



UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA
DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**"VIVENCIAS DEL CUIDADOR FAMILIAR DIRECTO, DEL
ADULTO MAYOR DEPENDIENTE. ASENTAMIENTO HUMANO
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO. CHACHAPOYAS - 2013".**

"SER CUIDADOR, EL INSTINTO DE CUIDAR"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA

AUTORA

Bach SUSI MARLES SÁNCHEZ MUNOZ

ASESORA

Mg. Enf. GLADYS BERNARDITA LEON
MUNTOYA

CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERU

2014



UNIVERSIDAD NACIONAL
“TORÍBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE
AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“VIVENCIAS DEL CUIDADOR FAMILIAR DIRECTO, DEL
ADULTO MAYOR DEPENDIENTE. ASENTAMIENTO HUMANO
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO. CHACHAPOYAS - 2013”.**

“SER CUIDADOR, EL INSTINTO DE CUIDAR”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE : LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA : Bach. SUSI MARLES SÁNCHEZ MUÑOZ

ASESORA : Mg. Enf. GLADYS BERNARDITA LEÓN

MONTOYA

CHACHAPOYAS - AMAZONAS – PERÚ

2014

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de seguir adelante.

A papá y mamá, mis mejores maestros y por su incondicional apoyo.

Mis hermanos, amigos incondicionales

A todos un amor infinito

AGRADECIMIENTO

A mi familia y docentes de la facultad de enfermería en especial a mi asesora la Mg. Gladys B. León Montoya por su apoyo incondicional y desinteresado a pesar de su carga laboral.

A todos los cuidadores que colaboraron de manera directa e indirecta en la realización del trabajo de investigación

La autora.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

PhD. D; Dr. Hab. VICENTE MARINO CASTAÑEDA CHÁVEZ

Rector

Dr. ROBERTO JOSÉ NERVI CHACÓN

Vicerrector académico (e)

Dr. EVER SALOMÉ LÁZARO BAZÁN

Vicerrector Administrativo (e)

Mg. Enf. GLADYS BERNARDITA LEÓN MONTOYA

Decana de la Facultad de Enfermería (e)

JURADO CALIFICADOR DE TESIS

(RESOLUCIÓN DECANATURAL N° 041-2013-UNTRM-VRAC/F.E)



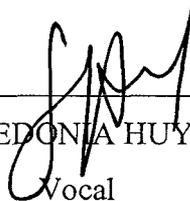
MsC. SONIA TEJADA MUÑOZ

Presidenta



Mg. Enf. ZOILA ROXANA PINEDA CASTILLO

Secretaria



Lic. Enf. SONIA CELEDONIA HUYNHUA GUTIERREZ

Vocal

VISTO BUENO

Yo, **Gladys Bernardita León Montoya**, identificada con DNI: 18104261, con domicilio legal en el Jr. Junín N° 720. Magister en enfermería en salud comunitaria, con colegio de enfermeros del Perú N° 21508, actual docente principal a dedicación exclusiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional “Toribio Rodríguez De Mendoza” de Amazonas, hago constatar que estoy asesorando la tesis titulada: **“Vivencias del cuidador familiar directo, del adulto mayor dependiente. Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo. Chachapoyas - 2013” “ser cuidador, el instinto de cuidar”**, presentado por la Bach. Susi Marles Sánchez Muñoz.

Por lo indicado doy testimonio y visto bueno, que la Bach. Susi Marles Sánchez Muñoz, realizó el informe de investigación mencionado, por lo que doy fe a la verdad firmo la presente para mayor constancia.

Chachapoyas, 14 de febrero del 2014



Mg. Gladys Bernardita León Montoya

DNI N°: 18104261

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de comprender las vivencias del cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente, Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo. Chachapoyas - 2013. Ser cuidador el instinto de cuidar, se realizó un estudio con enfoque cualitativo- fenomenológico, para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada y la guía de entrevista como instrumento, la pregunta orientadora fue: ¿Qué siente usted, cuidar a su familiar dependiente?; se entrevistó a 10 cuidadores familiares directos del adulto mayor dependiente, los cuales aceptaron ser entrevistados previo consentimiento informado, al llegar al octavo discurso se logró la saturación, se usó el muestreo por saturación por las características de la población. Una vez realizada la entrevista a cada una de los cuidadores se procedió a transcribir los discursos y realizar la lectura cuidadosa de las transcripciones, luego se identificó las unidades de significado que fueron transformadas a través de los tres momentos del enfoque fenomenológico. En los resultados obtenidos se identificó las siguientes categorías: sentimientos de preocupación, sentimientos de tristeza, incomodidad; sentimientos encontrados (desesperación, intranquilidad v/s tranquilidad) y uso de plantas medicinales, por lo cual se concluye que el cuidador y su ejercicio de cuidar está basado en diferentes situaciones y sentimientos como punto fundamental para el desempeño de su rol como cuidador lo que implica adecuarse a las actividades y cotidiano del adulto mayor dependiente.

Palabras clave: Fenomenología, Investigación cualitativa, vivencias del cuidador familiar, cuidado y adulto mayor.

ABSTRACT

This research was conducted to understand the experiences of the immediate family members who are caregivers of their dependent elderly relatives living in the neighborhood of Santo Toribio de Mogrovejo, Chachapoyas 2013 caregiver, the instinct to care, the study was conducted using a qualitative and phenomenological approach to data collection. Technique was an unstructured interview, while a question was used to guide the interview. The guiding question was: “How do you feel about caring for your dependent elderly family member”? This question was applied to 10 direct family caregivers of the elderly dependent, who agreed to be interviewed prior and had informed consent, to reach the eighth discourse saturation was achieved, the sample was used for the saturation characteristics of the population. During one instance, the caregiver transcribed a speech and the meaning was transformed through the three stages of the phenomenological approach. The results were identified as the following categories: feelings of worry, feelings of sadness, discomfort, other feelings (despair and restlessness versus tranquility) and use of medicinal plants, which concluded that the caregiver and the exercise of care is based in different situations and feelings as a key point to fulfill their role as a caregiver implying care and everyday activities of the elderly dependent.

Keywords: Phenomenology, Qualitative research, experiences of family caregivers, care, and elderly.

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS	v
JURADO	vi
CONSTANCIA	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
Capítulo I: INTRODUCCIÓN	1
Capítulo II: INTERROGANTE Y OBJETIVOS	5
Capítulo III: MARCO TEÓRICO	7
Base teórica	8
Capítulo IV: TRAYECTORIA METODOLÓGICA	17
A. Enfoque fenomenológico	18
B. Momentos de la trayectoria fenomenológica	20
C. Pregunta orientadora	22
D. Ética en la investigación	23
Capítulo V: CONSTITUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	25
1. Colección de los discursos	26
2. Momentos del análisis	26
2.1. Análisis idiográfico	27
2.2. Análisis nomotético	27
Aproximación de la comprensión del fenómeno	59
Capítulo VI: REFLEXIONANDO	60
Capítulo VII: CONSIDERACIONES FINALES	67
Capítulo VIII: RECOMENDACIONES	79
Capítulo IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
Capítulo X: ANEXOS	76

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial que ha afectado y va afectando a todos los hombres, mujeres y niños del planeta. El aumento constante de los grupos de edad más avanzada en las poblaciones nacionales, tanto en cifras absolutas como relativas con respecto a la población en edad activa, tendrá consecuencias directas en las relaciones dentro de la familia, la igualdad entre las generaciones, los estilos de vida y la solidaridad familiar, que es la base de la sociedad (ONU, 2002)

El envejecimiento, está adquiriendo cada vez mayor importancia, proyecciones actuales indican que para el año 2025 los países latinoamericanos tendrán un 10% o más de población mayor de 64 años lo cual tiene grandes implicancias en el aspecto político, económico y social por las necesidades que este grupo demanda además tiene impacto en un amplio rango de dimensiones, pero probablemente las más influyentes son el estado de salud y las condiciones de salud existentes en una sociedad (INEI, 2007)

Cuando hay un enfermo en la familia, uno de sus miembros asume el rol de cuidador, lo que muchas veces se torna en una experiencia prolongada y pesada, generando sentimientos de impotencia, agotamiento y estrés. Se describe que ante el diagnóstico, presentan crisis, la primera etapa es de negación y luego manifiestan un sentido de rabia, entrando a la negociación, depresión y por último, aceptación de la enfermedad y aun, de la muerte (Pinto y Sánchez, 2006)

Si bien la discapacidad y la consiguiente necesidad de ayuda no es un problema exclusivo de las personas mayores, y es cierto que la dependencia es un fenómeno que afecta a todas las edades, también es verdad que dos terceras partes de las personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria tienen más de 65 años. Por consiguiente se puede afirmar que hay una clara correlación entre edad y necesidad de asistencia. (INEI, 2002).

A nivel mundial: España, Argentina y México son los países en los cuales se ha realizado estudios significativos donde se demostró que cuando un adulto mayor muestra algún grado de dependencia, suele acudir a los cuidados y atención de algún familiar o persona cercana. El cuidado de personas mayores en los hogares españoles, un 17% de la población de 65 años o más son atendidos en su casa a través de algún tipo de ayuda informal. A estos cabe añadir un grupo de importancia creciente en los últimos años, el

1,5% de adultos mayores que permanecen en su propio hogar atendidos por empleados del hogar dedicados a ésta tarea (IMSERSO, 2005)

En el caso del Perú, según las proyecciones de población, en el año 2025 habría 52 personas de 60 y más años de edad por cada 100 menores de 15 años de edad y, en el año 2047 el número de población adulta mayor superaría la cifra de los jóvenes, es decir, a partir de dicho año, los jóvenes comenzarían a ser reemplazados por los adultos mayores. Existen aproximadamente trece millones de habitantes en extrema pobreza de ésta población, los más pobres son las personas adultas mayores y corresponden al 13% de la cantidad antes mencionada y tienen esa condición por su absoluta dependencia social y familiar (INEI, 2007)

Aproximadamente el 5% de la población adulta mayor es dependiente por lo tanto hoy en día existen 138,588 personas adultas mayores que están limitadas o impedidas para realizar sus actividades de la vida diaria en consecuencia requieren del apoyo permanente de cuidadores domiciliarios o acudir a un centro de residencial. En nuestro país el cuidado de personas adultas mayores se realiza desde los recursos y posibilidades de la familia, generalmente el cuidado recae en las mujeres del entorno familiar (Del Valle, 2012)

En los últimos 35 años, en el departamento de Amazonas, la población de 60 y más años de edad, se ha incrementado 3,1 veces, en términos absolutos significa 19 mil 210 personas. La población en su conjunto ha crecido en ese período con una tasa promedio anual en 1,9%, los mayores de 60 años presentan una mayor velocidad de crecimiento (3,1% anual) (INEI, 2007)

En el departamento de Amazonas, el ritmo de crecimiento de la población de 80 y más años de edad es cerca de dos veces que la del conjunto de la población del departamento. De 1031 habitantes que registró el Censo de 1972, pasó a 4120 personas en este último Censo (INEI, 2007)

Durante las prácticas realizadas en los diferentes asentamientos humanos de la ciudad de Chachapoyas se ha observado que los adultos mayores que presentan algún grado de dependencia residen en su hogar y por lo general se encuentran al cuidado de sus familiares, especialmente los más cercanos como esposos e hijos principalmente, y en particular cuando la dependencia se hace más severa, que se hacen cargo de una gran

cantidad de tareas y que hacen un uso escaso de los servicios de apoyo formal, lo que les pone en una situación de alta vulnerabilidad.

El asumir el papel de cuidador constituye, pues, una importante fuente de estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como importantes alteraciones emocionales y sociales; desde este punto de vista, resulta esencial prestarles apoyo, ayudarles a cuidar y cuidarse mejor. Este tipo de cuidado que se ejerce sobre las personas más próximas y al que habitualmente se denomina cuidado informal, juega un papel esencial en la atención a los adultos mayores dependientes en nuestro país y nuestra región.

CAPÍTULO II
INTERROGANTE Y OBJETIVO

LA INTERROGANTE

La siguiente pregunta se realizó con la finalidad de describir, comprender y analizar ¿QUÉ SIENTE USTED, CUIDAR A SU FAMILIAR DEPENDIENTE?, esto se podrá determinar a través de los discursos emitidos por los sujetos.

OBJETIVO

Comprender el fenómeno de las vivencias del cuidador familiar directo, del adulto mayor dependiente. Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo. Chachapoyas – 2013.

