

PROGRAMA CHILE CUIDA

LINEA BASE DEL PROGRAMA

LÍNEA DE EVALUACIÓN DEL
PROGRAMA

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
CONTEXTO DEL PROGRAMA CHILE CUIDA	4
DIMENSIONES CONSIDERADAS EN LA LÍNEA BASE	7
DISEÑO METODOLÓGICO.....	11
RESULTADOS	12
CONCLUSIÓN.....	32
BIBLIOGRAFÍA	33

INTRODUCCIÓN

La Dirección Sociocultural de la Presidencia comenzó desde el año 2015 el trabajo de diseño e implementación de un Programa denominado Chile Cuida, programa que tiene como propósito mejorar la calidad de vida de personas mayores en condición de dependencia física o intelectual y sus cuidadoras/es familiares. El propósito anterior debería lograrse mediante la provisión de cuidados domiciliarios para las personas mayores y horas de *respiro* para sus cuidadores/as.

El programa fue llevado adelante a través de la Fundación de las Familias de la Dirección Sociocultural, y se eligió a la comuna de Peñalolén para la implementación de su fase piloto. El año 2016 el programa se extendió a otras cuatro comunas, estas fueron Recoleta, Santiago e Independencia en la Región Metropolitana y Rancagua en la VI Región.

El Programa Chile Cuida se generó como una respuesta práctica al problema de la dependencia y la sobrecarga de los cuidadores/as/as familiares que dicha dependencia acarrea en nuestro país, teniendo desde sus inicios la intención de contribuir a la futura construcción de un sistema nacional de cuidados.

Actualmente el programa tiene una cobertura general de 625 familias y permite emplear a 125 personas que han sido formadas en el oficio de Cuidador/a Formal y ejercen dicho oficio bajo la dependencia contractual de la Fundación de las Familias.

El presente informe constituye una línea base del momento de ingreso de las personas mayores y sus cuidadoras/es familiares al programa, especialmente en lo referente a las dimensiones de interés del programa y las variables que se relacionan con éstas. Por dimensiones de interés nos referimos específicamente a la sobrecarga de las y los cuidadores/as/as familiares y la dependencia en el caso de las personas mayores; se entiende igualmente que existen variables relacionadas con estas dimensiones, como enfermedades crónicas, el tiempo de cuidado dispensado, nivel educacional, nivel socioeconómico, etc.

De este modo, el informe tiene una estructura general que se desarrolla del siguiente modo: en una primera parte se entrega un contexto sobre la situación en que tiene nacimiento el programa Chile Cuida en nuestro país, en una segunda parte se desarrolla una justificación conceptual de las variables contenidas en el informe y en una tercera parte se analiza el material empírico que constituye la línea base propiamente tal.

CONTEXTO DEL PROGRAMA CHILE CUIDA

Los países de América Latina se encuentran atravesando en dos o tres décadas un proceso de envejecimiento que Europa tardó cerca de medio siglo en atravesar. Y en este contexto, Chile, junto a Uruguay y Argentina, aparecen como los países de envejecimiento más avanzado (Hardy, 2014). Pero el envejecimiento en sí mismo no resulta problemático, lo problemático es más bien el aumento en la prevalencia de la dependencia física e intelectual relacionada al envejecimiento y la baja en la proporción de cuidadores/as/as familiares.

Lo anterior se conoce como crisis de los cuidados (Acosta, 2015) y se expresa, básicamente, como el desequilibrio entre la demanda y la oferta de cuidados, es decir, el desequilibrio dado por el mayor número de personas dependientes que demandan cuidados especializados y la menor cantidad de personas y organizaciones que ofrecen provisión de cuidados.

La demanda de cuidados a personas con dependencia está conformada por una serie de variables, entre las cuales se cuenta:

- ✓ Envejecimiento poblacional
- ✓ Aumento de enfermedades crónicas o no transmisibles
- ✓ Mayor esperanza de vida

La oferta de cuidados, a su vez, está conformada por una serie de variables, entre las cuales se cuenta:

- ✓ Tasa de participación laboral femenina
- ✓ Número de integrantes por hogar
- ✓ Tasa de fertilidad
- ✓ Nivel de escolaridad de la población
- ✓ Exigencia de productividad

En cuanto a la **demanda de cuidados**, en nuestro país, particularmente, se asiste a un acelerado envejecimiento poblacional (11% de la población es persona mayor en relación a un 8% en América Latina y El Caribe, Banco Mundial 2015), una disminución significativa de las enfermedades transmisibles y un aumento de las enfermedades crónicas (de un 79% de muertes por enfermedades no transmisibles en 2000 a un 84% en el 2015) y un aumento ostensible de la esperanza de vida al nacer (de 57 años en 1960 a 81 en el 2015).

En cuanto a la **oferta de cuidados**, en Chile se ha observado igualmente una importante alza en la actividad laboral femenina (desde 30,5% en 1990 a 40,8% en 2014), una disminución de la tasa de fertilidad (Chile tenía una tasa de 5,1 nacimientos por mujer en 1960 y en 2014 dicha cifra se reduce a 1,8), los años de escolaridad promedio igualmente han aumentado de forma relevante (de 9 a 11 años entre 1990 y 2014, CASEN 2015), así como la actividad económica (se pasó de un 16,4% de

exportaciones de bienes y servicios como porcentaje del PIB en 1981 a un 30% en 2015) y las presiones por una mayor competitividad.

Los datos recién presentados nos hablan de un desequilibrio entre la oferta de cuidados y la demanda de los mismos, contexto en el cual los estados latinoamericanos, y especialmente los del cono sur del continente, se ven compelidos a buscar soluciones. Dichas soluciones pueden pasar por la puesta en marcha de servicios de atención a la dependencia de forma aislada, o integrados en sistemas nacionales de cuidados como es el caso de Uruguay. En cualquier caso, a la hora de implementar propuestas, los países latinoamericanos observan la experiencia de los países europeos como un referente, ya que éstos comenzaron a experimentar la denominada crisis de los cuidados durante la primera parte del siglo XX. Sin embargo, los países europeos, y especialmente los del norte de Europa, enfrentaron y enfrentan la mayor demanda por servicios de cuidado desde una situación financiera e institucional diferente.

En general, es posible observar **la condición en que los países enfrentan la crisis de los cuidados** a través de indicadores como el PIB per cápita, el gasto social como porcentaje del PIB y el gasto en salud como porcentaje del PIB. El problema en nuestro continente - y Chile no escapa de esta realidad - es que se encuentra en una posición financiera e institucional muy diferente a los países más desarrollados de cara a la implementación de servicios formales de cuidado. En promedio, el ingreso per cápita de Latinoamérica es el 23,6% de la media de las naciones más ricas (López-Matus y Cid Pedraza, 2014).

Chile, en particular, mostraba al 2014 un gasto en salud del 7,8% del PIB, mientras que al mismo año los países de la OCDE tenían un gasto promedio de 12,4% del PIB (Banco Mundial, 2014). Observando el gasto social público nos encontramos con una situación similar, nuestro país muestra un gasto del 11,2% de su PIB al 2016, mientras que el promedio del gasto social público en los países de la OCDE es de 21%. Por otra parte, al observar ingresos, Chile, que en esta materia destaca en el concierto latinoamericano, muestra un PIB per cápita de US23.366 al 2015, mientras que los países miembros de la OCDE muestran un PIB per cápita promedio de US40.587 entre sus países miembros.

En definitiva, el contexto se define por una crisis de los cuidados que se enfrenta desde condiciones financieras e institucionales debilitadas en relación a países desarrollados, a los cuales se mira como referente a la hora de pasar a la implementación de políticas o estrategias nacionales de cuidados. En lo concreto, nuestros países se ven en la necesidad de actuar frente a la crisis de los cuidados implementando sistemas integrados de servicios de cuidados a la dependencia, en condiciones de dificultad económica e institucional (falta de normativa que regule la provisión de servicios, normativa fragmentada, escases de organizaciones públicas y privadas que se orienten a la implementación de este tipo de servicios).

En efecto, los países de mayor desarrollo, quienes son a su vez los más aventajados en cuanto a la implementación de servicios de cuidados, han realizado una formalización progresiva de dichos servicios, con predominio general de los servicios de cuidados domiciliarios (Matus-López, 2015).

Los cuidados domiciliarios tienden a predominar principalmente por la preferencia de las familias y las personas con dependencia por recibir cuidados al interior de sus hogares (Jacobzone, 1999), así como por motivos de economía. De todas formas, un sistema nacional de cuidados debe ser capaz de integrar servicios de cuidados domiciliarios con residenciales, así como con prestaciones monetarias y de servicios especializados para las familias con personas dependientes.

