Different tests were applied to measure the quality of life, social adjustment, and social conditions of the caretakers in Pereira and Santa Rosa de Cabal (Risaralda, Colombia). *Results:* 69 institutionalized caretakers were evaluated. The test had a high level of internal reliability. The components of the tests were identified and showed that the great majority of caretakers had social adjustment, and that the quality of life was ranging between low and medium. *Conclusions:* In spite of being a population with suitable social conditions they present risks stemming from pathological adjustment and inadequate quality of life.

Key words: Quality of life, social conditions, caregivers.

¹ Médico. Doctor en Epidemiología. Profesor titular del programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.

² Estudiante de V semestre del programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.

Introducción

El cuidado del anciano debe generar bienestar y calidad de vida. Si bien lo esperado es que esas condiciones se den en los hogares de origen, hoy en día existen otras opciones para que los adultos mayores accedan a esas condiciones de bienestar. Algunas de estas opciones son las residencias, las cooperativas, los talleres protegidos, los ancianatos, los hogares de ancianos y los grupos de apoyo social (1).

Los centros de bienestar del anciano son considerados el hogar de estas personas y, como tal, se caracterizan por ser un entorno importante para la atención y cuidado de adultos mayores independientemente de sus limitaciones y dificultades en sus condiciones de salud; pero en muchas condiciones no basta con atender sólo a estas personas, sino que se debe asegurar una calidad del servicio, y este servicio intangible está asociado con la calidad de vida de los cuidadores, que son la principal fuente de apoyo, por lo que necesitan apoyo también para asegurar su buen funcionamiento y bienestar (1).

El concepto de calidad de vida, en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. Está dada por aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria (como la renta per cápita, el nivel educativo,

las condiciones de vivienda), es decir, aspectos considerados categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan, como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre o derechos humanos (2).

La definición de calidad de vida es abordada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (3).

La calidad de vida se ve claramente relacionada con momentos en que los seres humanos deben afrontar situaciones de cambio en su rol cotidiano, en su maduración o en el cumplimiento de su ciclo vital (4), y esto se puede ver afectado en la salud mental. Por ello la aparición de una enfermedad grave en un miembro de un grupo familiar implica grandes cambios. De esta manera, establecer la enfermedad como un cambio súbito de la cotidianidad de un grupo social, como lo es el familiar, a manera de gran condicionante o factor que altera de una u otra manera la calidad de vida tanto del individuo implicado directamente con la enfermedad como de las personas que están a su alrededor, nos lleva a pensar y a indagar por un problema grave que cada día se está volviendo más frecuente: las enfermedades neuro-

degenerativas y sus consecuencias dentro de la dimensión psicológica de calidad de vida (5).

La tarea de cuidado del adulto mayor involucra, de forma determinante, a todos los miembros de la familia, especialmente del cuidador, quien le dedica mayor tiempo y tiene sobre sí la mayor carga de la responsabilidad. Es fundamental que el grupo familiar reciba información sobre estas enfermedades y su cuidado, de manera que se asegure una buena calidad de vida para el anciano y disminuya la carga del cuidador (6).

Materiales y métodos

Tipo de estudio. Este es un estudio descriptivo, cuya finalidad es evaluar la calidad de vida de los cuidadores de ancianos institucionalizados, a través de la encuesta de calidad de vida COOP/WONCA y la Escala de Condiciones Sociales y de Adaptación Social.

Población. Cuidadores institucionalizados pertenecientes a ancianatos ubicados en la ciudad de Pereira y Santa Rosa, del Departamento de Risaralda, Colombia, tanto en zona urbana como rural. Todas las instituciones atienden ancianos con diferentes grados de senectud y patologías.

Muestra. No se realizó un muestreo y se evaluó a todos los cuidadores de los centros de bienestar. La participación de los cuidadores fue de manera voluntaria y a todos

se les pidió un consentimiento informado para hacer partícipe del estudio.

Instrumentos. Se utilizaron diversos instrumentos, entre los cuales se encontraba la Escala Autoaplicada de Adaptación Social y Condiciones Sociales y una encuesta para evaluar la calidad de vida de los cuidadores de los ancianos.

Criterios de inclusión. (a) Ser cuidadores pertenecientes a alguna institución. (b) Los asilos ubicados en la ciudad de Pereira y en el municipio de Santa Rosa.

Criterios de exclusión. Los cuidadores no deben ser parientes de los ancianos.

Los ancianatos se escogieron del directorio telefónico. Se hizo un previo contacto con éstos y se concertó una cita con los administrativos de cada uno. En la cita se explicó el proyecto y su finalidad; igualmente, se comentó que el beneficio de la participación era la entrega del *Manual de procedimientos de enfermería del Centro de Bienestar de Ancianos*. Los asilos que decidieron participar en la investigación fueron los escogidos. No se utilizó ningún otro modo o criterio de escogencia. De los hogares y cuidadores escogidos ninguno se negó a participar en el proyecto.