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

BASE TEÓRICA

1. VIVENCIAS

a. Definición

Las vivencias son la experiencia que alguien vive y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter, la experiencia humana visto desde un punto de vista situado dentro de ella misma y no desde un punto de vista externo o fuera de ella. Cada ser humano tiene la posibilidad de explicarse, de referirse a sí mismo su experiencia de vida, su experiencia inmediata a través del lenguaje, es decir los cuidadores, expresan lo que experimentan al vivir. Se puede decir que según el autor que cada persona tiene su propia forma de vivir, de tener vida y mantener la vida; así como conducir la propia existencia de un modo determinado, acomodarse a las circunstancias o aprovecharlas para lograr sus propias conveniencias (Ruiz, 1999)

2. CUIDADOR

a. Definición

El cuidador es esa persona que atiende a una persona dependiente en su vida diaria. Las características y el grado de dependencia de la persona afectada condicionarán y delimitarán los distintos tipos de ayudas que precisa: ayudas en la vida diaria, ayudas instrumentales y/o ayudas de acompañamiento. (Ying Yang, 2006)

b. Cuidador familiar directo

Se denomina cuidador familiar directo a la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive en estado de dependencia o con enfermedad crónica. Este cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona dependiente. Aunque en ocasiones son varios los miembros de la familia los que atienden al familiar dependiente, lo cierto es que la mayoría de las veces el peso del cuidado recae sobre una única persona: el cuidador principal (Sancho, y Justel, 1995, citado por, López M, López J, 2006).

c. **Etapas del cuidado de un adulto mayor dependiente**

Ser cuidador ha sido concebido como una “carrera inesperada” que, a diferencia de otras ocupaciones, no está dirigida principalmente por las metas que cada cual se propone, sino por aquellas que vienen impuestas por el mismo desarrollo de la problemática del adulto mayor y los niveles de dependencia que va alcanzando progresivamente. Se trata con frecuencia de una experiencia prolongada, en la que pueden diferenciarse diversas etapas: (Aneshensel et al, 1995, citado por López M, López J, 2006).

- ❖ **Preparación-adquisición.** Etapa en la que el cuidador va aumentando su comprensión del problema y de la necesidad de ayudar de manera continuada a su familiar, que generalmente se produce con motivo de un empeoramiento físico del familiar o de su hospitalización.
- ❖ **Promulgación-actuación.** Periodo en el que el cuidador ejerce su rol. Un rol que no es siempre el mismo porque los problemas del adulto mayor al que se atiende son progresivos, además de multidimensionales y complejos. Además las dificultades a las que los cuidadores tienen que enfrentarse no se circunscriben única y exclusivamente a la persona a la que se cuida sino que en numerosas ocasiones también tienen que ver con problemas añadidos a los originados por la situación de cuidado: laborales, familiares, etc.

d. **Tareas del cuidador**

Para López M, López J. (2006), las tareas del cuidador son las siguientes:

- ❖ Cuidar es una tarea con una doble vertiente, en la que el cuidador primero debe conocer las necesidades de la persona mayor y después saber cómo satisfacerlas. En función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o que no se sabe cuándo va a finalizar. Cuando es una gran tarea o se prolonga durante mucho tiempo, puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y de las energías del cuidador.
- ❖ De hecho, la vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función del enfermo, y los cuidados atencionales tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana.

- ❖ Las atenciones las que se adaptan al horario de los cuidadores sino que todo el horario se adapta en función del enfermo al que se atiende: horario laboral, de comidas, de aseo.
- ❖ Algunos cuidadores tienen que abandonar sus trabajos por la incompatibilidad que conlleva trabajar fuera de casa y atender a su familiar enfermo; o a trasladarse de su propio hogar al del familiar enfermo para poder atenderle mejor dichos cuidadores ofrecen cuidados silenciosos, muchas veces durante una gran cantidad de años, día tras día, noche tras noche, tareas del hogar que requieren un esfuerzo importante, etc.), pero en otros la ayuda no es tan mínima, ni tan concreta, sino que necesitan asistencia para realizar algunas o muchas de las actividades diarias básicas (Ejm. comer, lavarse, caminar, etc.)
- ❖ Los cuidadores, en la práctica totalidad de las ocasiones, además de una atención instrumental de mayor o menor intensidad, prestan una atención emocional al familiar mayor del que están pendientes: le hacen compañía, escuchan sus inquietudes, se encargan de supervisar que el mayor “se encuentre bien”, “a gusto”, “todo lo tranquilo que pueda”, etc.
- ❖ De hecho, más allá de la dependencia física, los mayores también pueden presentar dependencias económicas (al dejar de ser personas laboralmente activas), sociales (al ir perdiendo personas y relaciones significativas) y mentales (al perder progresivamente la capacidad para resolver problemas y tomar decisiones propias). Y de todas estas necesidades se ocupan en una u otra medida sus familiares
- ❖ El cuidador es un elemento esencial, es un recurso de importancia cada vez mayor, ya que desarrolla una importante función que permite conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a los mayores, facilitando la integración en su entorno, estimulando las funciones que todavía están conservadas, y supliendo las capacidades perdidas por otras, aumentando la supervivencia y viabilidad funcional de los mayores en la comunidad.

e. Sentimientos del cuidador

Según Flores G, 2001. Se describe a continuación los sentimientos del cuidador familiar:

- ❖ La dependencia de una persona es un acontecimiento de gran impacto que involucra a toda su familia pero se destaca especialmente la figura del cuidador familiar.
- ❖ El cuidador familiar principal no es plenamente consciente o desconoce totalmente (al igual que el resto de su familia) los riesgos que conlleva el desempeño del rol en forma prolongada. Además, estas circunstancias pueden despertar diferentes emociones negativas como rabia, miedo, tristeza, incertidumbre, ansiedad, impotencia, por tanto, se encuentra en situación de vulnerabilidad.
- ❖ El aislamiento y la soledad favorecen y son consecuencia de la aparición de enfermedades. Las personas solas enferman más porque se producen quiebras en su sistema inmunitario y demora más tiempo su recuperación. Las personas que cuidan a un familiar enfermo sufren niveles variados de soledad debido a que están lejos, critican o simplemente prefieren no participar en las responsabilidades y actividades de cuidado.

f. Estrés del cuidador

Cuidar de una persona dependiente supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia las posibilidades reales del cuidador. Es más, esas tareas y demandas son continuamente cambiantes, de modo que lo que sirve hoy (por ejemplo, ayudar al mayor a desplazarse con un andador), puede ser totalmente inútil mañana (por producirse una reducción más o menos brusca en la movilidad), haciendo precisa una readaptación de la rutina diaria. Y todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante, ya que no es fácil ver el deterioro y las dificultades continuas de un ser querido. En consecuencia, no es de extrañar que el cuidado de una persona dependiente se considere una situación de estrés; está ampliamente contrastado que cuidar es una experiencia estresante, lo que ha llevado a que se considere como uno de los paradigmas fundamentales para el estudio del estrés crónico (especialmente en el

caso de enfermedades degenerativas como la demencia), ya que por lo general tiende a ser una situación continua (en cuanto que ocupa gran parte del tiempo del cuidador) y de larga duración (puesto que es frecuente que se prolongue durante meses e incluso años) (López M, López J, 2006)

3. ADULTO MAYOR

a. Definición

La Organización de las Naciones Unidas – ONU define “Persona Adulta Mayor”, a la población mayor de 60 años. En consonancia con esta definición mundial, en el Perú, la Ley N° 28803 de Noviembre de 2006, define también como Adulto Mayor a la población peruana mayor de 60 años.(ONU,1996)

b. Características del adulto mayor

La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente relacionada con su capacidad para ser auto Valente y para participar en la vida familiar y social. El Ministerio de Salud reconoce diferencias fisiológicas y mentales dentro de las personas adultas mayores que condicionan sus capacidades individuales para participar activamente en la vida familiar y social. Identifican tres grandes grupos:

- ❖ **Persona adulta mayor auto Valente:** Comprende a las personas adultas mayores activas y con todas sus capacidades para realizar su autocuidado personal y para trabajar dentro o fuera del hogar o salir fuera de la ciudad. En opinión del MINSA, en esta condición se encuentra el 65% de los adultos mayores (MINSA, 2009)
- ❖ **Persona adulta mayor frágil:** Comprende a las personas adultas mayores que tiene algún tipo de disminución de su estado físico y/o emocional / social asociados a una mayor morbilidad y mortalidad. El MINSA considera que el 30% de los adultos mayores tienen esta condición (MINSA, 2009)
- ❖ **Persona adulta mayor dependiente o postrada:** Comprende a las personas adultas mayores con una pérdida sustancial del estado físico y/o emocional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. MINSA considera que 3% a 5 de personas mayores se encuentra en esta condición. (MINSA, 2009)

c. **Necesidades del adulto mayor**

Según Macías (2010), Las necesidades del adulto mayor, son las mismas que para otras edades. Debe buscarse siempre la máxima autonomía, confianza, autovaloración y calidad de vida. En el adulto mayor, una de las metas debería ser mantener su independencia y su estilo de vida, en la medida de lo posible, en su domicilio, describe las siguientes necesidades:

- ❖ **Necesidades psicológicas:** Mantener la mente activa es esencial para la vitalidad. Muchas personas continúan desarrollándose intelectual y emocionalmente en la edad adulta. En los casos en los que avanza la edad se observa pérdida de la atención, del interés por aprender o por vivir nuevas experiencias, se debe prestar atención pues esto puede deberse a falta de estímulos, a la manera como se desempeñaba en el pasado, a alteraciones emocionales o a alteraciones físicas. La conservación de la actividad mental mantiene la mente preparada y despierta, y también ayuda a prevenir la ansiedad y la depresión.
- ❖ **Necesidades sociales:** Los adultos mayores son especialmente susceptibles a las alteraciones derivadas de la soledad y el aislamiento; cuando se envejece disminuyen o cesan muchas relaciones: los hijos se hacen mayores, las relaciones laborales finalizan, familiares y amigos mueren. Por lo tanto, es importante considerar cómo se pueden preservar y renovar las relaciones.

d. **Cambios en el adulto mayor**

Según Stuart H, (2002), se puede distinguir algunos cambios visibles como el cabello canoso, la piel arrugada y la espalda encorvada, además de otros cambios:

- ❖ Algunos de los cambios biológicos internos que se encuentran en la teoría se refieren a que el sistema urinario se vuelve más lento y menos eficaz; el sistema gastrointestinal es menos eficaz en la extracción de nutrientes; hay una disminución en la masa muscular y la fuerza del músculo que se conserva; el sistema respiratorio se puede abastecer de menos oxígeno y el sistema cardiovascular recibe un golpe doble: la fuerza del corazón disminuye mientras que simultáneamente un endurecimiento y

encogimiento de las arterias hace que el bombeo de sangre en todo el cuerpo consuma más energía.

- ❖ La capacidad del ojo para ajustarse a la cantidad de cambios de luz disminuye con la edad, al igual que la eficiencia para adaptarse a la luz y la oscuridad, la visión de la profundidad y la percepción del color. Adicionalmente, puede haber deterioros visuales severos que llegan a la ceguera. “Las cataratas y el glaucoma son causas comunes de estos problemas visuales, estando a menudo interrelacionados.
- ❖ Los problemas de audición, que llevan a la disminución gradual durante la vida adulta, de forma que a los 50 ya muchas personas tienen algún grado de deficiencia auditiva. También es importante mencionar que las condiciones ambientales pueden exacerbar la velocidad de la pérdida auditiva.
- ❖ Disminución de la sensibilidad a sabores, el aumento de los umbrales para el tacto y la disminución del umbral del dolor.
- ❖ El vértigo se produce de manera más común y hay una disminución en la capacidad para realizar con efectividad las tareas cotidianas, en términos de habilidad psicomotriz. Esto último puede relacionarse a la dificultad para pronunciar, considerando además la disminución del calcio que puede llevar a la caída de dientes y afectar a la habilidad mencionada.
- ❖ Otros cambios funcionales se refieren a la habilidad para el movimiento y el entusiasmo para realizar actividades. La dificultad para moverse con rapidez, la fatiga aumenta y pueden surgir problemas de atención. Además, las pérdidas en cuanto a los otros procesos sensoriales llevan a una progresiva falta de ejercicio y movimiento que, llevado al extremo, puede ocasionar depresión.
- ❖ En este aspecto puede observarse también la pérdida de apetito y el uso de medicamentos. Lo primero responde al decaimiento de procesos sensoriales como el gusto y los cambios en el metabolismo. Asimismo, el uso de medicamentos se debe a la necesidad de equilibrar ciertas deficiencias en el organismo pero también debido a la ansiedad que podría provocar el proceso de envejecimiento.

4. TEORÍAS Y CONCEPTOS DE ENFERMERÍA

a. Teoría de Jean Watson

La teoría de Jean Watson se encuentra dentro del grupo de las teorías filosóficas. Se denomina filosofía y ciencia de la asistencia, se caracteriza por resaltar la importancia de los cuidados.

En la teoría de Jean Watson se considera a la persona como "un ser en el mundo". Se considera 3 esferas: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estas tres esferas para conseguir la armonía y sus dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta.

Watson se basa en el existencialismo, sostiene que el amor incondicional y los cuidados son esenciales para la supervivencia, se centra en las relaciones transpersonales de la persona.

Esta teoría del cuidado humano se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promueven el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, el trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos.

b. Conceptos de Regina Waldow

Según Waldow (1998) El ser humano nace con potencial de cuidado, significando que todas las personas son capaces de cuidar. Evidentemente esta capacidad será más o menos desarrollada, conforme a las circunstancias en que fuera ejecutada en las diversas etapas de la vida. El ser humano es un ser de cuidado, es su esencia.