En términos generales, los programas de cuidado domiciliario pueden clasificarse en cuatro tipos de acuerdo a la composición de su equipo técnico (Matus-López, 2014). Existe un primer tipo de programas de cuidados compuestos sólo por cuidadoras/es formales (I), existe luego un segundo tipo compuesto por cuidadoras/es más un técnico en enfermería (II), un tercer tipo se conforma por cuidadoras/es más un enfermero/a universitario/a (III) y un cuarto tipo se compone de cuidadoras/es más técnico en enfermería y enfermero/a universitario (IV). El programa Chile Cuida es del tipo II, pues su coordinación, a pesar de ser realizada por un profesional, no está dada necesariamente por un/a enfermero/a universitaria/o.

Se han realizado estimaciones de costo para cubrir con este tipo de programa de cuidados domiciliarios (II) a la totalidad de la población en condición de dependencia¹ (Ibid.). De acuerdo a estas estimaciones, al 2012 habría existido una población de adultos mayores dependientes de 336.874, donde un 72,4% estaría en condición de dependencia severa y un 27,6% en condición de dependencia moderada. Proyectando estos números, la provisión de un servicio de cuidados básicos con esta población para el 2020 alcanzaría los US1.616 anuales, lo cual representaría un 0,45% del PIB.

Es en este contexto que se generó un servicio de cuidados domiciliarios piloto denominado Chile Cuida, el cual tiene como propósito la puesta en práctica de un servicio de cuidados a personas dependientes con una intensidad alta para una población acotada a un grupo menor de comunas, esto a modo de generar conocimiento sobre la instalación de servicios de este tipo, intensidad de servicio, cobertura y costos en régimen regular.

El programa Chile Cuida, sin embargo, va más allá de un servicio de cuidados domiciliario básico, ya que incorpora un servicio de respiro a las/os cuidadoras/es familiares, propiciando además la creación de una fuente de empleos para personas que quieran aprender el oficio de Cuidador/a Formal y desempeñarse luego en el ámbito del cuidado a las personas dependientes.

El programa Chile Cuida se generó además como una iniciativa piloto capaz de generar conocimiento desde la práctica, contribuyendo así al futuro diseño e implementación de un sistema nacional de cuidados a la dependencia.

¹ Esto de acuerdo a la estimación de población de personas mayores dependientes de SENAMA (2010).

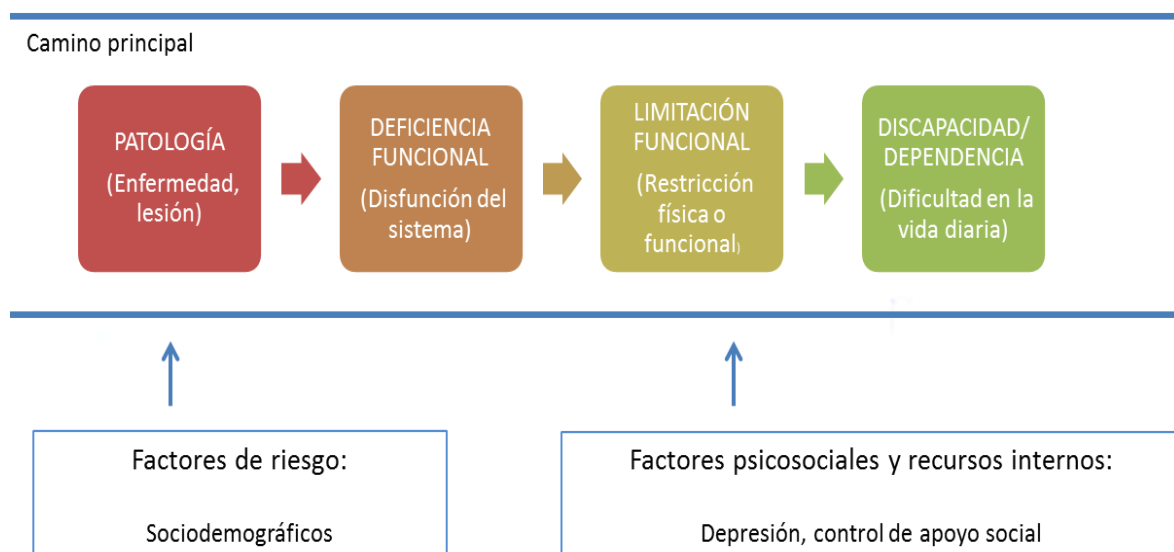
DIMENSIONES CONSIDERADAS EN LA LÍNEA BASE

La elaboración de una línea base tiene como propósito, la medición de un momento de ingreso al programa en las dimensiones o áreas de la vida de las personas usuarias que se consideran relevantes o estratégicas. La consideración de una dimensión como estratégica dice relación con el propósito de provocar una modificación en ella de acuerdo a los recursos que el programa dispone para aquello. En este sentido, el programa tiene dos dimensiones estratégicas, una de ellas es la sobrecarga del Cuidador/a Familiar y la segunda es la dependencia de las personas mayores. En concreto, la línea base tiene que representar un punto de referencia para la evaluación del avance del programa en torno a los objetivos del mismo. En este contexto, se vuelve importante observar los objetivos del programa.

TIPO DE OBJETIVO	OBJETIVO	INDICADOR (resultado esperado)
General	Mejorar la calidad de vida de cuidadoras/es familiares y de las personas mayores dependientes de cada una de las familias beneficiarias usuarias del programa	% de cuidadoras/es familiares y personas dependientes que mejoran significativamente su calidad de vida después de 6 meses de participación en el programa
Por componente de cuidados domiciliarios		
Resultado	Mantener los niveles de dependencia de las personas mayores en actividades básicas de la vida diaria	% de personas mayores mantienen su nivel de dependencia en 6 meses de intervención
Proceso	Cumplir con el número de jornadas de cuidado planificadas mensualmente por cada familia usuaria	% de jornadas de cuidado recibidas por las familias usuarias del programa
Por componente de Respiro		
Resultado	Disminuir el nivel de sobrecarga del Cuidador/a Familiar	% de cuidadoras/es familiares con reducción significativa de nivel de sobrecarga
Proceso	Propiciar la participación de la totalidad de los/as cuidadoras/es familiares en actividades de respiro	% de cuidadoras/es familiares principales que participan en al menos una actividad de respiro
Por componente de formación		
Resultado	Facilitar la formación y la ocupación laboral de mujeres que buscan un empleo	% de personas formadas por el Programa que son contratadas por el mismo para la ejecución de la función de Cuidador/a Formal

De acuerdo a la tabla presentada, se propone enfocar la línea base de acuerdo a dos objetivos de resultado, los que corresponden a los componentes cuidados domiciliarios y respiro. En este sentido, la medición debe orientarse hacia la condición de dependencia con que las personas mayores han ingresado al programa y el nivel de sobrecarga de sus cuidadores/as/as familiares.

Asimismo, hay una serie de otras variables que se encuentran relacionadas tanto con la situación de dependencia como con el nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar. En relación a la dependencia, puede ser de utilidad observar el modelo de discapacidad o *Disablement Models* (Nagi, 1964), el cual permite entender el flujo de continuidad entre las causas y los efectos de una discapacidad sufrida en las áreas funcionales de una persona, y en este sentido, delimitar el conjunto de variables que se encuentran relacionadas con el problema de la dependencia. El modelo en cuestión puede observarse en la siguiente imagen:



El *Disablement Models*, plantea un camino principal dado por la existencia de una patología, la cual puede ser explicada a través de la conjunción de ciertos factores de riesgo, patología que provoca una deficiencia funcional o disfunción de los sistemas corporales, lo cual resulta en ciertas limitaciones funcionales entendidas como restricciones en las actividades mentales y físicas básicas; el resultado final de este camino es la dependencia para la realización de las tareas básicas de la vida diaria. El aporte diferencial de este modelo está dado por explicitar la relación entre enfermedades o lesiones y la pérdida de capacidades funcionales resultantes en la dependencia de terceros para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

De este modo, la enfermedad aparece como la primera variable relevante a observar y en este sentido se ha realizado una clasificación de enfermedades en cuanto a su capacidad de predecir situaciones de dependencia (Garcés et Al., 2002), las enfermedades quedan agrupadas en:

- ✓ Trastornos mentales
- ✓ Enfermedades crónicas
- ✓ Enfermedades agudas con riesgo de cronificación
- ✓ Enfermedades degenerativas
- ✓ Enfermedades oncológicas
- ✓ Enfermedades congénitas
- ✓ VIH/SIDA

Luego, existe una serie de variables de carácter sociodemográfico que se pueden entender como factores de riesgo de la situación de dependencia (Carretero, Garcés y Ródenas, 2003; Family Caregiver Alliance, 2003), estas variables son las siguientes:

DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	
VARIABLE	RELACIÓN IDENTIFICADA
Edad	A mayor edad aumenta la probabilidad de dependencia
Sexo	Las mujeres tienden a mostrar mayor prevalencia de dependencia
Nivel de estudios	Las personas con dependencia tienden a mostrar un menor nivel de estudios
Estado civil	Las personas viudas tienden a mostrar una mayor probabilidad de sufrir dependencia
Nivel de ingresos	Un bajo nivel de ingresos económicos está relacionado con mayores niveles de dependencia

A este listado de variables se suma otra serie de variables de tipo psicosocial, éstas son:

DIMENSIÓN PSICOSOCIAL	
VARIABLE	RELACIÓN IDENTIFICADA
Baja maestría	Entendida como nivel de dominio de un oficio o actividad
Deterioro cognitivo	Asociado principalmente a demencia
Salud mental	Asociado principalmente a depresión
Salud autopercebida	La dependencia se asocia con mala calidad de salud autopercebida

Las variables anteriormente presentadas se relacionan entonces con la dependencia como problema físico, emocional y social. Asimismo, se ha identificado una serie de variables relacionadas con la probabilidad de una persona de desarrollar la función de Cuidador/a Familiar en el caso de tener a un integrante de la familia en condición de dependencia. En este sentido, las variables identificadas con una mayor probabilidad de llegar a ser Cuidador/a informal de una persona dependiente son las siguientes:

VARIABLE	RELACIÓN IDENTIFICADA
Vínculo familiar	Los familiares son quienes tienen mayor probabilidad de ser cuidador. Entre los integrantes de la familia son las esposas/os e hijas/os quienes muestran mayor probabilidad
Estado civil del cuidador/a informal	Las personas casadas tienen una mayor probabilidad de llegar a ser Cuidador/a informal
Sexo	El ser mujer se identifica con una mayor probabilidad de llegar a ser Cuidador/a informal
Edad del cuidador	Se ha identificado que las personas entre 45 y 65 años tienen mayor probabilidad de ser Cuidador/a informal
Nivel educativo	Se ha identificado que el bajo nivel de estudios aumenta las probabilidades de ser Cuidador/a informal
Situación laboral	La inactividad laboral se ha asociado con la función de Cuidador/a informal
Nivel económico	El bajo nivel socioeconómico se ha asociado con la función de Cuidador/a informal

De este modo, de acuerdo a la literatura, podemos delinear un cierto perfil del Cuidador/a familiar, quien tiende a ser familiar de la persona dependiente, principalmente hija o esposa/o, mujer, de edad madura, con bajo nivel educativo, en inactividad laboral y bajo nivel económico.

La tercera parte de este informe presenta los resultados obtenidos después del primer levantamiento de información del programa, esto en las variables que indican sobrecarga del Cuidador/a Familiar y dependencia de la Persona Mayor, además de las variables que se relacionan con ambas problemáticas, en el caso que se tenga información de éstas. La idea es entonces cotejar si la información empírica del programa se ajusta al perfil de persona dependiente y Cuidador/a familiar delineado recientemente.

DISEÑO METODOLÓGICO

Muestra

Los resultados entregados han sido elaborados a partir de una muestra probabilística, la cual considera un 95% de nivel de confianza y un 5% de error muestral, además de contemplar la máxima varianza poblacional. El universo muestral es de 625 casos, de acuerdo a los parámetros indicados se finalizó con una muestra representativa de 338 casos.

Operacionalización de variables

Las variables consideradas se indican en el siguiente cuadro de acuerdo a su dimensión de pertenencia.

DIMENSION	VARIABLE
Sobrecarga Cuidador/a familiar	Nivel de sobrecarga según puntaje Zarit
	Tiempo cuidando (en años)
	Cuidado de otras personas
	Número de integrantes de la familia
Dependencia	Nivel de dependencia según puntaje Barthel
	Enfermedad
	Años de dependencia
Factores de riesgo de dependencia	Edad
	Sexo
	Estado civil
	Nivel educativo
	Ingreso mensual familiar
Factores relacionados con el rol de Cuidador/a Familiar	Edad
	Sexo
	Estado civil
	Nivel educativo
	Parentesco

Fuente de información

La línea base ha sido elaborada a partir de información registrada por los profesionales de los equipos del programa Chile Cuida, información que se ha registrado mediante un formulario de Google Drive. La información registrada en estos formularios tiene como respaldo las carpetas familiares completadas por los equipos, las cuales se conforman a partir de una serie de instrumentos de caracterización y diagnóstico. Es el supervisor el encargado de aplicar cada instrumento, siendo luego el coordinador quien realiza la validación final de la información registrada.

La información registrada en las carpetas familiares es levantada desde el momento en que se toma contacto con la familia hasta 1 mes después de fechado el ingreso.

Plan de análisis

La información se analizará en dos niveles, estos son univariable y bivariable. A nivel univariado se contemplan las medidas de tendencia central, dispersión y resumen, mientras que a nivel bivariado se utilizarán tablas de contingencia, ANOVA y pruebas de inferencia como Chi Cuadrado, Phi y V de Cramer, además de coeficiente de Pearson para evaluar correlaciones.

El análisis se realiza utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22.0

RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIABLE

Factores de riesgo de dependencia

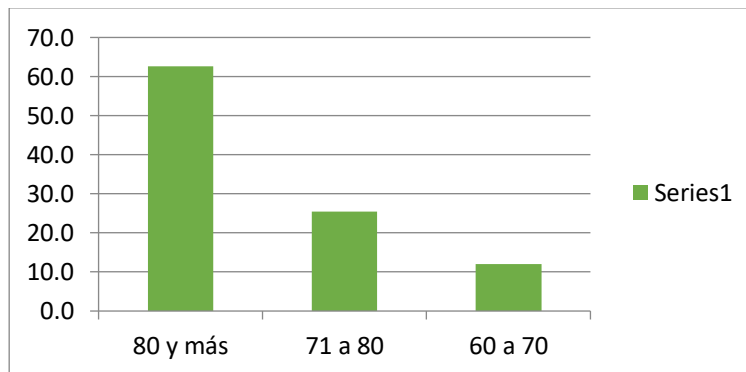
Las variables de la dimensión “Factores de riesgo de dependencia” se orientan principalmente a la descripción de la población de personas adultas mayores con dependencia. A continuación, presentaremos de forma descriptiva los resultados obtenidos en esta dimensión.

CARACTERIZACIÓN DE LA PERSONA MAYOR

Edad

La edad promedio de las personas mayores es de 82,7 años, la edad mínima de la muestra es de 62 años y la máxima de 103 años, siendo la amplitud de rango de 41 años. La distribución muestral de la edad se puede observar agrupada por tramos en el siguiente gráfico

Distribución según tramo etario de las personas mayores

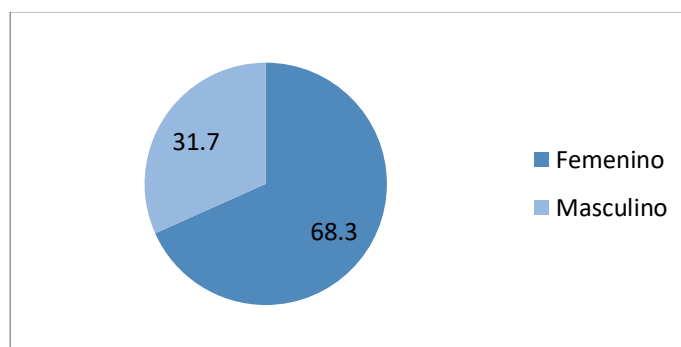


De acuerdo al gráfico es posible observar que la mayor parte de los participantes del programa tienen 80 años y más (sobrepasan el 60% de la muestra), seguido del grupo de 71 a 80 años (llegando al 25%).

Sexo

La distribución de la muestra de personas mayores según sexo se puede observar en el siguiente gráfico, de acuerdo a éste es posible destacar que la mayor parte de las personas mayores son mujeres (68,3%), siendo los hombres prácticamente un tercio de la muestra (31,7%).

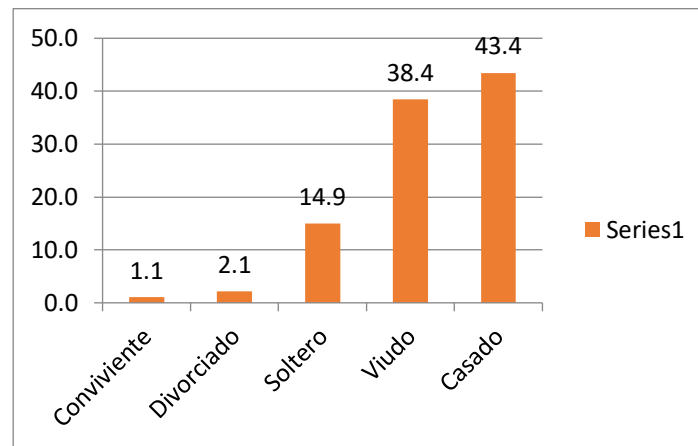
Distribución según sexo de las personas mayores



Estado civil

La distribución muestral según estado civil es posible de observarse en el siguiente gráfico. De acuerdo a dicho gráfico podemos destacar que la mayor parte de las personas mayores que participan en el programa son casados (31,2%), seguido de aquellos en condición de viudez (27,6%).