En primera instancia se evaluó la calidad de vida en los cuidadores de ancianos mediante una encuesta y luego respondieron al test de COOP/WONCA, instrumento diseñado para evaluar la calidad de

vida de los cuidadores en relación con el cuidado de sus pacientes. Este instrumento consta de cinco ítems que evalúan actividad física, estado emocional y estado de salud del cuidador.

El otro test es la Escala Autoaplicada de Adaptación Social, diseñada para evaluar la conducta y el ajuste social de los pacientes con depresión. Consta de 21 ítems que exploran el funcionamiento del individuo en las siguientes áreas de la vida: trabajo, ocio, familia, relaciones sociales, motivación e intereses. Se toma como marco de referencia temporal el momento actual. Este test proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Esa puntuación total oscila entre 0 y 60. Los puntos de corte propuestos por sus autores son:

- Hasta 25: desadaptación social.
- 25-52: normalidad.
- >55: adaptación patológica.

Una vez llevada a cabo la recolección de datos, la información se digitó en el programa Excel®, donde se creó la base de datos. La información se pasó al *software* Start Transfer, y de ahí se exportó al programa SPSS, con el cual se analizaron los datos y se obtuvieron las gráficas correspondientes. Con los resultados de los análisis de los datos se pasó a la fase de interpretación.

Resultados

Se evaluaron 69 cuidadores, quienes fueron entrevistados por los autores. De ellos 17 eran voluntarios y 52 trabajaban y recibían salario. En cuanto a la confiabilidad de los instrumentos para calidad de vida del cuidador y adaptación social, éstos se evaluaron por medio del alfa de Cronbach y se obtuvo para el primero un resultado de 65,6% y para el segundo un resultado de 88,9%, lo que indica que la aleatoriedad por cambios de observadores es muy baja y que es más relevante para el test de adaptación social.

El análisis de componentes principales permitió establecer las dimensiones que se encuentran relacionadas con un grupo de preguntas, y de acuerdo con ellas se les asignó un nombre: *salud y autonomía*, para el instrumento de calidad de vida (Tabla 1), y para la escala de adaptación social: (Tabla 2). Además, permitió establecer la capacidad predictiva para cada instrumento, donde para el primero fue de 79%, y para el segundo, de 91%.

La distribución de los cuidadores según el sexo fue la siguiente: 59 mujeres y 10 hombres. Según la escala de adaptación social, el 90% de los hombres se encuentra en un nivel normal, y el bajo porcentaje restante en un grado de adaptación patológica, con ausencia de casos de desadaptación social. Las mujeres se encuentran en un 3,4% de

Tabla 1. Dimensiones derivadas del análisis del instrumento de calidad de vida del cuidador

Preguntas	Dimensiones	
	Salud	Autonomía
Frecuencia de problemas emocionales, como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza y desánimo	0,555	
Limitaciones de actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos por el estado de salud físico y emocional		0,841
Dificultad para realizar tareas habituales a causa de su salud física o por problemas emocionales		0,803
Calificación del estado de salud en comparación con el de hace dos semanas	0,692	
Calificación de salud en general	0,740	
Calificación del dolor soportado	0,695	

desadaptación social; el 10,2%, en adaptación patológica, y el 86,4%, en un estado normal.

Según el instrumento de calidad de vida, en cuanto a los hombres, el 50% se encuentra en un nivel bajo; el 40%, en un nivel medio, y el 10%, en un alto nivel. Respecto a las mujeres el 32,2% pertenece a un bajo nivel; el 39%, a un nivel medio, y el 28,8%, a un alto nivel. La base de datos que recopila la información acerca de las condiciones sociales evalúa la edad y el sexo del cuidador y su familia, donde se clasifica según los ciclos vitales. Se encontró que las mujeres jóvenes representan el 8,13%, y los hombres el 14,63%. En adultos el 39,43% pertenece a las mujeres, y el 26,42%, a los hombres. En ancianos, el 6,50% pertenece a las mujeres, y el 4,89%, a los hombres.

El índice de dependencia económica demuestra que por cada 100 adultos dependen 34,6 jóvenes y 17,3 ancianos, lo que evidencia la

existencia de un alto porcentaje de independencia económica (52%). Según la visión de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), además de proveer ingresos, el trabajo puede contribuir con un progreso social y económico más amplio, que fortalece a los individuos, a sus familias y a sus comunidades (7). En la Figura 1 se grafica la adaptación de los lineamientos de la OIT a la presente investigación.