La enfermedad, la incapacidad y el sufrimiento son algunas de las circunstancias que causan vulnerabilidad, de la misma forma que durante la infancia y tercera edad, los individuos requieren de cuidado; el proceso de cuidado abarca, además de procedimientos y actividades técnicas, acciones y comportamientos que favorecen no sólo el estar con, sino también el ser con; es decir piensa que la interacción e intervenciones y actividades del cuidador se caracterizan como

cuidado en el momento en que el comportamiento de cuidar son mostrados, tales como respeto, consideración, gentileza, atención, cariño, solidaridad, interés, etc.

El cuidar es un proceso interactivo, el sólo se establece en la relación con el otro, el modo de ser del cuidado involucra una relación no solo de sujeto-objeto, sino de sujeto-sujeto, basada en el respeto.

Todo ser humano es vulnerable en todas sus dimensiones, es decir es vulnerable físicamente porque es sujeto de enfermar, de sufrir dolor e incapacidad, debido a ello requiere de cuidado, es vulnerable psicológicamente porque su mente es frágil, requiriendo de atención y cuidado. La estructura pluri-dimensional de ser, su mundo de relaciones, su vida, su trabajo, sus actividades, sus pensamientos, sus sentimientos y hasta sus fantasías son vulnerables.

De ésta forma, se puede decir que el ser humano es más vulnerable que muchos seres vivos, no obstante posee mayor capacidad para protegerse.

Al percibir su situación, la persona vulnerable puede aceptar o no el cuidado, para aceptar y colaborar el cuidado, es imprescindible la confianza y el conocimiento de los cuidadores, es decir, cuando el paciente es informado y consciente sobre lo que le sucede. De ésta forma el individuo responderá al cuidado en la medida en que la confianza sea preservada lo que corresponde a tener conciencia sobre la competencia, responsabilidad y la atención ofrecida por la cuidadora. Estas respuestas pueden ser verificadas a través de varios signos, sea a través de la expresión de duda, quejas o inclusive el silencio, expresión facial, relajación, disminución del dolor, fiebre, signos vitales estables, además de datos percibidos por la cuidadora.

CAPÍTULO IV
TRAYECTORIA METODOLÓGICA

TRAYECTORIA METODOLÓGICA.

Para Marriner, la trayectoria metodológica tiene como objetivo buscar la esencia o estructura de la experiencia vivida, a través de la descripción de esta, ya que allí está la esencia de lo que busca conocer y la intencionalidad del sujeto sin buscar la causa – efecto (Mendoza, 2011; citado por Tafur, 2012)

La investigación fenomenológica precisa de inicio situar el fenómeno en la persona que lo vive, de tal modo que solo habrá fenómeno en cuanto haya un sujeto en el cual se sitúa. Debido a esto se dice que siempre hay una persona en una situación vivenciando un fenómeno y este es percibido de modo consistente por aquel que lo ejecuta. La conciencia de la experiencia es siempre intencional. (Varas & Olivera, 2003)

A. ENFOQUE FENOMENOLÓGICO.

El enfoque fenomenológico está dirigido a comprender y develar el fenómeno como es experimentado humanamente. Toma en cuenta la experiencia participativa de la persona que vive el fenómeno, siendo esta experiencia su punto de partida a fin de generar conocimiento (Husserl, 1995, citado por Varas & Olivera, 2003)

El término fenomenológico proviene de las palabras griegas “FAINOMENON”, que deriva del verbo “FAINESTAI”, que quiere decir “mostrarse a sí mismo” y “logos” que para esta investigación es tomado como discurso esclarecedor. Fue usado por primera vez por el filósofo LAMBERT en 1964, para significar que la teoría de los fenómenos es, en sentido amplio, la ciencia de los fenómenos que se manifiestan en la conciencia, es decir él hablaba de la teoría de la ilusión o fenómeno. (DARTIGUES, 1981:10) Posteriormente este término fue usado por KANT, HEGEL, entre otros, hasta llegar a HUSSERL, quien a principios de siglo da a la fenomenología una dirección filosófica peculiar acompañada de una relevancia especial, por lo que es considerado el fundador de la fenomenología, seguido por los filósofos alemanes y franceses. Heidegger, Satre, Merleu-Ponty. (León, 1998)

El método fenomenológico busca descubrir el significado de los fenómenos humanamente vividos, a través del análisis de la descripción de los sujetos. El método fenomenológico explícitamente tiene en cuenta la participación del ser humano en una situación, para usar sus descripciones ya sea tanto escritas como

orales como datos ingenuos. Es a través del análisis de las descripciones en que se revela la naturaleza de un fenómeno y el significado de la experiencia aprendida por el sujeto (Tello, 2004)

Para Husserl, la fenomenología es “La ciencia descriptiva de las esencias de la conciencia y sus actos” por ello el investigador, deberá Poner entre paréntesis: toda su subjetividad, todo lo teórico y prescindir de la tradición; solo así estaremos en condiciones de acercarnos al fenómeno mismo. (Ocampo, 2009)

Se sabe que los fenómenos se nos ofrecen por mediación de los sentidos, y que se nos presentan siempre provistos de un sentido o de una “esencia”: Estas esencias radican en la conciencia, por lo que para HUSSERL la fenomenología no es más que una visión intelectual de un objeto basado en la intuición teniendo como principios de integridad los siguientes: (Ocampo, 2009)

La conciencia es siempre conciencia de algo.

El objeto es siempre “objeto para la conciencia”

Estos principios están estrechamente relacionados con el postulado fenomenológico que sostiene “Que el fenómeno está penetrado de pensamiento, de logos, y que a su vez el logo se expone en el fenómeno y sólo en el” (Dartigues 1981) lo que revela una relación intencional entre el objeto y la conciencia.

Para Van M 1990, citado por Rodríguez, (1996) el sentido y las tareas de la investigación fenomenológica se puede resumir en los siguientes puntos.

- ❖ La investigación fenomenológica es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad. Lo cotidiano, en sentido fenomenológico, es la experiencia no conceptualizada o categorizada.
- ❖ La investigación fenomenológica es la explicación de fenómenos dados a la conciencia. Ser consciente implica una transitividad, una intencionalidad.
- ❖ La investigación fenomenológica es el estudio de las esencias. La fenomenología se cuestiona por la verdadera naturaleza de los fenómenos. La esencia de un fenómeno es universal, es un intento sistemático de desvelar las estructuras significativas internas del mundo de la vida.

- ❖ La investigación fenomenológica es la descripción de los significados vividos, existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no de las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos.
- ❖ Además es la exploración del significado del ser humano. En otras palabras: qué es ser en el mundo, qué quiere decir ser hombre, mujer o niño, en el conjunto de su mundo de la vida, de su entorno social cultural.

Para Marriner (2005), (citado por Ocampo, 2009) La trayectoria tiene como objetivo, buscar la esencia o estructura de la experiencia vivida, a través de las descripciones ingenuas de las mismas; en ellas está la esencia de lo que se busca conocer y la intencionalidad del sujeto, sin buscar la causa – efecto. Por otro lado para Martins (1994), Solo Hay fenómeno psicológico en cuanto hay un sujeto que en él se sitúa. Hay siempre un sujeto en una situación vivenciando el fenómeno. La trayectoria fenomenológica consiste en tres momentos que no deben ser vistos como pasos o secuencias, sino como momentos y son los siguientes: descripción, reducción fenomenológica y comprensión; los que se profundizaran en análisis de datos.

B. MOMENTOS DE LA TRAYECTORIA FENOMENOLÓGICA

Para proceder los datos en la fenomenología, según MARTINS- BICUDO “no hablaremos de etapas, sino de momentos de la reflexión”, siendo 3 los momentos a seguir: La descripción, la reducción fenomenológica o eidética y la comprensión. (Martins Bicudo, 1994; Citado por León, 1998)

La Descripción: Es una investigación de aquello, que no siempre es visto; pero que es descubierto y que esta potencialmente presente. Este momento es posible si miramos atentos a las descripciones de las personas; de las situaciones por ellas vividas, “esas descripciones surgen por medio del discurso de los sujetos, cuyos lenguaje denota la manera por el cual, representan el mundo para sí mismo.” (Balanza, 1996; citado por León, 1998)

Las descripciones relatan lo que ocurren con él al vivir sus experiencias, o sea, la naturaleza de su experiencia vivida, “La tarea del investigador es dejar que el mundo de aquel, se revele en la descripción, y así llegar a la esencia del fenómeno, que debe

mostrarse necesariamente en este momento de reflexión”, donde se colocara entre paréntesis toda premisa previa y toda presuposición sobre la naturaleza del problema propuesto, a fin de llegar al fenómeno tal como es. (Balanza, 1996; citado por León, 1998)

Es el resultado de una relación dialógica que se da de un sujeto a otro en su respectivo discurso acompañado de inteligibilidad. Este proceso es posible a través de mirar atento a los discursos de los sujetos de las situaciones vividas y manifestadas en su propio lenguaje o mundo. Los fenómenos son presentados tal como se muestran para el investigador, en términos de significados. La validez de las proporciones se basan en el rigor epistemológico, el que se refiere a la precisión del conocimiento del sujeto de tal manera que se torna claro y explícito lo que está implícito. (Varas & Olivera, 2003)

La Reducción Fenomenológica o Eidética: Es en éste momento en que se coloca al fenómeno en suspensión, se busca todo el fenómeno y solo el fenómeno en las descripciones de los sujetos. Además se determina que parte de las descripciones son consideradas esenciales y cuales no; esto es posible a través de un procedimiento de reflexión y de variación imaginativa. (Balanza, 1996; citado por León, 1998)

“El investigador procura colocarse en el lugar del sujeto y vivir la experiencia por el vivida, imaginando cada parte como si estuviera presente o ausente de ella; es decir transformando las expresiones cotidianas del discurso del sujeto en expresiones propias que sustenten lo que está buscando; convirtiendo las unidades significativas en su propio lenguaje; para luego poder decir que estamos llegando al momento de la comprensión de los significados esenciales del fenómeno” (Balanza, 1996; citado por León, 1998)

La reducción tiene como objetivo determinar y seleccionar las partes de la descripción que son consideradas esenciales. Esto es posible a través de un procedimiento de reflexión de variación imaginativa, que consiste en reflejar las partes de la experiencia que poseen significado cognitivo, afectos y sistemáticamente imaginar cada parte como si estuviera presente o ausente en la experiencia, es decir, se debe, mantener siempre la esencia del discurso sin cambiar el sentido de la vivencia del sujeto de estudio. (Varas & Olivera, 2003)

La Comprensión: Es el momento descubrir las realidades múltiples presentes en las descripciones, así como de obtener una proporción consistente de cada una de las experiencias de los sujetos a través del análisis ideográfico. (Balanza, 1996; citado por León, 1998)

Luego se busca las convergencias; es decir el aspecto común que permanece en todas las descripciones a todos los discursos y las divergencias (aspectos diferentes) e idiosincrasias (individuales); que revelan aspectos estructurales propios; es decir la manera como el sujeto rehace, de forma muy personal la acción de los agentes externos, en este caso hablamos del análisis Nomotético; lo que permite al investigador buscar las generalidades del fenómeno. Una vez que se reconocen las condiciones suficientes, necesarias; los constituyentes y las relaciones estructurales del fenómeno en general, es porque hemos llegado al momento cuando la esencia del fenómeno se ha develado (Martins Bicudo, 1994; Citado por León, 1998)

C. PREGUNTA ORIENTADORA

¿Qué siente usted, cuidar a su familiar dependiente?

Esta pregunta permitió comprender y/o interpretar la percepción que tiene el cuidador familiar directo sobre su rol de cuidador. Esta pregunta revelará la significancia del cuidado que brinda el familiar al adulto mayor dependiente; además la amplitud de la pregunta, permite que el sujeto exprese sentimientos, vivencias, y experiencias vividas durante el cuidado, exprese sus temores, y sobre todo la forma en que afronta su rol de cuidador y su rol con su familia.

Se entrevistó a diez personas del Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo, previo consentimiento informado; se entrevistó a cuidadores de familiares directos de un adulto mayor en estado de dependencia, con el objetivo de tener la seguridad de que al haber vivenciado sentimientos y pensamientos, aparecerían en su percepción antes de pasar por un proceso reflexivo, se realizó diez discursos, llegando a la saturación en ocho ya que en esta investigación se decidió por trabajar con la técnica de muestreo por saturación o bola de nieve.

Las entrevistas se llevaron a cabo en la casa de los cuidadores, buscando el horario y tiempo disponible de los sujetos de estudio, de tal manera que durante la entrevista no se presenten inconvenientes que puedan alterar la esencia de sus respuestas.

Para lograr las descripciones fue necesario explicar una pregunta que condujera a discursos que fueran más allá de las acciones del cuidador, buscando la esencia de la experiencia vivida, a través de las descripciones de las mismas, teniendo en cuenta que en ellos está la esencia de lo que se busca conocer.

¿Qué siente usted, cuidar a su familiar dependiente?, se mostró como la pregunta capaz de conducir a la esencia del fenómeno de los sentimientos vivenciados del cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente.

¿Qué más?

Esta pregunta expresa la amplitud de la pregunta orientadora y por lo tanto permitirá la expresión expandida de la respuesta de los sujetos entrevistados, logrando la revelación de los sentimientos profundos y detallados.

D. ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación los datos obtenidos y utilizados fueron autorizados por el sujeto de estudio, garantizando el anonimato de las personas a las cuales se entrevistaron, las cuales fueron grabadas, manteniendo la confidencialidad de los mismos, previa firma del consentimiento informado (Tello, 2004)

En la ética de la investigación se ha considerado los siguientes criterios, según (Tello, 2004)

Confidencialidad: es primordial el rigor y la ética. Los secretos que fueron revelados por los sujetos no fueron expuestos y las grabaciones son confidenciales, solo se utilizaron para los fines de la investigación.

Nivel de Expertabilidad: se tomó en cuenta el siguiente principio: recordar que nuestros sujetos no son animales sin habla si no seres humanos y no forma parte del proceder fenomenológico manipularlos, controlar sus entornos o inducir experimentalmente ciertos comportamientos.

Consentimiento informado: consiste en grabar sin afectar la credibilidad (valor de verdad), cuando las personas reconocen que lo leído es cierto.

Honestidad: se practicó al momento de explicarles los fines de la investigación.

Privacidad: se tomó en cuenta desde el inicio de la investigación explicando a los participantes la finalidad de los discursos de exclusividad solo para fines de la investigación siendo anónima la publicación del estudio.

Intervención en la abogacía: se aseguró la protección de los derechos de los participantes.

Los criterios antes mencionados se tomaron en cuenta desde el inicio de la aplicación de la entrevista y se respetarán hasta la defensa de la sustentación del informe de investigación para optar el título de licenciada en enfermería.

CAPÍTULO V
CONSTITUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

CONSTITUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1. COLECCIÓN DE LOS DISCURSOS

Después de formular la pregunta que orientó la recolección de datos de la investigación, se entrevistó a los cuidadores familiares del adulto mayor dependiente quienes radican en el Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo, adaptándose al horario disponible de cada sujeto, puesto que los sujetos de estudio presentan características diferentes tanto en edad, y tiempo de cuidado.

Al iniciar el encuentro se realizó un corto dialogo, seguidamente se le informó el motivo de la visita y el objeto de la investigación y se le solicitó su colaboración para las entrevistas, explicándole la libertad de elección para participar o no, después que aceptaron ser partícipes se les entregó el consentimiento informado, donde ellos autorizan el uso de su discurso para el desarrollo del trabajo de investigación, luego se inició con las interrogantes conducidas según el abordaje fenomenológico, tuvo como centro la siguiente pregunta orientadora ¿qué siente usted, cuidar a su familiar dependiente? La entrevista no se limitó a un tiempo determinado, se respetó la disponibilidad del sujeto entrevistado.

Fueron realizadas 10 entrevistas, llegando a saturar en la entrevista ocho, en esta investigación se usó del muestreo por saturación o bola de nieve por las características del estudio

2. MOMENTOS DEL ANÁLISIS

Una vez que se obtuvo los discursos, se transcribió cada discurso y se procedió a analizarlos como se describe a continuación:

Primero se leyó los discursos reiteradas veces con la finalidad de interpretar y revivir la experiencia por ellos vividos, esto fue fundamental para el próximo momento, cuando se identificó las unidades de significado, cada unidad de significado se enfocó a la interrogante y a través de la reducción fenomenológica se excluyó todos los datos sin importancia, incluyendo las afirmaciones relevantes, para caracterizar las vivencias a través del análisis ideográfico.

2.1. ANÁLISIS IDIOGRÁFICO

A fin de llegar a la comprensión de cada discurso se presentaron las descripciones individuales, se subrayaron las frases importantes y se enumeraron.

A continuación en el cuadro de análisis idiográfico, se transcribió, los discursos, en la columna de la izquierda, las unidades de significado subrayadas anteriormente, en su lenguaje propio, se procedió mediante un proceso de reflexión a transformar las unidades de significado de los participantes, en expresiones propias, no obstante intentan ser los más fieles posibles a las ideas articuladas en los discursos, conservando la numeración de las unidades de significado originales.

Posteriormente en el cuadro de convergencias, mediante un proceso de tematización se agrupan las unidades de significado convergente dentro del discurso, es decir, las que se referían al mismo tema o tenían el mismo contenido. El objetivo fue convertir las frases subrayadas en los discursos, en las unidades de significado interpretadas.

En la columna de la izquierda se presentó las unidades de análisis de significado agrupadas de acuerdo a su contenido y en la columna derecha, las unidades de significado interpretadas de las convergencias.

2.2. ANÁLISIS NOMOTÉTICO

El análisis nomotético es la búsqueda de las generalidades del fenómeno interrogado, se determina el análisis con una tabla de convergencias en aquello que el sujeto nos dice y que nos afecta. No llega a generalizaciones si no a generalidades. A través del análisis nomotético se busca analizar:

- ❖ El aspecto general y estructural de los individuos tomados en un texto. Los discursos deben constituirse de las divergencias y convergencias de las unidades de significado.
- ❖ Las convergencias pasan a caracterizar la estructura general del fenómeno, las divergencias e idiosincrasias indican percepciones individuales resultantes de modos personales de reaccionar mediante agentes externos.

Así, en esta trayectoria, no tiene la pretensión de generalizar, si no de contar con generalidades. Ellas indican la iluminación de una perspectiva del fenómeno, en la dirección de su totalidad. (OPS- 2008)

En el análisis nomotético, se identifica las categorías incluyendo las **convergencia y divergencias e idiosinercias**, logrando obtener categorías de las cuales se llegó a la aproximación del fenómeno y finalizando con el reflexionando.

DISCURSO I

¿Qué siente usted cuidar a su familiar dependiente?

Señorita buena tardes, estoy aquí cuidando a mi mamá somos dos hermanas nos turnamos para cuidar a mi mamá, me preocupa mucho⁽¹⁾ porque no le puedo ayudar a ella, porque no le puedo entender lo que dice, por que ha sufrido un derrame, entonces no puede hablar bien, puede caminar poco, me siento desesperada⁽²⁾ por qué no lo puedo entender y ayudar en lo que necesita, mis hermanas lo han cuidado cuando estaba bien cuando podía lavar, cocinar criar a sus hijos y ahora que está enferma ni siquiera se preocupan por ella, ni siquiera preguntan cómo está, por eso es que yo me siento impotente⁽³⁾ molesta⁽⁴⁾, ya no sé qué hacer⁽⁵⁾ por la misma situación de mi mamita, a veces está tranquila a veces se pone a llorar. Yo me siento y lloro, me da pena⁽⁶⁾ sé que ella me ha criado me cuido y ahora lo que me que es cuidarle así como ella me cuido.

¿Qué más?

Me molesta⁽⁷⁾ también que mi hermana y mis vecinas me digan que le ponga al asilo para que allí le cuiden mejor pero me siento mal⁽⁸⁾ cuando me dicen eso porque cómo le voy estar enviando a ese lugar como si yo no podría cuidarlo, a si es señorita yo me siento muy triste⁽⁹⁾ muy mal⁽¹⁰⁾, me da mucha pena⁽¹¹⁾ no poder ayudarla me siento sola⁽¹²⁾ mis hermanas no quieren ayudarme.

¿Qué más?

Mi mamá ya no puede hacer sus cosas. Se levanta quiere salir, yo me molesto, le digo que sí sigue así me voy a ir a dormir lejos dejándole sola entonces allí vuelve a su cama, ella llora, seguro porque no le ayudamos no le podemos atender bien, pero que puedo hacer, qué más puedo hacer, no sé cómo ayudarle⁽¹³⁾, yo siento que le tengo suficiente paciencia⁽¹⁴⁾, estoy decepcionada⁽¹⁵⁾ de mis hermanas y solo le pido a Dios para que me de fuerzas y pienso que las cosas suceden por su voluntad. Si Dios quiere que así sucedan las cosas a si será pues señorita, bueno que más le puedo decir.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA I

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Me preocupa mucho	1. Se preocupa mucho
2. Me siento desesperada	2. Se siente desesperada
3. Me siento impotente	3. Se siente impotente
4. Me siento molesta	4. Se siente molesta
5. No sé qué hacer	5. No sabe qué hacer
6. Me da pena	6. Le da pena
7. Me molesta	7. Se molesta
8. Me siento mal	8. Se siente mal
9. Me siento muy triste	9. Se siente muy triste
10. Me siento muy mal	10. Se siente muy mal
11. Me da mucha pena	11. Le da mucha pena
12. Me siento sola	12. Se siente sola
13. No sé cómo ayudarle	13. No sabe cómo ayudarle
14. Yo siento que le tengo suficiente paciencia	14. Siente que le tiene suficiente paciencia
15. Estoy decepcionada	15. Está decepcionada

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO I

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se preocupa mucho ⁽¹⁾	a. Se preocupa mucho
b. Se siente desesperada ⁽²⁾ Se siente impotente ⁽³⁾	b. Se siente desesperada e impotente
c. Se siente molesta ⁽⁴⁾ le molesta ⁽⁷⁾	c. Se siente molesta
d. No sabe qué hacer ⁽⁵⁾ No sabe cómo ayudarle ⁽¹³⁾	d. No sabe qué hacer ni cómo ayudarle
e. Siente pena ⁽⁶⁾ siente mucha pena ⁽¹¹⁾	e. Siente mucha pena
f. Se siente mal ⁽⁸⁾ se siente muy mal ⁽¹⁰⁾	f. Se siente muy mal
g. Se siente muy triste ⁽⁹⁾	g. Se siente muy triste
h. Se siente sola ⁽¹²⁾	h. Se siente sola
i. Siente que le tiene suficiente paciencia ⁽¹⁴⁾	i. Siente que le tiene suficiente paciencia.
j. Está decepcionada ⁽¹⁵⁾	j. Está decepcionada

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO I

A través del discurso se develó que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se preocupa mucho, se siente desesperado, impotente, molesto, no sabe qué hacer ni cómo ayudarle además siente mucha pena, se siente muy mal, muy triste, sólo y decepcionado también siente que le tiene suficiente paciencia.

DISCURSO II

¿Qué siente usted cuidar a su familiar dependiente?

Señorita buenas tardes, la verdad es que yo me siento tranquila⁽¹⁾ porque sé que tengo a mi mamá, si ella estaría fuera de mí, para mí esa es una vida sin sentido⁽²⁾ pero cuando está conmigo así estoy bien⁽³⁾ cuando lo veo con salud pero cuando lo veo enferma me estreso⁽⁴⁾ le doy agüita de hierbas con tal de verlo bien, mi mamá ya tiene 86 años, solo que sufre de los huesos no lo dejo que se meta en el agua, aunque a veces cuando voy al mercado aburriéndose lava su ropita.

¿Qué más?

Tengo tres hermanos varones ellos como que se han olvidado de mi mamá en el día de la madre ella se siente sola, porque no vienen a visitarlo, ni siquiera lo llaman, nada por eso digo que tener hijos varones es no tener hijos, yo soy la única que lo cuida, me preocupa por que lo veo llorar⁽⁵⁾ por mis demás hermanos, estoy feliz con mi madre.

Yo no siento incomodidad al atender a mi mamá⁽⁶⁾, me sentiría mal al dejarla lejos de mi casa⁽⁷⁾, siento que le correspondo⁽⁸⁾ lo que ella ha hecho por mí, mi padre a fallecido hace tiempo desde entonces mi madre vive conmigo, como ya no tengo hijos pequeños, ella es mi compañía.

¿Qué más?

Mi esposo también está contento y eso me hace sentir tranquila con mi familia porque no tengo inconvenientes, tengo temor⁽⁹⁾ de que me deje ya que no sé cómo me sentiría al no tenerla a mi lado pero si Dios lo decide así, que vamos hacer.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA II

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Me siento tranquila	1. Se siente tranquila ⁽¹⁾
2. Ella estaría fuera de mí, para mi esa es una vida sin sentido	2. Su vida estaría sin sentido a estar lejos de su familiar ⁽²⁾
3. Estoy bien	3. Se siente bien ⁽³⁾
4. Cuando lo veo enferma me estreso, y le doy agüita de hierbas.	4. Se estresa cuando lo ve enferma, y le da agüita de hierbas.
5. Me preocupa	5. Se preocupa ⁽⁵⁾
6. Yo no siento incomodidad	6. Se siente cómoda ⁽⁶⁾
7. Me sentiría mal al dejarla lejos de mi casa	7. Se sentiría mal al tenerlo lejos ⁽⁷⁾
8. Siento que le correspondo	8. Siente que le corresponde ⁽⁸⁾
9. Tengo temor	9. Siente temor ⁽⁹⁾

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO II

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se siente tranquila ⁽¹⁾ Se siente cómoda ⁽⁶⁾ Se siente bien ⁽³⁾	a. Se siente tranquila, cómoda y bien
b. Su vida estaría sin sentido al estar lejos de su familiar ⁽²⁾	b. Su vida estaría sin sentido al estar lejos de su familia
c. Se estresa cuando lo ve enferma y le da agüita de hierbas ⁽⁴⁾	c. Se estresa cuando lo ve enferma, y le da agüita de hierbas
d. Se preocupa ⁽⁵⁾	d. Se preocupa
e. Se sentiría mal al tenerlo lejos ⁽⁷⁾	e. Se sentiría mal al tenerlo lejos
f. Siente que le corresponde ⁽⁸⁾	f. Siente que le corresponde
g. Siente temor ⁽⁹⁾	g. Siente temor

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO II

A través del discurso se evidenció que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente tranquilo, cómodo y bien; expresa que su vida estaría sin sentido y además se sentiría mal al estar lejos de su familiar; también se preocupa y siente temor pero siente que le corresponde. Además el cuidador expresa que se estresa cuando lo ve enferma y le da de beber agüita de hierbas.