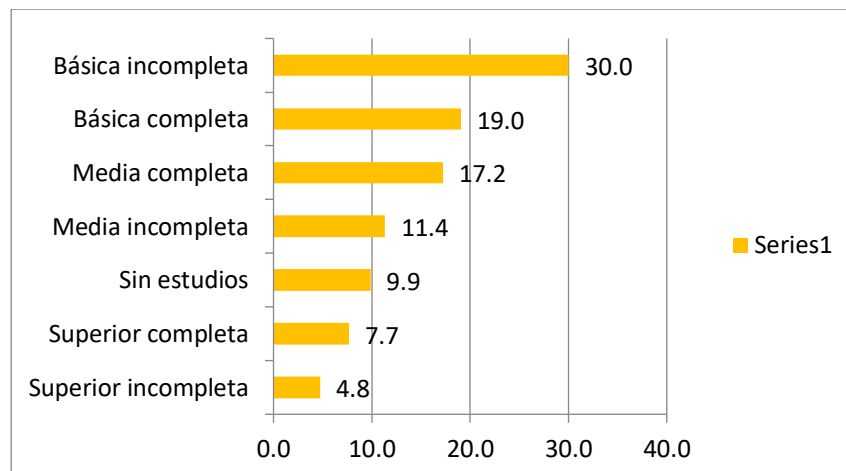
Distribución según estado civil de las personas mayores



Nivel educativo

La distribución de la muestra según nivel educativo puede observarse en el siguiente gráfico. De acuerdo a dicho gráfico, la mayor parte de las personas mayores participantes del programa no alcanza la educación básica completa (39,9%), mientras que un 58,9% no alcanza la educación media completa. Es igualmente importante destacar el 7,7% de la muestra que manifiesta tener educación superior completa.

Distribución según nivel educativo de las personas mayores



Ingreso mensual familiar

El ingreso promedio familiar reportado es de \$313.339, encontrándose un rango que va desde los \$50.000 como ingreso mínimo mensual a \$1.230.000 como ingreso máximo reportado. La mediana, sin embargo, es de \$280.000, lo cual indica que la mitad de la muestra tiene un ingreso mensual de menos de dicho número. La diferencia en la mediana y la media indican igualmente una asimetría positiva de la media, esto es, unos pocos casos con ingreso alto transforman a la media en un estadístico poco representativo. En este contexto es la mediana el estadístico más confiable. En términos de dispersión, es posible plantear que el 50% central de los casos observados tiene un ingreso mensual promedio que va desde los \$200.000 a los \$450.000.

De todas formas, al ser un dato auto-reportado en el marco de un programa social, cabe señalar la necesidad de complementar esta información con fuentes secundarias, idealmente Registro Social de Hogares.

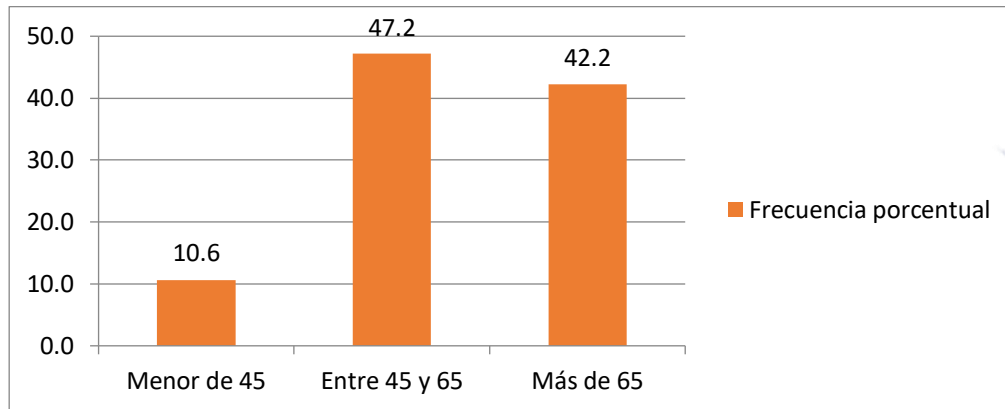
Factores relacionados con el rol de Cuidador/a Familiar

Los factores relacionados con una mayor probabilidad de llegar a desarrollar la labor de Cuidador/a Familiar, son variables que atañen precisamente a personas integrantes de la familia de las personas dependientes y personas cercanas a éstas, que llegan a establecerse como sus cuidadores/as informales. A continuación, revisaremos las variables que de acuerdo a la literatura especializada caracterizan con mayor probabilidad a las personas que desempeñan esta función.

Edad

La edad promedio de las/os cuidadoras/es familiares es de 59,7 años, siendo la edad mínima observada la de 24 años y la máxima de 93 años. La distribución de la edad de este grupo de acuerdo a tramos se puede observar en el siguiente gráfico. De acuerdo a dicho gráfico es posible destacar que la mayor parte de los cuidadores/as se encuentran en el tramo de edad que va desde los 45 a los 65 años, aunque seguido a poca distancia por el tramo que va desde los 65 años en adelante. El grupo menor de 45 años muestra una frecuencia ostensiblemente menor, superando levemente el 10% de la distribución.

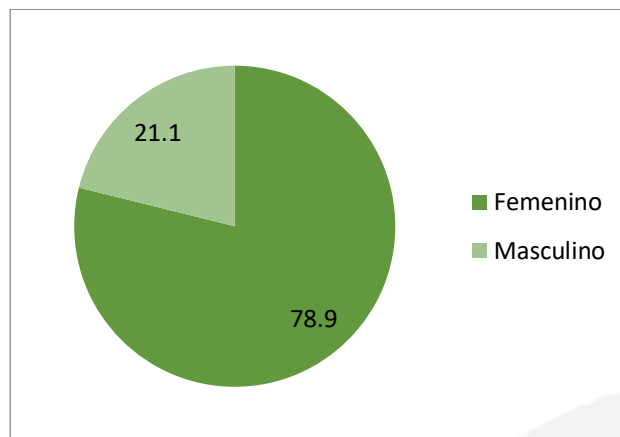
Distribución según tramo etario de los cuidadores/as/as familiares



Sexo

La distribución de la muestra de cuidadores/as/as familiares se puede observar en el siguiente gráfico. De acuerdo a dicho gráfico, es posible destacar que el 78,9 corresponde al sexo femenino. Menos de un cuarto de la muestra es de sexo masculino (21,1%).

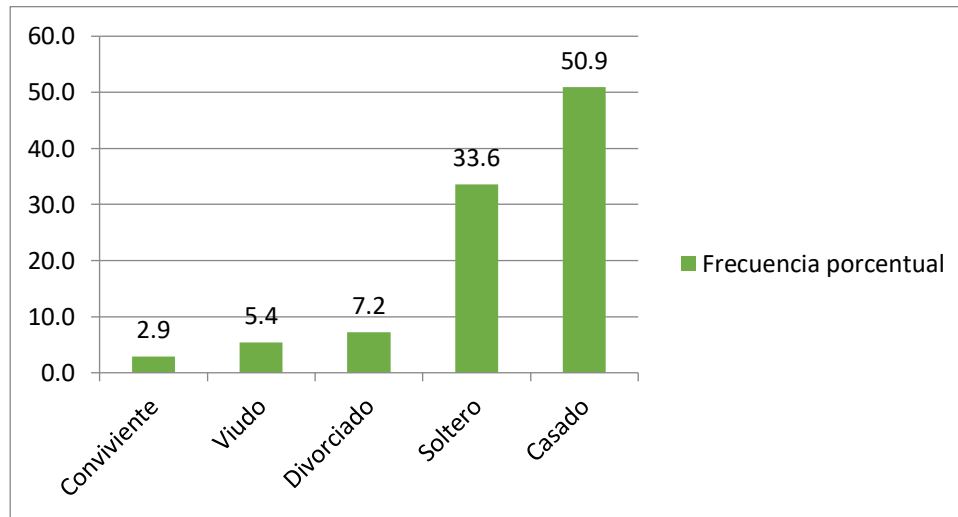
Distribución según sexo de los cuidadores/as/as familiares



Estado civil

El estado civil de las/os cuidadoras/es familiares puede observarse en el siguiente gráfico. Del gráfico, destaca el grupo de casados como el predominante en la distribución (50,9%), seguido por el grupo de personas solteras de (33,6%).

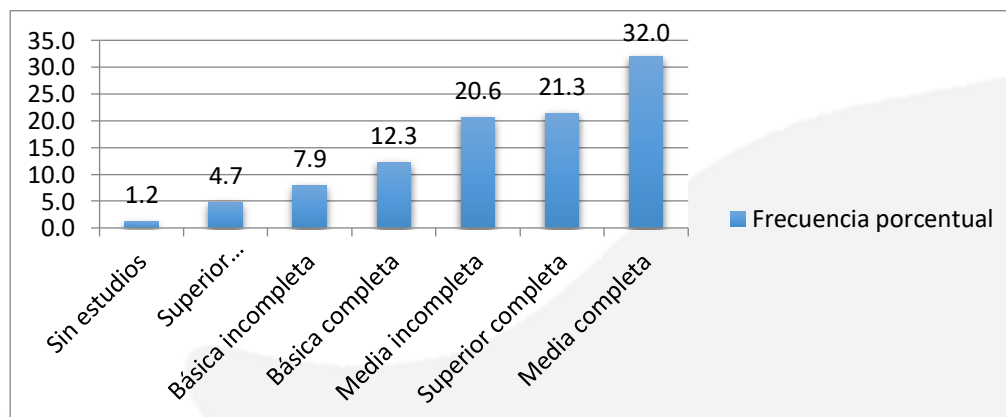
Distribución según estado civil de los cuidadores/as/as familiares



Nivel educacional

De acuerdo al gráfico siguiente, es posible observar que la mayor parte de los cuidadores/as/as familiares tiene educación media completa (32%). Sin embargo, es importante relevar que un 40,7% de este grupo no tiene la enseñanza media cumplida. Destaca igualmente el 21,3% de cuidadores/as/as familiares con enseñanza superior completa.