Respecto a la escolaridad, encontramos que el mayor porcentaje (53,3%) refiere haber cursado todo el bachillerato; el 30,2%, la primaria, y el 15,1%, estudios superiores e intermedios. Entre tanto, el 1,4% no ha tenido ningún nivel de educación. Para el análisis se excluyen los menores de 10 años de edad.

Discusión

En esta investigación no se realizó un muestreo aleatorio de los

Tabla 2. Dimensiones derivadas del análisis de la escala de adaptación social

Preguntas	Dimensiones			
	Comunicación	Relaciones	Actitud	Tiempo libre
Interés en tareas domésticas u otras ocupaciones no remuneradas	0,529		0,785	
Grado de satisfacción al participar en el trabajo o en la actividad que constituye su ocupación principal	0,910			
Interés por las actividades de ocio				0,972
Calidad del tiempo libre	0,488			0,776
Frecuencia del contacto con miembros de la familia	0,776			
Calificación de la relación con la familia			0,928	
Grado de relaciones con personas diferentes a la familia		0,890		
Disposición de las relaciones con otras personas		0,816	0,375	
Calificación en general de la relación con otras personas	0,869			
Aprecio por las relaciones con los demás	0,397		0,830	
Frecuencia de personas del círculo social que buscan contacto con el cuidador		0,894		
Grado de contacto con la vida de la comunidad	0,814	0,411		

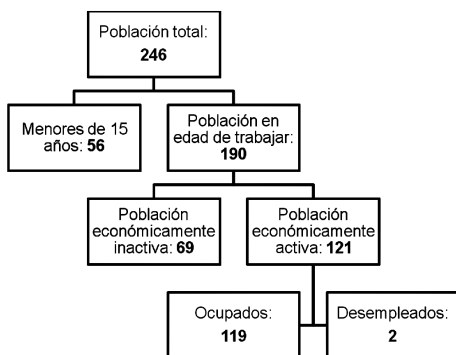
centros de atención de ancianos, pero participaron centros de bienestar que atienden a adultos mayores de todas las condiciones sociales. En su gran mayoría las personas analizadas eran cuidadores pertenecientes a una institución y eran remunerados. También se entrevistaron a algunos voluntarios.

Hay un sesgo de selección, porque los ancianos y los hogares no se escogieron aleatoriamente, sino

después de una visita a los lugares y una entrevista con los administrativos, quienes decidían participar o no en el estudio. Para nuestro caso ninguno de los asilos visitados rechazó la invitación al proyecto, lo que permitió definir la muestra del estudio.

Actualmente, la calidad de vida, como una expresión multidimensional, incluye un amplio y complejo espectro de aspectos relacionados

Figura 1. Distribución de la población según el concepto de fuerza laboral



con la salud física y psicológica del individuo, creencias personales y la relación mantenida con el entorno (8), independencia y relaciones sociales. Dado que la calidad de vida es un concepto multifactorial, puede acortarse desde varios enfoques:

- La valoración que hace el individuo acerca de su satisfacción y bienestar general con la vida (9).
- La valoración de un área determinada o un ámbito de elementos básicos para la satisfacción general y la percepción del bienestar general (10).
- La valoración de componentes individuales que, inscritos dentro de alguna de las áreas anteriores, son útiles para valorar los efectos de determinadas intervenciones o tratamientos médicos (8).

Aparte de lo anterior, los factores relacionados con la atención a pacientes con demencia dependen del paciente (grado de deterioro

cognitivo y funcional y alteraciones no cognitivas), de las características del cuidador y del entorno (la capacidad económica, la adecuación del hogar, la asistencia domiciliaria, el apoyo informativo y los recursos asistenciales). Este hecho contribuye a que exista gran variabilidad en la capacidad de los cuidadores para afrontar las responsabilidades y aceptar sus condiciones de trabajo y familiares. Por ello cada persona responde de manera diferente a sus problemas y puede generar desadaptación social, tener una respuesta normal o desarrollar adaptación patológica.

Para nuestro caso, en su gran mayoría, las mujeres presentaban una adaptación normal, seguidas de la adaptación patológica, lo cual en cierta manera no es favorable, ya que muchos de los cuidadores se pondrían encontrar al borde de un síndrome de *burnout*, que es la despersonalización. Esto podría significar un factor de riesgo tanto para el anciano como para el cuidador.