DISCURSO III

¿Qué siente usted cuidar a su familiar dependiente?

Buenas tarde señorita, bueno pues, mi mamá estaba bien hace unos, ella se iba al grupo del adulto mayor, venían las señoritas lo llevaban, ella misma se cocinaba, de vez en cuando veníamos a verlo cualquiera de las dos hermanas que estamos aquí cerca, es que señorita yo tengo mis hijos, mi esposo y tengo que estar de allá paca, yendo y volviendo, a veces estoy cansada⁽¹⁾ pero así ya pué vengo, estoy muy preocupada⁽²⁾ esperando los resultados de sus exámenes que le han tomado los del centro de salud, que pué hemos demorado en enviar las muestras porque mi mamá no podía hacer sus necesidades como dos días, seguro es por lo que estuvo tomando solo líquidos, mi mamá me da mucha tristeza⁽³⁾ velo tan malita pero que vamos hacer es la voluntad de Dios, estoy renegona con mis hijos que no me ayudan a veces. Estoy rogando a Dios que nos puedan atender rápido, por en ese hospital uno se muere esperando que lo atiendan.

¿Qué más?

Hay señorita usted no sabe cómo me preocupa⁽⁴⁾-que mi mamá uno de estos días lo encontremos sin respirar, dejando a mi familia tengo que venir a dormir aquí en un banca pa cuidarlo y ayudarlo cuando quiere orinar. Ella se siente muy débil, no puede caminar. Diosito lindo lo que no estoy tranquila⁽⁵⁾ sabiendo que ella está mal , ando asariada cuando voy al mercado y lo dejo con uno de mis muchachos o mi vecina, pienso que será lo van dejar solita y se va caer. Angustiada estoy⁽⁶⁾ señorita, que pué mi esposo a veces también reñega cuando no me encuentra en la casa con la comida. He pensado llevarlo a vivir conmigo pero ella no quiere irse dice que quiere morirse en su casa que ir a ver otras caras.

¿Qué más?

No sabeste como se sufre uno cuando está mal su madre⁽⁷⁾, es que cuando estaba sano me ayudaba ahora yo tengo que ayudarlo ya pué, es mi obligación como hija de velo. Nada más señorita.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA III

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Estoy cansada	1. Está cansada
2. Estoy muy preocupada	2. Está muy preocupada
3. Me da mucha tristeza	3. Siente mucha tristeza
4. Me preocupa	4. Se preocupa
5. No estoy tranquila	5. No está tranquila
6. Angustiada estoy	6. Está angustiada
7. Se sufre uno cuando está mal su madre.	7. Sufre cuando su madre está enferma

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO III

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Está cansada ⁽¹⁾	a. Está cansada
b. Está muy preocupada ⁽²⁾ Se preocupa ⁽⁴⁾ No puede estar tranquila ⁽⁵⁾	b. Está muy preocupada e intranquila
c. Está angustiada ⁽⁶⁾	c. Está angustiada
d. Siente mucha tristeza ⁽³⁾	d. Siente mucha tristeza
e. Sufre cuando su madre está enferma ⁽⁷⁾	e. Sufre cuando su madre está enferma

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO III

El discurso permitió develar que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente está cansado, muy preocupado e intranquilo, angustiado además siente mucha tristeza y sufre cuando está mal su madre.

DISCURSO IV

¿Qué siente usted, cuidar a su familiar dependiente?

En mi casa vive, yo soy lo que más lo veo, lo cuido le aseo le alimento mi mamita tiene 92 años está bien delicadita ya no se levanta de la cama, allí lo atendemos a veces vienen mis hermanas de vez en cuando, ellas no viven acá, yo sola vivo, yo me siento bien⁽¹⁾, aunque me preocupo⁽²⁾ porque yo también soy delicada hace 20 años tuve cáncer pero ya supere así a pesar de eso cuido a mi madrecita, tengo hijos pero no viven en mi junto, mi mama vive hace siete años como migo con mi papa han venido de Collonco, mi papá falleció hace 5 años aquí en ni casa, mi mama se ha quedado, ella sufre del corazón lo ven los médicos en el HRVF, tiene SIS allí lo atienden su tratamiento lo damos el diarito para su presión y corazón, cuando salgo lo dejo con los nietos, vienen mis nietitos los tengo que llamar para que vengan ellos o mi hermana lita o mi nieto que tiene catorce años ello son los único que me apoyan los únicos

¿Qué más?

Somos siete hermanos y solamente yo y mi hermana lo cuidamos, ella a veces viene y me ayuda, para bañarlo lavarle su ropita porque yo no puedo hacer fuerza porque me han operado de la mama yo tuve cáncer al seno, yo no pude esforzarme mucho por eso viene ayudarme, estoy tranquila⁽³⁾ con mi madre, porque está conmigo

¿Qué más?

A veces me estreso⁽⁴⁾, lloro. Pero procuro salir adelante porque, que pu saco yo también, porque si me enfermo quien lo va cuidar por eso procuro poner de mi parte, a veces por mucho estrés me agarra un herpes que no se sana, ya que solo se controla, un poquito me estreso y se empeora el herpes, cuando estoy mal me incomoda⁽⁵⁾ porque ya no puedo atenderlo bien a mi mama, también es que yo sufro de migraña dolor de cabeza a veces no puedo dormir por las medicinas que dio el medico pa tomar en la mañana y en la tarde, eso no más señorita.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA IV

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Yo me siento bien	1. Se siente bien
2. Me preocupo	2. Se preocupa
3. Estoy tranquila	3. Está tranquila
4. A veces me estreso	4. A veces se estresa
5. Me incomoda	5. Siente incomodidad

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO IV

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se siente bien ⁽¹⁾ Está tranquila ⁽³⁾	a. Se siente bien y tranquila
b. Se preocupa ⁽²⁾	b. Se preocupa
c. A veces se estresa ⁽⁴⁾	c. A veces se estresa
d. Siente incomodidad ⁽⁵⁾	d. Siente incomodidad

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO IV

El discurso permitió develar que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente bien, tranquilo; a veces se estresa, se preocupa así como también siente incomodidad.

DISCURSO V

¿Qué siente usted cuidar a su familiar dependiente?

Tengo hija mujer que trabaja solo para sus hijos no ma, no me apoyan en nada, hay señorita ella mucho me insulta por eso a veces me incomoda⁽¹⁾ ye vieraste, así cuando no lo puedo no puedo lavar, mal me siento, así sucio cuando esta lo digo a su hermano debes buscar alguien para que lave su ropa, como haciendo lo hicieras que lave su cama está sucio, yo ya no puedo, ni tu ropa siquiera puedo lavar por eso me riñes, he caramba nada se le da como es hombre, he caramba que salga a lavar su ropa acaso su mano está mal algo me dice, se rabia y así lo pasa, yo me avergüenzo⁽²⁾ cuando vienen a verlo y está todo sucio su ropa, pero ella dice que no está sucio yo cuando lo digo pa su bien ella nos contesta mal ella dice ha, acaso estoy sucio algo, no estoy shipash algo, cuando se lo dice para su bien nos contesta mal, tiene su genio la mercedes a su hermano lo da su lapo

¿Qué más?

Estoy mal⁽³⁾ fuera de mi gusto vivo, ahorita en el vaso de leche habido trabajo, así aguantando he ido, esposo mi esposo no quiere ayudar me contesta mal, me dice tu vienes rápido, me siento triste⁽⁴⁾, cosas me haces oír, si yo me muero no te van aguantar mis hijos cuando tienes ese genio le respondo. Mis hijos me reclaman por cuidarle a pesar de que me trato tan mal, ellos no me entienden cuando estoy mal, nada más señorita.

¿Qué más?

Acaso estoy desocupado algo dice, me deja sola cuidando a la mercedes, me molesta hacerlo, estoy resentida⁽⁵⁾ con ella porque me ha tratado muy mal dónde está mi falda, cosas me contesta, pero cuando están mis hijos no me dice nada, pregúntalo a tu hermano le digo, él no es mujer me dice, me hace llorar, siento que nos es agradecida, a pesar de lo que tengo que soportarlo, vive con nosotros hace 5 años acá, cuando murió su marido cayó mal. Me preocupa⁽⁶⁾ que fin va dar cuando yo me muera.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA V

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLOGICA
1. Me incomoda	1. Se siente incómoda
2. Me avergüenzo	2. Siente vergüenza
3. Estoy mal	3. Se siente mal
4. Me siento triste	4. Se siente triste
5. Estoy resentida	5. Esta resentida
6. Me preocupa	6. Se preocupa

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO V

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se siente incómoda ⁽¹⁾	a. Se siente incómoda
b. Siente vergüenza ⁽²⁾	b. Siente vergüenza
c. Se siente mal ⁽³⁾ Se siente triste ⁽⁴⁾	c. Se siente mal y triste
d. Esta resentida ⁽⁵⁾	d. Esta resentida
e. Se preocupa ⁽⁶⁾	e. Se preocupa

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO V

Este discurso devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente incómodo, avergonzado, mal y triste además está resentido y preocupado.

DISCURSO VI

¿Qué siente usted cuidar a su familiar dependiente?

Bueno que pué le puedo decir, yo me encargo de cuidarlo todos los días, lo cambio su ropa, le doy su comidita, lo aseó pero a veces me siento muy triste⁽¹⁾ cuando se enferma, además mi esposo sale a trabajar tengo que llevarlo su comida, mis hijos se van estudiar, me siento muy sola⁽²⁾. A veces también yo me enfermo así tengo que estar, por eso me reciento y me pongo a llorar. Mis hijos se molestan porque sus demás familias ni siquiera preguntan por él.

¿Qué más?

Cuando no hay nadie más, tengo que dejar de hacer mis cosas, para dedicarme el, también me doy cuenta que cuando reniego, a veces lo trato mal, cuando hay problemas o cuando estoy mal, estoy triste⁽³⁾ porque mis hermanos se olvidaron que tienen padre señorita, los sinvergüenzas solo cuando lo necesitaban hay si venían a verlo.

¿Qué más?

Me preocupa muchísimo⁽⁴⁾ que se enferme, ojala hubiera algún familiar más que me ayude a verlo, siquiera que vengan a lavar su ropita. Todo tengo que hacerlo además de mis quehaceres, a veces el también reniega, me insulta, me reciento⁽⁵⁾, pero así ya pué lo aguanto. Nada más señorita

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA VI

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLOGICA
1. Me siento muy triste	1. Se siente muy triste
2. Me siento muy sola	2. Se siente muy sola
3. Estoy triste	3. Esta triste
4. Me preocupa muchísimo	4. Se preocupa mucho
5. Me reciente	5. Esta resentida

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO VI

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se siente muy triste ⁽¹⁾ Esta triste ⁽³⁾	a. Se siente mucha tristeza
b. Se siente muy sola ⁽²⁾	b. Se siente muy sola
c. Se preocupa mucho ⁽⁴⁾	c. Se preocupa mucho
d. Esta resentida ⁽⁵⁾	d. Esta resentida

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VI

Este discurso devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente experimenta sentimientos de mucha tristeza y preocupación además expresa soledad y resentimiento.

DISCURSO VII

¿Qué siente usted cuidar a su familiar dependiente?

Bueno, por una parte me siento bien⁽¹⁾ de tener a mi madre, por otra parte me siento medio incomoda⁽²⁾ porque carecemos recursos económicos ella toda la vida vive enferma hace un periodo de veintisiete años que vive enferma desde que yo era niña y no podemos ayudarla por falta de recursos económicos, por eso no me siento bien⁽³⁾, más por su salud de ella, después por que está en mi junto no tengo ningún problema, lo que me incomoda⁽⁴⁾ es la alimentación porque ella no puede comer cualquier cosa , ella tiene que consumir como una dieta como se dice porque tiene comidas conocidas eso nos incomoda a nosotros para alimentarlo porque es dificultoso para prepararlo, otro problema que tengo es su carácter, porque es muy medio mala, tiene un carácter fuerte , bueno quizás sea por su enfermedad, yo como hija digo que me saca de la paciencia porque es demasiado insoportable su carácter, esas son las dificultades que tengo, me reciente⁽⁵⁾ por eso, yo soy su única hija no tengo más hermanos y me siento incomoda⁽⁶⁾ porque yo quiero tenerlo en mi junto ella avece se porta mal y tampoco puedo yo abandonarlo a pesar de que es mi madre y además que está enferma, no puedo dejarle con mis otros familiares no son como yo que lo van a ver de lo poco que tengo dentro de mi pobreza algo hago por ella.

¿Qué más?

A veces me siento mal⁽⁷⁾ cuando reniega, no sé a qué se debe que ella tenga esos problemas de que a veces empieza a insultarme, cuando salgo a buscar algún trabajito, ella se molesta por que dice que lo tengo de su china, sirviéndome. Dice que yo no me preocupo por nada y yo le digo que lo deje que yo lo haga, pero hay algunos momentos que está bien juega con mi hija.