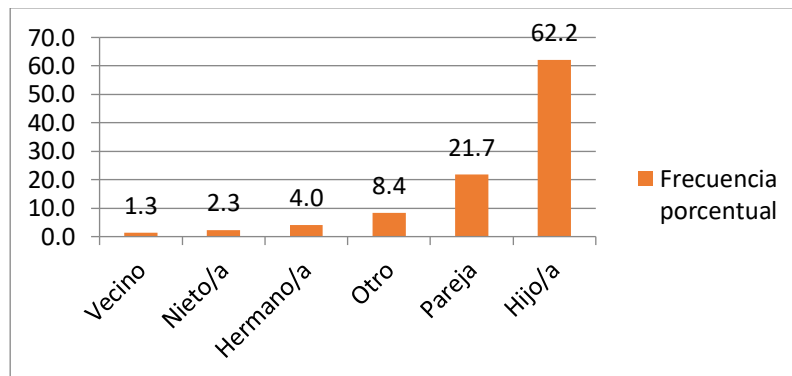
Distribución según nivel de educacional de los cuidadores/as/as familiares



Parentesco

De acuerdo al gráfico siguiente es posible observar la distribución de las/os cuidadores/as/as familiares según parentesco con la persona dependiente. De acuerdo a dicho gráfico, son los hijos/as los que predominan en la muestra (62,2%), seguido de la pareja (siendo o no casado). Cabe destacar el grupo de vecinos que desarrollan la labor de cuidador/a informal (1,3%).

Distribución según parentesco de la persona mayor con el cuidador/a familiar



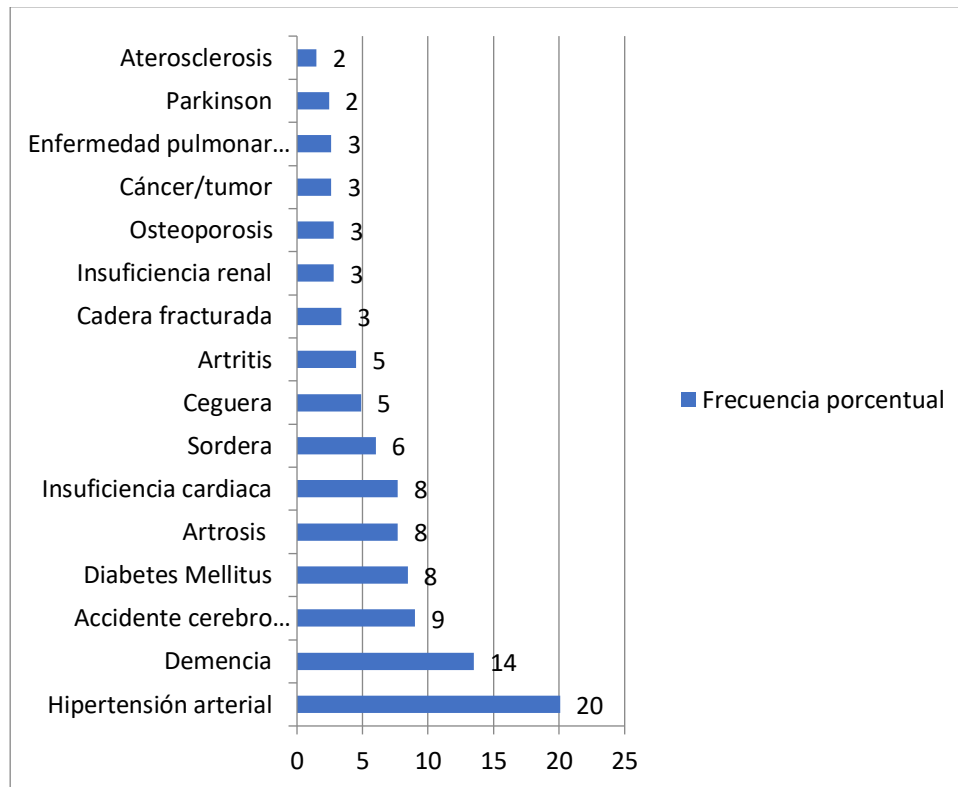
Dependencia

La dependencia se evalúa en la persona mayor principalmente a través de tres variables, estas son enfermedad sufrida, puntaje en escala Barthel y años de dependencia. En conjunto las tres variables pueden dar una medida de la complejidad del caso.

Enfermedad

La distribución de enfermedades padecidas por las personas mayores se puede observar en el siguiente gráfico. De acuerdo a este gráfico, es posible destacar que la hipertensión arterial es la enfermedad más frecuente (20%), seguida de la demencia (14%), mientras que el accidente cerebro vascular se encuentra en el tercer lugar de enfermedades más frecuentes (9%).

Distribución de enfermedades de las personas mayores



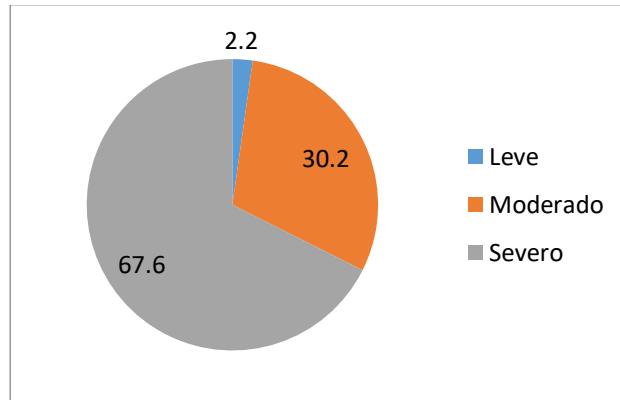
Algunas de las enfermedades indicadas en el gráfico anterior pueden ser sufridas en simultáneo. En promedio, una persona participante del programa tiene 3,4 enfermedades de las indicadas en el gráfico, mientras que el 50% de los casos tiene entre 2 y 4 enfermedades. Existe un 10% de casos que presenta entre 6 y 11 enfermedades simultáneas.

Calificación en escala Barthel

El puntaje promedio obtenido en la escala Barthel es de 24,5 puntos, en un rango que va desde los 0 a los 100 puntos, donde 100 significa independencia total y 0 dependencia total. De acuerdo a los tramos de clasificación del instrumento, es posible plantear que la media de los participantes del programa se encuentra en dependencia severa.

Luego, la dependencia se puede observar de acuerdo a una clasificación según tramos de puntaje. El siguiente gráfico permite observar dicha clasificación.

Distribución según nivel de dependencia de las personas mayores

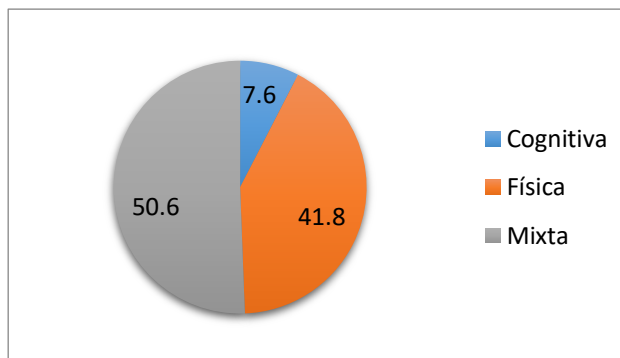


De acuerdo al gráfico es posible observar que el 67,6% de las personas mayores ingresa al programa en condición de dependencia severa, mientras que el 30,2% lo hace en condición de moderado. Existe un 2,2% en condición de dependencia leve, grupo que ha sido diagnosticado con una demencia en estado inicial y que necesita ser intervenido tempranamente a modo de ralentizar el avance de dicha patología.