Según otros estudios, en el nuestro el porcentaje de mujeres que atiende a los pacientes es mayor (85,51%), respecto al porcentaje de los hombres que llevan a cabo la misma labor (14,49%), lo cual se encuentra en concordancia con otras publicaciones (11); aunque para otros estudios, en lo relacionado con la seguridad social, en Colombia las personas más pobres están más desprotegidas que las menos pobres (12). Por el contrario, los cuidadores, en general, presentan una bue-

na cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues el 76,81% está afiliado al régimen contributivo como contribuyente directo o como beneficiario, aunque la mayoría se encuentren entre los menos pobres.

En relación con nuestro estudio, la escolaridad no reportó influencia alguna en el cuidado de los pacientes, ya que los cuidadores encuestados tienen diferentes grados de escolaridad, aun cuando predomina el haber cursado bachillerato.

También la edad del paciente no se correlacionó significativamente con la carga, aunque en algunos estudios sí se encontró relevante. Este hecho puede deberse a que la muestra estaba conformada por pacientes entre deterioro mínimo y un deterioro cognitivo severo. Por lo tanto, a medida que el deterioro avanza, los pacientes demandan mayor atención y cuidados, lo que nos da a pensar que a mayor edad de los pacientes, mayor carga y mayor grado de dependencia. No obstante, en relación con nuestro estudio, no se encontró relación alguna entre cuidador, la edad del paciente y la carga del cuidador, ya que se reportaron casos de pacientes con deterioros leves con cuidadores con desadaptación social.

Conclusión

De la atención y el cuidado de ancianos no depende la adapta-

ción social de los cuidadores; pero el cuidado de los ancianos influye de forma negativa en la calidad de vida de estas personas. Esto es consistente con los resultados que señalan un impacto más marcado en los hombres con baja calidad de vida (50%), seguido de una calidad media (40%); en comparación con las mujeres, donde predomina una media calidad de vida (39%), seguido de la baja calidad de vida (32%).

Igualmente, se encontró una relación entre el trabajo remunerado y la calidad de vida. El 30,8% de los cuidadores remunerados tiene alta calidad de vida, mientras el 58%, que no son remunerados, tienen baja calidad de vida. Tal vez, el instrumento de calidad de vida presenta un sesgo de mala clasificación, por su escaso porcentaje de confiabilidad y capacidad predictiva; entre tanto, el instrumento de adaptación social tiene un alto porcentaje de éstos.

Por lo anterior, durante el 2009 se diseñó un proyecto de calidad de vida para los adultos mayores, inscrito en la Unidad de Prácticas Empresariales de la Universidad Tecnológica de Pereira, en el que participan la gran mayoría de los programas de esta universidad. Así, los estudiantes recibirán una capacitación y la reproducirán en cada centro de bienestar.

Finalmente, por los hallazgos de nuestro estudio acerca de la afectación de los cuidadores, se

recomienda implementar un programa de salud ocupacional dentro de los hogares, con el fin de hacer un seguimiento en la mejoría de la calidad de vida de los cuidadores de los adultos mayores.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Por la salud mental en el mundo: sí a la atención, no a la exclusión. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías; 2001.
2. Megret Caballero A, Naranjo Arroyo M, Fong González Y. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Rev Cubana Enfermer*. 2002;18(1):43-9.
3. Calidad de vida [internet]; 2006 [citada 21 oct 2008]. Disponible en http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida.
4. Cáceres E. Calidad de vida en épocas de transición. Cartagena; 2000.
5. Zavala M, Vidal G, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. *Cienc Enferm*. 2006;12(2):53-62.
6. Casanova Sotolongo P, Casanova Carrillo P, Casanova Carrillo C. Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Rev Cubana Med Gen Integr* [internet]. 2004 [citada 17 nov 2009];20(5-6). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi125_604.htm.
7. Organización Internacional del Trabajo. Acerca de la OIT [internet]; 2009 [citada 17 nov 2009]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/lang-es/index.htm.
8. Shumaker S, Anderson RT, Czajkowski SM. Psychological test and scales. En: Spiker B, editor. *Quality of life assessment in clinical trials*. New York: Raven Press; 1992.
9. Bowling A. The conceptualization of functioning health and quality of life. En: Bowling A, editor. *Measuring health*. London: University Press; 1991.
10. Muñoz-Cruzado P, Barba M. Necesidades y riesgos de los cuidadores de ancianos dementes. *Geriatrka*. 1993;9:407-10.
11. Collins C. Carers: gender and caring for demential. En: Arie T, editor. *Recent advances in pshycogeriatrics*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1992.
12. López H. La vejez urbana en Colombia. Bogotá: Fundación Friedrich Ebert de Colombia-Fescol; 1993.

Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 29 de agosto del 2009
Aceptado para publicación: 27 de septiembre del 2009*

Correspondencia
José William Martínez
Universidad Tecnológica de Pereira
La Julita, Pereira, Colombia
jose01william@utp.edu.co