¿Qué más?

Eso nada más señorita.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA VII

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
Me siento bien ⁽¹⁾	Se siente bien ⁽¹⁾
Me siento medio incomoda ⁽²⁾	Se siente medio incomoda ⁽²⁾
No me siento bien ⁽³⁾	No se siente bien ⁽³⁾
Me incomoda ⁽⁴⁾	Le incomoda ⁽⁴⁾
Me reciente ⁽⁵⁾	Se reciente ⁽⁵⁾
Me incomoda ⁽⁶⁾	Se incomoda ⁽⁶⁾
A veces me siento mal ⁽⁷⁾	A veces se siente mal ⁽⁷⁾

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO VII

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. Se siente bien ⁽¹⁾	a. Se siente bien
b. Se siente medio incomoda ⁽²⁾ Le incomoda ⁽⁴⁾ Se incomoda ⁽⁶⁾	b. Se siente incomoda
c. No se siente bien ⁽³⁾ Se siente mal ⁽⁷⁾	c. Se siente mal
d. Se reciente ⁽⁵⁾	d. Se reciente

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO VII

Este discurso devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente mal, incómodo, a veces se siente bien, a veces mal además expresa resentimiento

DISCURSO VIII

¿Qué siente usted cuidar a su familiar dependiente?

Bueno a veces alegre⁽¹⁾, triste⁽²⁾ a veces tenemos problemas por cosas sin importancia, como ella es una persona adulta yo lo tengo paciencia yo lo veo, lo cuido, mas pasamos alegrías, solo tenemos problemas por su perritos porque quiere darle de comer a cada rato, y haces basura acá dentro rascan la tierra y por eso renegamos a veces, después estoy tranquila⁽³⁾, ellas tiene dos hijos, solo el que está conmigo lo ve su otro hijo no se acuerda, ya que lo han quitado a la fuerza y él se ha criado con su abuela, solo cuando está enferma ayuda no lo ve solo da plata, su otra nieta viene a veces solo fin de semana y luego se va.

¿Qué más?

A veces me da pena⁽⁴⁾ cuando lo veo triste por su hijo que no viene a visitarlo, después todo está bien me siento tranquila⁽⁵⁾ porque nos llevamos bien. Ella aquí nos acompaña, nos hace reír también.

¿Qué más?

Ella aún puede hacer algunas cosas, como le digo ella se entretiene con sus perritos, como no tiene nada más, a ellos les engríe, después todo está bien. Eso no más señorita.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA VIII

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. A veces estoy alegre	1. A veces esta alegre
2. A veces estoy triste	2. A veces esta triste
3. Estoy tranquila	3. Está tranquila
4. Me da pena	4. Siente pena
5. Siento tranquilidad	5. Siente tranquilidad

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO VIII

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
a. A veces esta alegre ⁽¹⁾	a. A veces esta alegre
b. A veces esta triste ⁽²⁾	b. A veces esta triste
c. Está tranquila ⁽³⁾ Siente tranquilidad ⁽⁵⁾	c. Está tranquila
d. Siente pena ⁽⁴⁾	d. Siente pena

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO VIII

Este discurso devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente a veces está alegre, triste, tranquilo y también siente pena.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO

DISCURSOS	CONVERGENCIAS
<p><u>DISCURSO N° I:</u> A través del discurso se develó que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se preocupa mucho, se siente desesperado, impotente, molesto, no sabe qué hacer ni cómo ayudarle además siente mucha pena, se siente muy mal, muy triste, sólo y decepcionado también siente que le tiene suficiente paciencia.</p> <p><u>DISCURSO N° II:</u> A través del discurso se evidenció que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente tranquilo, cómodo y bien; expresa que su vida estaría sin sentido y además se sentiría mal al estar lejos de su familiar; también se preocupa y siente temor pero siente que le corresponde. Además el cuidador expresa que se estresa cuando lo ve enferma y le da de beber agüita de hierbas.</p> <p><u>DISCURSO N° III:</u> El discurso permitió develar que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente está cansado, muy preocupado e intranquilo, angustiado además siente mucha tristeza y sufre cuando está mal su madre.</p> <p><u>DISCURSO N° IV:</u> El discurso permitió develar que el cuidador</p>	<p style="text-align: right;">DE</p> <p>SENTIMIENTO</p> <p>PREOCUPACION.</p> <p>Discurso N° I, II, III, IV, V y VI</p> <p><u>DISCURSO N° I:</u> A través del discurso se develó que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se preocupa mucho, se siente desesperado, impotente, molesto, no sabe qué hacer ni cómo ayudarle además siente mucha pena, se siente muy mal, muy triste, solo y decepcionado también siente que le tiene suficiente paciencia.</p> <p><u>DISCURSO N° II:</u> A través del discurso se evidenció que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente tranquilo, cómodo y bien; expresa que su vida estaría sin sentido y además se sentiría mal al estar lejos de su familiar; también se preocupa y siente temor pero siente que le corresponde. Además expresa que se estresa cuando lo ve enferma y le da agüita de hierbas</p> <p><u>DISCURSO N° III:</u> Este discurso permitió develar que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente está cansado, muy preocupado e intranquilo, angustiado además siente mucha tristeza y sufre.</p>

familiar directo del adulto mayor dependiente se siente bien, tranquilo; a veces se estresa, se preocupa así como también siente incomodidad.

DISCURSO N° V: Este discurso devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente incómodo, avergonzado, mal y triste además está resentido y preocupado.

DISCURSO N° VI: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente experimenta sentimientos de mucha tristeza y preocupación además expresa soledad y resentimiento.

DISCURSO N° VII: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente mal, incómodo, a veces se siente bien, a veces mal además expresa resentimiento

DISCURSO N° VIII: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente a veces esta alegre, triste, tranquila y también siente pena.

DISCURSO N° IV: El discurso permitió develar que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente bien, tranquilo; a veces se estresa, se **preocupa** así como también siente incomodidad.

DISCURSO N° V: Este discurso devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente incómodo, avergonzado, mal y triste además está resentido y **preocupado**.

DISCURSO N° VI: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente experimenta sentimientos de mucha tristeza y **preocupación** además expresa soledad y resentimiento.

SENTIMIENTOS DE TRISTEZA

Discurso N° I, III, V, VI, VIII

DISCURSO N° I: A través del discurso se develo que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se preocupa mucho, se siente desesperado, impotente, molesto, no sabe qué hacer ni cómo ayudarle además siente mucha pena, se siente muy mal, **muy triste**, solo y decepcionado también siente que le tiene suficiente paciencia.

DISCURSO N° III: Este discurso permitió develar que el cuidador familiar

directo del adulto mayor dependiente está cansado, muy preocupado e intranquilo, angustiado **además siente mucha tristeza** y sufre.

DISCURSO N° V: Este discurso devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente incómodo, avergonzado, mal y **triste** además está resentido y preocupado.

DISCURSO N° VI: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente **experimenta sentimientos de mucha tristeza** y preocupación además expresa soledad y resentimiento.

DISCURSO N° VIII: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente a veces esta alegre, **triste**, tranquila y también siente pena.

SENTIMIENTO DE SOLEDAD

Discurso N° I y VI

DISCURSO N° I: A través del discurso se develo que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se preocupa mucho, se siente desesperado, impotente, molesto, no sabe qué hacer ni cómo ayudarle además siente mucha pena, se siente muy mal, muy triste, **solo** y decepcionado también siente que le tiene

suficiente paciencia.

DISCURSO N° VI: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente experimenta sentimientos de mucha tristeza y preocupación **además expresa soledad** y resentimiento.

INCOMODIDAD

Discurso IV, V Y VII

DISCURSO N° IV: El discurso permitió develar que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente bien, tranquilo; a veces se estresa, se preocupa así como **también siente incomodidad.**

DISCURSO N° V: Este discurso devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se **siente incómodo**, avergonzado, mal y triste además está resentido y preocupado.

DISCURSO N° VII: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente mal, **incómodo**, a veces se siente bien, a veces mal además expresa resentimiento.

SENTIMIENTOS DE PENA

Discurso N° I y VIII

DISCURSO N° I: A través del discurso se

	<p>develó que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se preocupa mucho, se siente desesperado, impotente, molesto, no sabe qué hacer ni cómo ayudarlo además siente mucha pena, se siente muy mal, muy triste, sólo y decepcionado también siente que le tiene suficiente paciencia.</p> <p><u>DISCURSO N° VIII:</u> A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente a veces esta alegre, triste, tranquila y también siente pena.</p>
--	--

DISCURSOS	DIVERGENCIAS
<p><u>DISCURSO N° I:</u> A través del discurso se develó que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se preocupa mucho, se siente desesperado, impotente, molesto, no sabe qué hacer ni cómo ayudarlo además siente mucha pena, se siente muy mal, muy triste, sólo y decepcionado también siente que le tiene suficiente paciencia.</p> <p><u>DISCURSO N° II:</u> A través del discurso se evidenció que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente tranquilo, cómodo y bien; expresa que su vida estaría sin sentido y además se sentiría mal al estar lejos de su familiar; también se</p>	<p>SENTIMIENTOS ENCONTRADOS (tranquilidad Vs desesperación e intranquilidad)</p> <p>DISCURSO N° I, II, IV Y VIII</p> <p><u>DISCURSO N° I:</u> A través del discurso se develo que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se preocupa mucho, se siente desesperado, impotente, molesto, no sabe qué hacer ni cómo ayudarlo además siente mucha pena, se siente muy mal, muy triste, solo y decepcionado también siente que le tiene suficiente paciencia.</p>

preocupa y siente temor pero siente que le corresponde. Además expresa que se estresa cuando lo ve enferma y le da agüita de hierbas.

DISCURSO N° III: El discurso permitió develar que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente está cansado, muy preocupado e intranquilo, angustiado además siente mucha tristeza y sufre cuando está mal su madre.

DISCURSO N° IV: El discurso permitió develar que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente bien, tranquilo; a veces se estresa, se preocupa así como también siente incomodidad.

DISCURSO N° V: Este discurso devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente incómodo, avergonzado, mal y triste además está resentido y preocupado.

DISCURSO N° VI: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente experimenta sentimientos de mucha tristeza y preocupación además expresa soledad y resentimiento.

DISCURSO N° VII: A través del discurso se devela que el cuidador

DISCURSO N° II: A través del discurso se evidenció que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se **siente tranquilo**, cómodo y bien; expresa que su vida estaría sin sentido y además se sentiría mal al estar lejos de su familiar; también se preocupa y siente temor pero siente que le corresponde. Además expresa que se estresa cuando lo ve enferma y le da agüita de hierbas.

DISCURSO N° IV: El discurso permitió develar que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se **siente bien, tranquilo**; a veces se estresa, se preocupa así como también siente incomodidad.

DISCURSO N° V: Este discurso devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se **siente incómodo, avergonzado, mal** y triste además está resentido y preocupado.

DISCURSO N° VII: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se **siente mal**, incómodo, a veces se siente bien, a veces mal además expresa resentimiento.

DISCURSO N° VIII: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente a veces esta alegre, triste, **tranquila** y

<p>familiar directo del adulto mayor dependiente se siente mal, incómodo, a veces se siente bien, a veces mal además expresa resentimiento.</p> <p><u>DISCURSO N° VIII:</u> A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente a veces esta alegre, triste, tranquila y también siente pena</p>	<p>también siente pena.</p>
---	-----------------------------

DISCURSOS	IDIOSINCRASIA
<p><u>DISCURSO N° I:</u> A través del discurso se develó que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se preocupa mucho, se siente desesperado, impotente, molesto, no sabe qué hacer ni cómo ayudarle además siente mucha pena, se siente muy mal, muy triste, sólo y decepcionado también siente que le tiene suficiente paciencia.</p> <p><u>DISCURSO N° II:</u> A través del discurso se evidenció que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente tranquilo, cómodo y bien; expresa que su vida estaría sin sentido y además se sentiría mal al estar lejos de su familiar; también se preocupa y siente temor pero siente que le corresponde. Además expresa que se estresa cuando lo ve enferma y le da agüita de hierbas.</p>	<p>USO DE PLANTAS MEDICINALES</p> <p>Discurso N° I</p> <p><u>DISCURSO N° II:</u> A través del discurso se evidenció que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente tranquilo, cómodo y bien; expresa que su vida estaría sin sentido y además se sentiría mal al estar lejos de su familiar; también se preocupa y siente temor pero siente que le corresponde. Además expresa que se estresa cuando lo ve enferma y le da agüita de hierbas.</p>

DISCURSO N° III: El discurso permitió develar que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente está cansado, muy preocupado e intranquilo, angustiado además siente mucha tristeza y sufre cuando está mal su madre.

DISCURSO N° IV: El discurso permitió develar que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente bien, tranquilo; a veces se estresa, se preocupa así como también siente incomodidad.

DISCURSO N° V: Este discurso devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente incómodo, avergonzado, mal y triste además está resentido y preocupado.