Tipo de dependencia

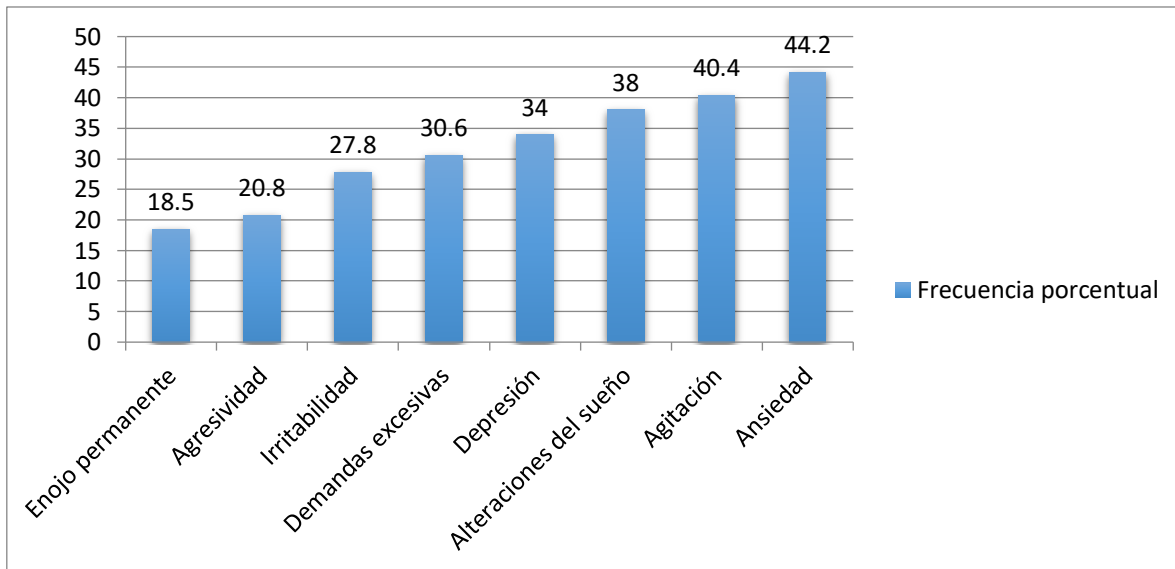
El tipo de dependencia padecido por las personas mayores participantes del programa es posible de observarse de acuerdo al siguiente gráfico. De acuerdo a dicho gráfico, el 50,6% tiene una dependencia mixta, esto es física y cognitiva, grupo seguido de 41,8% que tiene sólo dependencia física.

Distribución según tipo de dependencia de las personas mayores



De acuerdo al gráfico siguiente, es posible observar que, en términos de problemas de salud mental, la ansiedad tiende a predominar (un 44,2% de las personas mayores presenta problemas de ansiedad al momento de ingresar al programa), seguido de agitación (40,4%) y alteraciones del sueño (38%).

Distribución según problemas de salud mental de las personas mayores



Sobrecarga del cuidador/a familiar

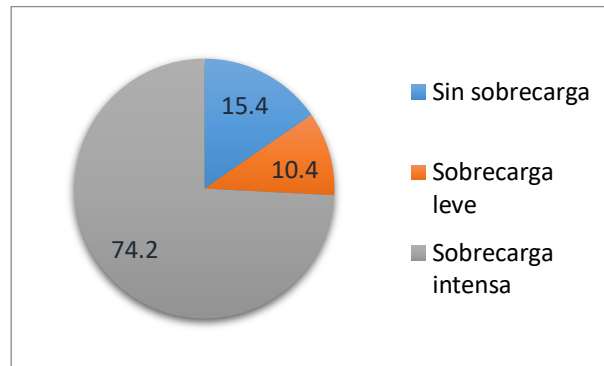
El nivel de sobrecarga se evalúa al momento del ingreso al programa y atañe específicamente al cuidador/a familiar. Las variables con las cuales se observa la sobrecarga son principalmente: puntaje en escala Zarit, tiempo cuidando, cuidado de otras personas y número de integrantes de la familia.

Puntaje en escala Zarit

El puntaje promedio en la escala Zarit de sobrecarga del cuidador/a familiar, es de 54,9 al momento del ingreso de las familias al programa, en un rango que va desde los 0 a los 88 puntos, donde 0 es ausencia de sobrecarga y 88 máxima sobrecarga. De acuerdo a la clasificación que se realiza de los puntajes obtenidos en bruto, la población del programa Chile Cuida se encontraría en el nivel de sobrecarga intensa.

El puntaje Zarit agrupado según tramos de puntaje se encuentra en el siguiente gráfico. De acuerdo a dicho gráfico es posible observar que el 74,2% de las/os cuidadores/as/as familiares presentan sobrecarga intensa al momento de su ingreso al programa, mientras que un 10,4% presenta sobrecarga leve.

Distribución según nivel de sobrecarga del cuidador/a familiar



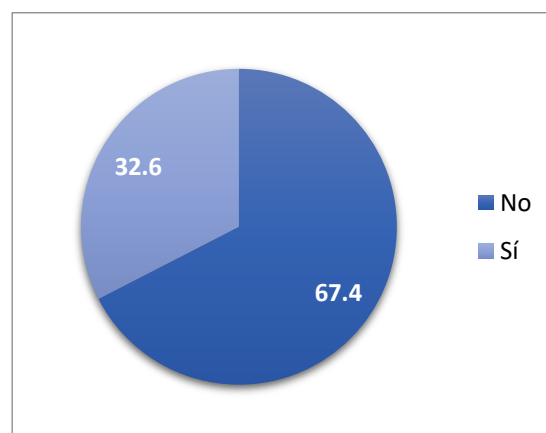
Tiempo cuidando

El tiempo promedio de años cuidando de los/as cuidadores/as/as familiares de la muestra es de 6,8 años. El rango de años de cuidado va desde 1 año a los 36 años. El 50% central de las personas que cuida ha estado desempeñando dicha labor informalmente entre 3 y 9 años.

Cuidado de otras personas

Muchos de los cuidadores/as cuidan además de la Persona Mayor participante del programa, a otras personas de la familia. De acuerdo al gráfico siguiente es posible observar que un 32,6% de los cuidadores/as/as familiares cuida a otra persona además de la Persona Mayor, mientras que un 67,4% sólo cuida a la Persona Mayor participante del programa.

Distribución según cuida o no a otras personas el Cuidador/a familiar



Número de integrantes de la familia

El número de integrantes de la familia da una medida del apoyo con que podría contar el Cuidador/a familiar al interior de su familia de la Persona Mayor.

En este contexto, se destaca que el número promedio de integrantes de las familias que participan en el programa es de 4 personas, mientras que el 50% central de las familias tiene entre 2 y 5 integrantes. Existe igualmente un 10% de familias que tiene desde 6 a 15 integrantes, mientras que el 25% de familias de menor tamaño tienen entre 1 y 2 integrantes.

Conclusión de la fase descriptiva

En este documento, al momento de justificarse las variables desarrolladas en la línea base, se presentó una caracterización de las dos principales poblaciones del programa, cuáles son las personas mayores y sus cuidadores/as/as familiares, de acuerdo a revisión de bibliografía especializada. Habiendo desarrollado la fase descriptiva estamos en condiciones de observar si la población del programa Chile Cuida se asemeja a la población beneficiaria de este tipo de programas de acuerdo a la revisión bibliográfica. Para esto es de utilidad continuar con el cuadro anteriormente presentado, pero esta vez sumándole una columna de cotejo.

DIMENSION	VARIABLE	COTEJO EMPÍRICO	CUMPLE
Sobrecarga Cuidador/a familiar	Nivel de sobrecarga según puntaje Zarit	Mayor parte de la muestra presenta sobrecarga intensa (74,2%)	✓
	Tiempo cuidando (en años)	El promedio de tiempo cuidando es de 6,8 años	✓
	Cuidado de otras personas	Un poco más de un tercio de la muestra cuida a otras personas (32,6)	X
	Número de integrantes de la familia	La media de integrantes del grupo familiar es de 4 integrantes, por lo cual, en teoría, el Cuidador/a familiar debiese tener apoyo en su labor de cuidados	X
Dependencia	Nivel de dependencia según puntaje Barthel	La mayor parte de la muestra tiene un nivel de dependencia severo (67,6%)	✓

	Enfermedad	El 100% de los casos tiene una enfermedad crónica a la base, las enfermedades crónicas y mentales son las de mayor frecuencia. En promedio, cada participante del programa tiene 3,4 enfermedades	✓
Factores de riesgo de dependencia	Edad	La mayor parte de las personas mayores se agrupa en el tramo de edad de 80 y más años	✓
	Sexo	La mayor parte de las personas mayores es de sexo femenino	✓
	Estado civil	La mayor parte de las personas mayores son casados (43,4%), seguido de cerca por el grupo en condición de viudez (38,4%)	+/-
	Nivel educativo	La mayor parte de las personas mayores tienen un bajo nivel educativo (58,9% no tiene educación media completa)	✓
	Ingreso mensual familiar	Las familias a las que pertenecen las personas mayores tienen un ingreso económico bajo, considerando el ingreso mensual promedio y el número promedio de habitantes, las familias contarían con un per cápita mensual de \$78.335	✓
	Factores relacionados con el rol de cuidador/a	Edad	El grupo mayoritario de cuidadores/as/as familiares se encuentra en el rango que va entre los 45 y los 65 años (47,2%), tal cual se observa en la bibliografía
Sexo		La mayor parte de los cuidadores/as/as familiares son de sexo femenino (78,9%)	✓
Estado civil		La mayor parte de los/as cuidadores/as/as familiares son casados (50,9%), tal cual ocurre a nivel internacional	✓
Nivel educativo		Las personas que se dedican al cuidado informal tienden a mostrar un bajo nivel educacional (40,7% no tiene enseñanza media cumplida)	✓
Parentesco		La mayor parte de las/os cuidadoras/es familiares son hijas/os (62,2%) o parejas (21,7%), al igual que se observa en la bibliografía especializada	✓

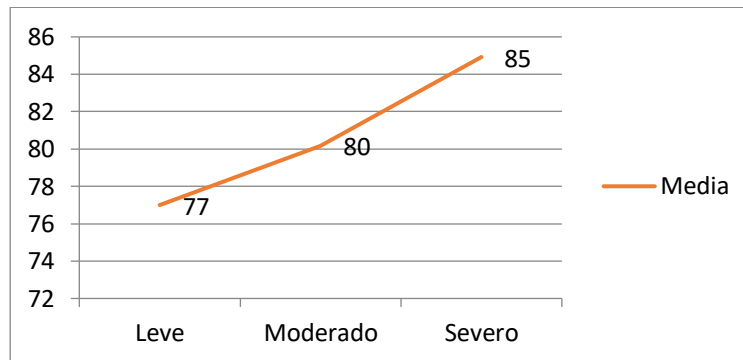
Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS BIVARIADO

Variables asociadas con dependencia

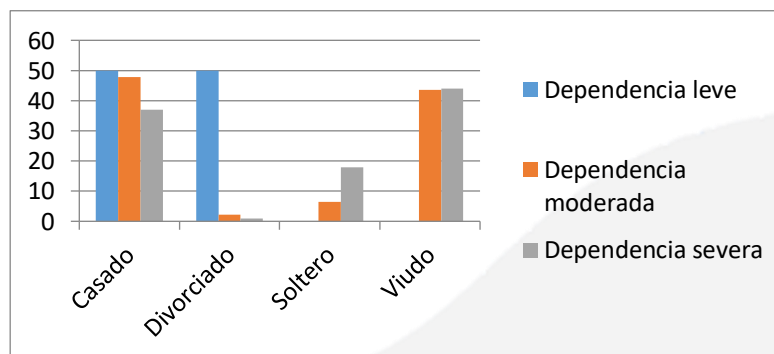
El propósito de este apartado es indagar en la relación entre algunas de las variables revisadas con el problema de la dependencia. En este contexto, la primera pregunta que surge es por la relación entre la edad y el nivel de dependencia. En el siguiente gráfico puede observarse la media de edad de los adultos mayores de acuerdo a nivel de dependencia, donde es posible destacar que la severidad de la dependencia aumenta con la edad. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas².

Edad de la Persona Mayor según nivel de dependencia



Luego, es posible preguntarnos si el nivel de dependencia está relacionado con el estado civil. El siguiente gráfico permite observar la relación entre ambas variables, de aquí se destaca la mayor frecuencia de personas mayores en condición de dependencia severa que son viudos. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas³.

Estado civil de la Persona Mayor según nivel de dependencia



² Prueba ANOVA (P<0,05)

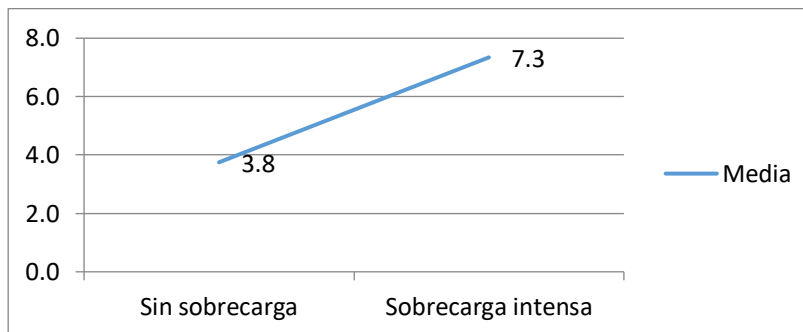
³ Prueba Chi Cuadrado (p<0,05)

El resto de las variables observadas en el documento no muestran relación estadísticamente significativa con el nivel de dependencia, esto es variables como sexo, nivel de educación o número de enfermedades.

Variables asociadas con sobrecarga del Cuidador/a familiar

El propósito de este apartado es identificar las variables que tienen relación con el nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar. En este contexto, es posible preguntarse si el nivel de sobrecarga está asociado con el tiempo que la persona ha permanecido cuidando. De acuerdo al gráfico, es posible observar que la sobrecarga aumenta a mayor número de años cuidando, mostrando el grupo con sobrecarga intensa una media de 7,3 años de cuidado, mientras que el grupo sin sobrecarga muestra una media de 3,8 años cuidando. Las diferencias observadas se muestran como estadísticamente significativas⁴.

Número de años cuidando según nivel de sobrecarga del cuidador/a familiar

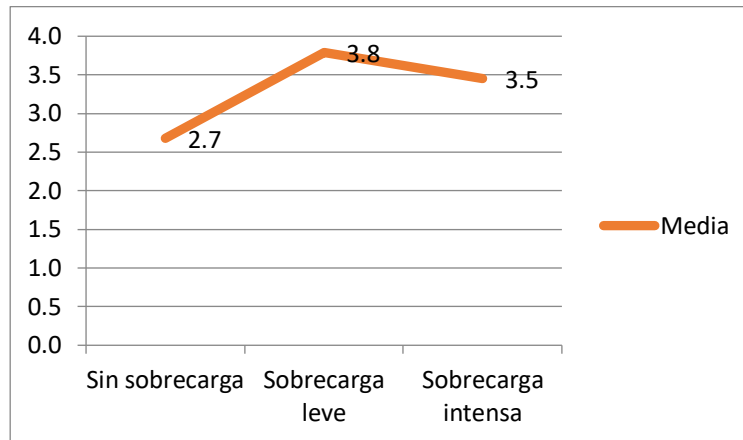


Igualmente es posible observar asociación entre el número de enfermedades que padece la persona mayor y el nivel de sobrecarga de su Cuidador/a familiar. De acuerdo al siguiente gráfico es posible observar que el grupo con sobrecarga leve cuida a un grupo de personas mayores con mayor promedio de enfermedades. La media de enfermedades de las personas mayores del grupo de cuidadores/as/as con sobrecarga leve es ostensible menor. Las diferencias son estadísticamente significativas⁵.

⁴ Prueba T de Student para grupos independientes ($p < 0,05$)

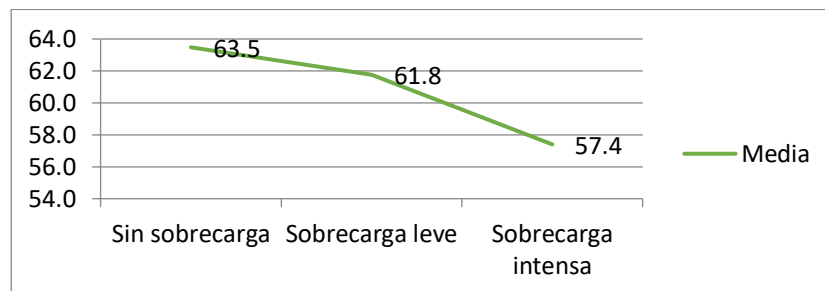
⁵ Prueba ANOVA ($p < 0,05$)

Número de enfermedades de la Persona Mayor según nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar



Luego, es posible observar asociación entre la edad del Cuidador/a Familiar y su nivel de sobrecarga, donde a menor edad se presenta un mayor nivel de sobrecarga. Las diferencias son estadísticamente significativas⁶.

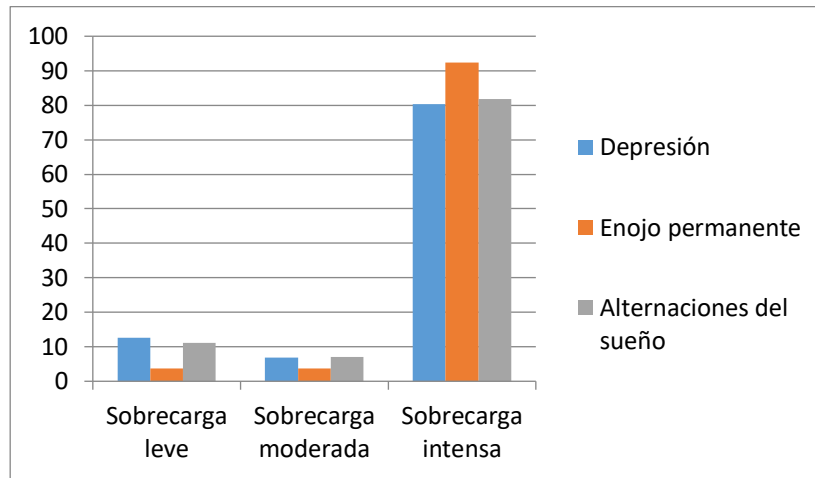
Edad del Cuidador/a Familiar según nivel de sobrecarga de éste



En relación a las patologías de salud mental de la Persona Mayor, las que muestran relación estadísticamente significativa con la sobrecarga del Cuidador/a familiar son las aparecidas en el siguiente gráfico, estas son: depresión de la Persona Mayor, enojo permanente o alteraciones del sueño, y entre estas especialmente el enojo permanente y las alteraciones del sueño.