DISCURSO N° VI: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente experimenta sentimientos de mucha tristeza y preocupación además expresa soledad y resentimiento.

DISCURSO N° VII: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente se siente mal, incómodo, a veces se siente bien, a veces mal además expresa resentimiento.

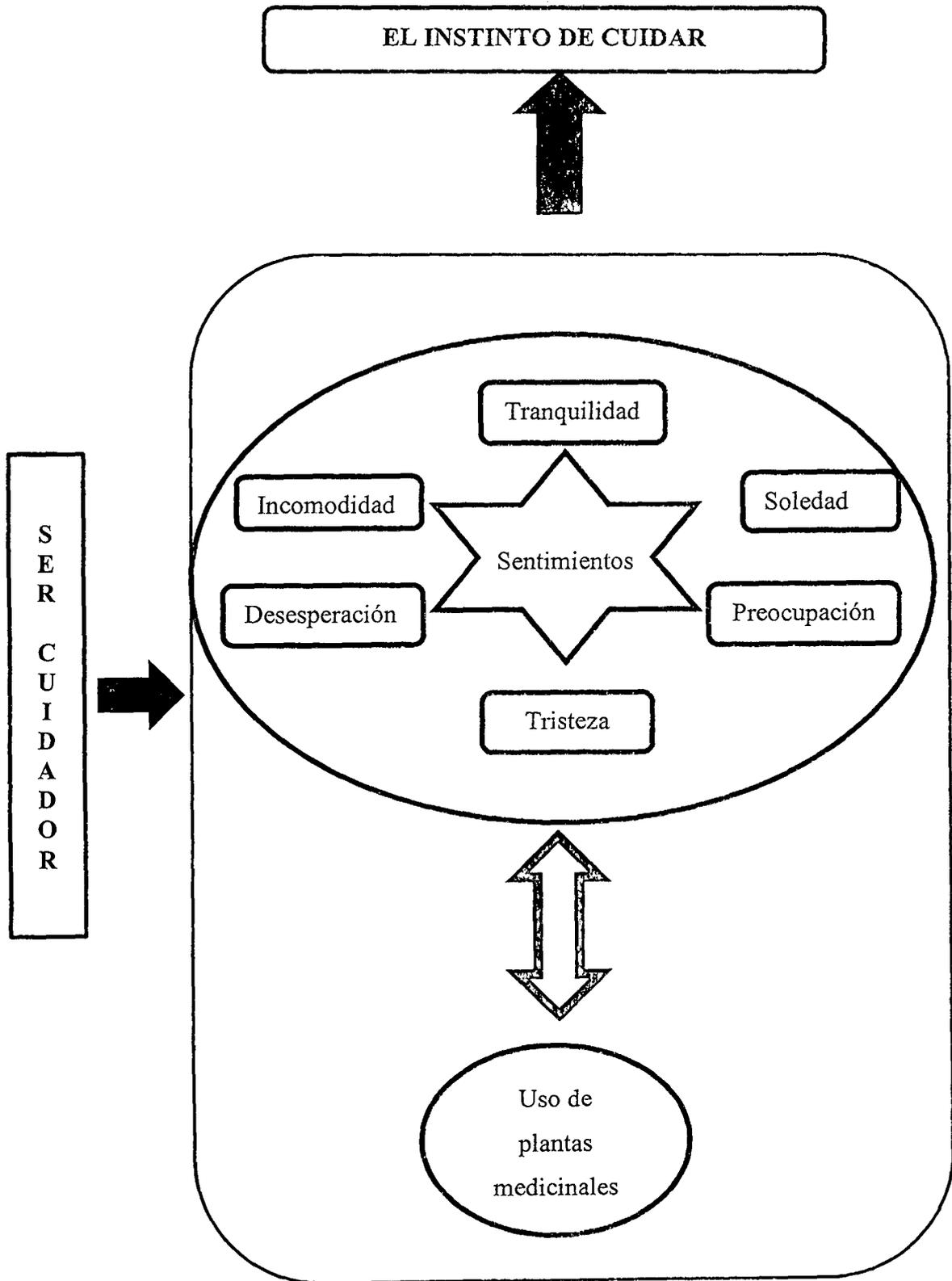
DISCURSO N° VIII: A través del discurso se devela que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente a veces esta alegre, triste, tranquila y también siente pena

CUADRO DE ANÁLISIS NOMOTÉTICO

	CATEGORIAS	D.1	D.2	D.3	D.4	D.5	D.6	D.7	D.8
Convergencias	<i>Sentimiento de preocupación</i>	Se preocupa mucho	Se preocupa	Muy preocupado	Se preocupa	Se preocupa	Siente preocupación		
	<i>Sentimiento de tristeza</i>	Muy triste		Siente mucha tristeza		Triste	Experimenta sentimientos de mucha tristeza		A veces esta triste
	<i>Sentimiento de soledad</i>	se siente solo			además expresa soledad				
	<i>Incomodidad</i>				Se siente incómodo.	Se siente incómodo		Incómodo	
	<i>Sentimientos de pena</i>	Siente mucha pena							Siente pena.

Divergencias	<i>Sentimientos encontrados (desesperación, intranquilidad Vs tranquilidad)</i>	Se siente desesperado	Se siente tranquilo	Está intranquilo	Tranquilo				Está tranquilo
Idiosincrasias	<i>Uso de plantas medicinales</i>		Se estresa cuando lo ve enferma y le da agüita de hierbas.						

ESQUEMA DE APROXIMACIÓN DEL FENÓMENO



CAPÍTULO VI
REFLEXIONANDO

REFLEXIONANDO

El análisis de los datos, permite comprender las vivencias del cuidador familiar directo de un adulto mayor dependiente, a través de las unidades de significado la mayoría de los sujetos entrevistado expresaron que durante su desempeño del rol como cuidadores experimentan diferentes sentimientos de los cuales se obtuvo las categorías las cuales permite comprender la esencia del cuidador y su ejercicio de cuidar.

Diferentes estudios demuestran que los cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia, expresan sentimientos de soledad, aislamiento social, sobrecarga de trabajo, deterioro de la salud física y mental, y el olvido de sí mismo, como consecuencia del desempeño del rol de cuidador.

Según Flores G, 2001. Se describe a continuación los sentimientos del cuidador familiar:

- ❖ La dependencia de una persona es un acontecimiento de gran impacto que involucra a toda su familia pero se destaca especialmente la figura del cuidador familiar.
- ❖ El cuidador familiar principal no es plenamente consciente o desconoce totalmente (al igual que el resto de su familia) los riesgos que conlleva el desempeño del rol en forma prolongada. Además, estas circunstancias pueden despertar diferentes emociones negativas como rabia, miedo, tristeza, incertidumbre, ansiedad, impotencia, por tanto, se encuentra en situación de vulnerabilidad.

A continuación se describe cada uno de los sentimientos identificados en los cuidadores familiares directos del adulto mayor dependiente.

SENTIMIENTO DE PREOCUPACIÓN.

En los discursos I: "... *se preocupa mucho...* ", II: "... el cuidador...*también se preocupa...*", III "*el cuidador...está cansado, muy preocupado...*", IV "*... el cuidador... se preocupa...*", V "*...además está resentido y preocupado...*" y VI "*...experimenta sentimientos de mucha tristeza y preocupación además expresa soledad...*", se develó que los cuidadores familiares directos del adulto mayor dependiente experimentan sentimientos de preocupación, durante el desempeño de su rol.

Alva, 2007. en su estudio titulado: "situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial" obtuvo como resultados que la

mayoría de los cuidadores presentó una alta carga y desgaste emocional relacionado con el cuidado del paciente; el cuidador se ve sometido a un estrés permanente por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor, la alteración de la ejecución habitual del rol, la de las interacciones sociales, la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de los sistemas de cuidado de la salud, la falta de actividad, de dispersión, la alteración de la ejecución del trabajo habitual, la severidad de la enfermedad del receptor del cuidado, la cantidad de cuidado o supervisión requerida y la alteración de la relación cuidador-cuidado.

Los cuidadores de personas dependientes realizan una tarea que muchas veces repercute negativamente en su salud física y emocional, más aún cuando ésta situación se prolonga en el tiempo. Por ello, cuidar la salud de los cuidadores es un desafío, muchas veces olvidado porque el foco de atención se pone en la persona dependiente más no en el cuidador, siendo la preocupación uno de los diferentes sentimientos que expresa el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente durante el ejercicio de su rol debido a que se enfrenta a nuevas situaciones y vivencias que involucran su familia como y su vida personal.

SENTIMIENTOS TRISTEZA

Es normal tener pensamientos o emociones negativos hacia el familiar y hacia uno mismo frente a una situación en la que uno de los miembros de la familia se encuentra en estado de dependencia. Todos los sentimientos son legítimos. Así como se evidencia en los discursos N° I "*... se siente muy triste...*", III "*...siente mucha tristeza...*", V "*...se siente muy triste...*", VI "*...experimenta sentimientos de mucha tristeza...*"

Pinto y Sánchez, 2006. Refieren que el cuidador en cumplimiento de sus roles experimenta diferentes sentimientos que bien pueden ir desde la culpa hasta la satisfacción, también se debe observar que hay otros sentimientos como la soledad, la tristeza, la pena, la preocupación, el nerviosismo, la falta de ocio y descanso, que van generando en el cuidador una situación problemática que le impide ser feliz y lograr un mínimo de bienestar.

La tristeza que experimenta el familiar cuidador directo es un sentimiento legítimo de su situación al desempeñarse como cuidador, ya que está enfrentando una situación difícil y nueva tanto para él como para la persona a quien cuida.

SENTIMIENTOS DE SOLEDAD

En los discursos I "*se siente solo*" y IV "*además expresa soledad*", se evidencia que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente experimenta sentimientos de soledad.

Según Dorina et al, 2003. Las habilidades de afrontamiento que las personas poseen, condicionan y están condicionadas por el sentimiento de soledad y la situación de aislamiento emocional y social. Además el estilo de atributo causal característico hará que una situación de sufrimiento pueda ser considerada como desafío o como derrota. Esto llevará a una situación de lucha o abatimiento.

Además refiere que el aislamiento y la soledad favorecen y son consecuencia de la aparición de enfermedades. Las personas que cuidan a un familiar enfermo sufren niveles variados de soledad debido a que los demás familiares están lejos, critican o simplemente prefieren no participar en las responsabilidades y actividades de cuidado.

La literatura con y el estudio realizado demuestran que el cuidador familiar experimenta sentimientos de soledad por el abandono y el deficiente apoyo brindado por los demás familiares ante el problema.

INCOMODIDAD

En los siguientes discursos IV "*... se siente incómodo...*", V "*... se siente incómodo...*" y VII "*... siente incomodidad...*", se evidencia que el cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente experimenta sentimientos de incomodidad.

Alva, 2007. Afirma que en el cuidado a largo término, en muchos casos, los cuidadores se encuentran vulnerables y con sentimientos de frustración a pesar de lo cual deben asumir tareas para las que no tienen preparación adecuada con frecuencia los cuidadores hablan de dificultades con la soledad, incomodidad y frustración.

Según Flores G, 2001 La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados. Cuidar a una persona dependiente

“implica ver la vida de una manera, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada”

El cuidador principal asume las tareas de cuidado básicas, con las responsabilidades que ello acarrea, además no percibe una remuneración económica por sus tareas, el cual suele dedicarse y ocupar una gran parte de su tiempo al cuidado de dicho familiar; aunque en ocasiones son varios los miembros de la familia pero el peso del cuidado recae sobre el cuidador principal, sin la ayuda de otras personas, llevando esta situación al cuidador a un estado incomodidad e impotencia lo cual se evidencia tanto en la literatura como en el trabajo de investigación realizado.

SENTIMIENTOS DE PENA

La situación de cuidado continuado de una persona dependiente supone un sufrimiento emocional considerable, los sentimientos que tiene que aprender a afrontar el cuidador, como consecuencia de convivir; atender y querer a una persona dependiente son variados llegando a experimentar diversos sentimientos como la pena así como se evidencia en los discursos I "...siente mucha pena..." y VIII "...siente pena..."

Pinto y Sánchez, 2006. Refiere que el cuidador en cumplimiento de sus roles experimenta diferentes sentimientos que bien pueden ir desde la culpa hasta la satisfacción, también se debe observar que hay otros sentimientos como la soledad, la tristeza, la pena, la preocupación, el nerviosismo, la falta de ocio y descanso, que van generando en el cuidador una situación problemática que le impide ser feliz y lograr un mínimo de bienestar.

La dependencia de un familiar y su deterioro progresivo implica vivir de manera diferente, modificar funciones, realizar acciones de cuidado, vivencias que generan diferentes sentimientos que generan situaciones agobiantes y dolorosas para el familiar cuidador así como se evidencia tanto en el trabajo de investigación realizado como en otros estudios.

SENTIMIENTOS ENCONTRADOS: (tranquilidad Vs desesperación e intranquilidad)

Según López M, López J, (2006). Cuidar es una tarea con una doble vertiente, en la que el cuidador primero debe conocer las necesidades de la persona mayor y después saber cómo satisfacerlas. En función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o que no se sabe cuándo va a finalizar; experimentando sentimientos negativos y positivos.

Según Flores G, 2001. Frecuentemente el cuidador ve afectado su estado de salud, su bienestar y se siente incapaz de afrontar esta responsabilidad, pasando a constituir para el área sanitaria un paciente "oculto" o "desconocido". Asimismo, se sienten agobiados por las exigencias de cuidados, llegando a experimentar sentimientos de intranquilidad y desesperación.

Cuidar de una persona dependiente supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia las posibilidades reales del cuidador. Es más, esas tareas y demandas son continuamente cambiantes, y todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante, ya que no es fácil ver el deterioro y las dificultades continuas de un ser querido; llevando esta situación a cambios de carácter del cuidador conllevando muchas a sentirse intranquilo, desesperado así como se evidencia en el discurso I "...se siente desesperado..." y III "...está intranquilo..." Pero también hay cuidadores que están a gusto con su rol de cuidador así como se evidencia en los discursos II "...se siente tranquilo...", III "...está intranquilo...", IV " se siente tranquilo..." y VIII " está tranquilo..."

El cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente es la persona quien está en contacto diario con dicha persona quien muchas veces reacciona de manera agresiva con su cuidador, insultándolo constantemente; además es el cuidador directo es quien se responsabiliza de las actividades diarias de la persona de quien está cuidando, muchas veces los demás miembros de la familia abandonan al cuidador, el cual expresa sentimientos de tristeza y soledad, experimentando momentos de estrés; también cabe recalcar los cuidadores no siempre gozan de buena salud en su mayoría son adultos o adultos mayores quienes padecen de dolencias las cuales a veces pasan por desapercibidas debido a su rol en el hogar y con el adulto mayor.

USO DE PLANTAS MEDICINALES

Los cuidadores familiares directos del adulto mayor dependiente acuden al uso de plantas medicinales cuando su familiar se enferma lo cual se puede evidenciar en el discurso II “... expresa que se estresa cuando lo ve enferma y le da agüita de hierbas.”

Según la OMS: La medicina tradicional abarca una amplia variedad de terapias y prácticas que varían entre países y entre regiones. En algunos países se denomina medicina «alternativa» o «complementaria». La medicina tradicional se viene utilizando desde hace miles de años, y sus practicantes han contribuido enormemente a la salud humana, en particular como proveedores de atención primaria de salud al nivel de la comunidad.

Hernández, 2001. Las diferentes interacciones sociales en las que las mujeres se encuentran inmersas determinan la forma como construyen el qué y el cómo del cuidado a la salud de su familia y el de la suya propia.

Dentro de esas interacciones se encuentran: los servicios de salud a través de la consulta, la influencia de los medios de comunicación (en especial la televisión); el uso de la farmacopea; el contacto con los médicos tradicionales; la transmisión de conocimientos de sus abuelas (os), madre, mujeres de la comunidad y finalmente, por su propia observación y quehacer cotidiano de cuidado a la salud de la familia. Los cuidados a la salud realizadas en el hogar están mezclados entre prácticas tradicionales curativas y las que el modelo médico hegemónico ha diseminado entre la población.

Actualmente se sigue haciendo uso de las plantas medicinales como un medio para aliviar la enfermedad, dichos conocimientos provienen de aprendizajes cotidianos o enseñanzas de heredades lo cual concuerda con los estudios revisados.

CAPÍTULO VII
CONSIDERACIONES FINALES

CONSIDERACIONES FINALES

- El cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente expresa diferentes sentimientos lo cuales son: preocupación, desesperación, impotencia, tristeza, angustia y decepción
- El cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente no sólo experimenta sentimientos negativos durante el desempeño de su rol sino que también se siente tranquilo y cómodo al cuidar a su familiar dependiente.
- Algunos de los cuidadores expresan que su vida estaría sin sentido y además se sentiría mal al estar lejos de su familiar y al brindarle cuidado siente que le está correspondiendo.
- Para algunos cuidadores la enfermedad de su familiar dependiente le conlleva a un estado de estrés haciéndole sentir molesto, no sabe qué hacer ni cómo ayudarlo además siente mucha pena, se siente muy mal y sólo.
- El cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente muchas veces está cansado y sufre al ver enfermo a su familiar.
- El cuidador familiar directo del adulto mayor dependiente expresa que a veces se siente bien y a veces mal además expresa resentimiento frente a la persona a quien cuida.
- El cuidador familiar devela sentimientos de soledad por el abandono y el deficiente apoyo brindado por los demás familiares ante el problema.

CAPÍTULO VIII
RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

A la facultad de enfermería

- ❖ Formar grupos de autoayuda con los familiares y los estudiantes de la facultad, con actividades de información y sensibilización de las problemáticas del adulto mayor, actividades integración entre cuidador y sujeto cuidado.
- ❖ Trabajar en forma conjunta con las organizaciones ya existentes que conocen la realidad de la población con el propósito de contribuir en la mejora de la calidad de vida del cuidador y adulto mayor.

A los cuidadores

- ❖ Buscar apoyo de los demás familiares y comprometerlos en el cuidado del adulto mayor dependiente lo cual permitirá evitar la sobrecarga durante el cuidado.

CAPÍTULO IX
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE LIBROS:

1. Canales F (1994). “Metodología de la investigación”. Segunda Edición. Serie Rutex de la OPS. Washington. Pág. 26.
2. OPS. (2008). “Investigación cualitativa en enfermería: contextos conceptuales y bases”. Serie N° 9. Washington. Pág. 108 – 109.
3. Gómez R. (2000). “Evolución científica y metodología de la economía”. Alianza Editoras. Madrid. Pág. 115.
4. Hernández R, Fernández C, Et Al, (2006). “Metodología de la investigación” 4ta edición. Editorial Mc Graw-Hill interamericana. México. Pág. 06.
5. Ruiz A. (1999). “Los aportes de Humberto Maturana a la psicoterapia”. Editorial. Aljibe. Santiago de Chile. Pág.125.
6. Tello C. (2004). “La investigación cualitativa: aportes para operacionalización”. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de enfermería. Trujillo. Pág.25 – 38.

DE REVISTAS

7. Varas L & Olivera G. (2003).”Sufrimiento y fe en Dios: vivencias de los padres de niños con leucemia. Revista peruana. Enfermería, investigación y desarrollo. Vol. 05. Trujillo- Perú. Pág. 29-31.

DE TESIS

8. Meléndez M. (2011). “Vivencias de las internas de enfermería comunitaria”. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Facultad de Enfermería. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Amazonas. Pág. 9 – 12.
9. Ocampo M. (2009). “Vivencias de los niños y adolescentes que lustran calzado en la ciudad de Chachapoyas”. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Facultad de Enfermería. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Amazonas. Pág. 7 – 8.

10. Tafur B. (2012). “Vivencias del profesional de enfermería, en el cuidado a personas en fase terminal, hospitales de Moyobamba - 2011”. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Facultad de Enfermería. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Amazonas. Pág. 8 – 10.

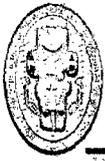
SITIOS EN RED:

11. Alva. C. (2007). “Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial”. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/3366.pdf>. Acceso 10/11/13.
12. CONHISREMI, Revista universitaria de investigación y diálogo académico, Vol. 5, No. 2, 2009. Disponible en: <http://conhisremi.edu.ve/pdf/ARTI66.pdf>. Acceso: 13/01/13.
13. Del Valle. (2012). “Envejecer en el Perú en el siglo XXI: prevenir o lamentar” <http://www.medicina.usmp.edu.pe/investigacion/2012/Congreso%20USMP%20ECNT%202012/Primer%20Dia/ENVEJECER%20EN%20EL%20PERU%20EN%20EL%20SIGLO%20XXI.pdf> acceso: 11/02/13.
14. Giraldo. E. (2009) “La entrevista semiestructurada como instrumento clave en investigación”. Disponible en: <Http://tesiscualitativa.blogspot.com/la-entrevista-semiestructurada-como.es/html>. Acceso el 05/12/12.
15. González. G & García L. (2011) “La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica”. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index/article>. Acceso: 23/11/12.
16. Hernández I. et al. (2001) “El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana”. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/v35n5/6582.pdf>. Acceso: 13/12/13.
17. INEI. (2007). Características de la población en el Perú. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/est.lib/libro01.pdf>. Acceso: 09/02/13.
18. INEI. (2000). “Relación de dependencia e índice de envejecimiento”. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0043/cap3-3.htm>. Acceso: 02/02/12.

19. INMERSO. (2005) "Guía de prestaciones para personas mayores y personas con discapacidad" Disponible en: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/mtas-libro.Blancodependencia-01.pdf>. acceso: 11/12/11.
20. Laserna, et al. (1997). "Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares- cuidadores de enfermos de Alzheimer" disponible en: <http://es.scribd.com/doc/81266599/alteraciones-emocionales-variables.moduladoras-En-Familiares-cuidadores-de-Enfermos-de-Alzheimer>. Acceso: 21/10/12.
21. León G, (1998) "Develando el ser de la enfermera de salud comunitaria" disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src.google&base=LILACS&.&nextAction=29315&indexSearch=ID>. Acceso: 17/02/13.
22. López M, López J, (2006). "El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa como mantener su bienestar". Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=0uaEKGQw5IC&p=PA19&lpg.PA19&dq=sancho+y+justel+1995+cuidado&source.bd0vcU>. Acceso: 25/02/13.
23. Macías. (2010). "Cuidados y necesidades del adulto mayor" disponible en: http://www.valledellili.org/sitiop/imag/stories/pdf/revista.FVL_26.pdf Acceso: 12/03/13.
24. MINSA. (2009). "Atención integral de salud de las personas adultas mayores". Disponible en: <http://www.minsa.salud.com.pe>. Acceso 05/98/12.
25. ONU, (2002). "Una Sociedad para todas las edades" Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpreskit/hechos.pdf>. Acceso: 25/01/13.
26. Pinto y Sánchez. (2006). "Bienestar del cuidador/ a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género" disponible en: <Http://www.rua.ua.es/dsp/bitstream/10045/24156/1/CC.33.11.pdf>. Acceso: 04/02/13.
27. Rodríguez et al. (1996). "Metodología de la investigación cualitativa". Disponible en: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=momentos%20de%201%20investigacion%20cualitativa%Fmetodologia-de-la-investigacion.cualitativa>. Acceso: 05 /01/13.

28. Ruiz, et. Al. (2006). En su investigación titulada “situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Dirección de Salud del Callao”. Disponible en:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online.pe/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=563978&indexSearch=ID>. Acceso: 05/09/12
29. Stuart H. (2002). “Los principales cambios en la etapa adulta”. Disponible en:
<http://www.google.com.pe/#hl=es=cambios+en+el+adulto+mayor+stuart.hamilton2002&oq=cambios+en+el+adulto+mayor+stuart+hamilton+2002>. Acceso: 20/02/13.
30. Waldow V. (1998). “El proceso de cuidar y ser cuidado”. disponible en:
<http://www.index.com.br/cuidando-de-si-del-outro-del-todo-para/002po.php>. Acceso: 22/03/13.
31. Ying Yang Perú. (2006) “Adulto Mayor: el manual del cuidador”. Disponible en:
http://www.yinyangperu.com/adulto_mayor_manual_del_cuidador_htmacceso:
Acceso: 19/03/13.

ANEXOS



ANEXO N° 01

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

Yo....., identificado(a)
con DNI N°, he sido informado(a) por la señorita Susi Sánchez
Muñoz, estudiante de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de
Amazonas, quien realiza un trabajo de investigación titulado **“Vivencias del cuidador
familiar directo, del adulto mayor dependiente. Asentamiento Humano Santo
Toribio de Mogrovejo. Chachapoyas - 2013”**, es por eso que:

1. Consiento libre y voluntariamente en relatar mis sentimientos como cuidador familiar de un adulto mayor dependiente.
2. Acepto que la investigadora Susi Sánchez Muñoz utilice la información que yo le otorgue, sin dar a conocer mi identidad.
3. Autorizo a la investigadora Susi Sánchez Muñoz, grabar nuestra conversación fijando de común acuerdo el día, hora y lugar donde se realizará la entrevista.

Firma del informante

Firma del investigador



ANEXO N° 02

FORMULARIO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

I. INTRODUCCIÓN

Reciba el cordial saludo de la estudiante de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Susi Marles Sánchez Muñoz, quien con mucho respeto se dirige a su persona para entrevistarle con el objetivo de ejecutar el proyecto de investigación titulado: “vivencias del cuidador familiar directo, del adulto mayor dependiente. Asentamiento Humano Santo Toribio de Mogrovejo. Chachapoyas - 2013”. Se le pide por favor que responda las interrogantes con sinceridad, respeto y seriedad. De antemano se le agradece por su apoyo.

II. INSTRUCCIONES

A continuación se le hará una pregunta dirigida referida al tema de investigación, responda a ella teniendo en cuenta su experiencia, sentimientos y de acuerdo a su criterio.

III. DATOS GENERALES

- **Edad:**
- **Sexo:**
- **Tiempo de cuidado:**

IV. PREGUNTAS ORIENTADORAS:

1. ¿Qué siente usted, cuidar a su familiar dependiente?
2. ¿Qué más?
3. ¿Qué más?