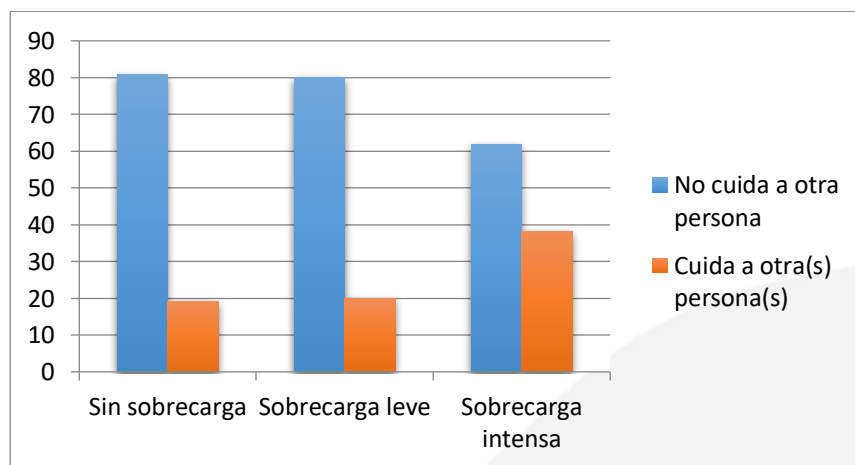
⁶ Prueba ANOVA ($p < 0,05$)

Problemas de salud mental de la Persona Mayor según nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar



En relación a si el Cuidador/a familiar cuida o no a otra persona, el siguiente gráfico permite observar diferencias estadísticamente significativas⁷ en el nivel de sobrecarga, entre quienes cuidan a otras personas y quienes no lo hacen.

Nivel de sobrecarga del Cuidador/a Familiar según cuida o no a otra persona



⁷ Prueba Chi Cuadrado y Phi y V de Cramer ($p < 0,05$)

Otras variables como la agresividad, ansiedad, agitación e irritabilidad en la Persona Mayor no muestran relación con el nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar.

Análisis de correlaciones

De acuerdo a un análisis de correlaciones⁸, es posible observar en el siguiente cuadro con su respectivo nivel de significación. Se presenta solamente información de las variables que presentan una correlación estadísticamente significativa.

CORRELACIÓN	NIVEL DE SIGNIFICACIÓN
A mayor edad de la Persona Mayor es mayor la edad de su Cuidador/a familiar	★ ★
A mayor edad de la Persona Mayor, aumenta la cantidad de prestaciones de cuidados que las familias le demandan al programa	★
A mayor cantidad de años cuidando es mayor el puntaje en escala Zarit, es decir intensidad de la sobrecarga	★
A mayor edad del Cuidador/a familiar disminuye la cantidad de integrantes del grupo familiar	★ ★
A menor número de integrantes del grupo familiar, aumenta el nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar (puntaje Zarit)	★
A menor nivel de ingresos económicos aumenta el nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar (puntaje Zarit)	★ ★
A menor puntaje en el Registro Social de Hogares aumenta el nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar	★
A mayor número de problemas de salud mental de la Persona Mayor, mayor es el número de prestaciones de cuidado que solicita su Cuidador/a Familiar	★ ★

★ La correlación es significativa al 0,05

⁸ Coeficiente de correlaciones de Pearson

★★ La correlación es significativa al 0,01

Conclusión de análisis bivariado

De acuerdo a lo revisado en el análisis bivariado es posible identificar la relación entre una serie de variables contenidas en la fase descriptiva, las cuales nos pueden llevar a configurar un perfil más preciso de los sujetos de atención, tanto de las personas mayores como de sus cuidadores/as/as familiares, al momento del ingreso al programa. El siguiente cuadro permite resumir las relaciones estadísticamente significativas ya presentadas.

VARIABLES RELACIONADAS	DATO
A mayor edad aumenta el nivel de dependencia de la Persona Mayor	Grupo en dependencia leve tiene una media de 77 años y el grupo en dependencia severa de 85 años
El grupo de personas mayores casado y en viudez tiende a mostrar mayores niveles de dependencia	Grupo en condición de viudez tiene sobre un 40% de AM en condición de dependencia severa
A mayor cantidad de años cuidando es mayor el nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar	Cuidador con sobrecarga leve a cuidado en promedio 3,8 años, mientras que el de sobrecarga intensa ha cuidado en promedio 7,3 años
A mayor número de enfermedades de la Persona Mayor es mayor el nivel de sobrecarga de su Cuidador/a familiar	Cuidadores/as sin sobrecarga cuidan a una Persona Mayor que tiene en promedio 2,7 enfermedades, mientras que el grupo con sobrecarga intensa a un grupo de personas mayores con 3,5 enfermedades en promedio
A menor edad del Cuidador/a familiar es mayor su nivel de sobrecarga	El grupo de cuidadores/as sin sobrecarga tiene en promedio 63,5 años, mientras que el grupo con sobrecarga intensa tiene en promedio 57,4 años
Los estados depresivos, las alteraciones del sueño y el enojo permanente en las personas mayores están asociados con un mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores/as informales	El grupo con sobrecarga intensa cuida a personas mayores que en más de un 80% de los casos muestran depresión, alteraciones del sueño y enojo permanente

A mayor edad de la Persona Mayor es mayor la edad de su Cuidador/a familiar	Significación al 0,01 ⁹
A mayor edad de la Persona Mayor, aumenta la cantidad de prestaciones de cuidados que las familias le demandan al programa	Significación al 0,05
A mayor cantidad de años cuidando es mayor el puntaje en escala Zarit, es decir intensidad de la sobrecarga	Significación al 0,05
A mayor edad del Cuidador/a familiar disminuye la cantidad de integrantes del grupo familiar	Significación al 0,01
A menor número de integrantes del grupo familiar, aumenta el nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar (puntaje Zarit)	Significación al 0,05
A menor nivel de ingresos económicos aumenta el nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar (puntaje Zarit)	Significación al 0,01
A menor puntaje en el Registro Social de Hogares aumenta el nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar	Significación al 0,01
A mayor número de problemas de salud mental de la Persona Mayor, mayor es el número de prestaciones de cuidado que solicita su Cuidador/a Familiar	Significación al 0,01

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a este cuadro es posible observar que existe relación entre variables propias del Cuidador/a familiar y de la Persona Mayor. Especialmente, de las variables identificadas, existe un número relevante que parece tener incidencia en el nivel de sobrecarga del Cuidador/a familiar. El conocimiento de estas variables nos permite perfilar al Cuidador/a informal, esto a modo de generar espacios terapéuticos propicios para el alivio de su sobrecarga.

⁹ La significación estadística se refiere a la probabilidad de que las diferencias entre distribuciones sean debidas al azar. En este caso, una significación del 0,01, permite plantear con un 99% de certeza que las distribuciones observadas en la muestra se dan en el universo muestral.

CONCLUSIÓN

En el presente informe se intentaron dos objetivos, el primero de ellos fue estimar la condición de dependencia de las personas mayores participante del programa Chile Cuida y el nivel de sobrecarga de su Cuidador/a familiar informal al momento de su ingreso al programa. El segundo objetivo fue caracterizar a ambos grupos en relación a variables que de acuerdo a la literatura especializada se encuentran relacionadas con la dependencia y la sobrecarga del cuidador.

En relación al primer objetivo es posible concluir que las personas mayores ingresan en su mayor parte al programa con un nivel de dependencia severo (67,6%), y que esta situación se puede igualmente constatar en la simultaneidad de enfermedades que padecen (3,4 en promedio) y en el porcentaje de personas mayores con dependencia mixta, esto es cognitiva y física (50,6%). De todas maneras, es importante relevar que existe un grupo relevante de personas mayores en condición de dependencia moderada (30,2%), con el cual es importante plantearse objetivos preventivos, esto es que permitan ralentizar el avance de la dependencia y mantener cierta independencia en la funcionalidad básica.

En cuanto a los cuidadores/as/as familiares, éstos ingresan al programa mayoritariamente en condición de sobrecarga severa (74,2%). Igualmente existe un grupo de cuidadores/as sin sobrecarga (15,4%) y con sobrecarga leve (10,4%), los cuales pueden igualmente ser abordados en términos preventivos y formativos, esto es desde espacios recreativos más que terapéuticos y mediante la enseñanza de técnicas y procedimientos para la realización de un mejor cuidado a sus personas dependientes. La sobrecarga es precisamente la sensación de falta de herramientas personales, para encarar una tarea que se evalúa excesivamente demandante.

En relación al objetivo de caracterización es posible identificar el perfil de la Persona Mayor participante, perfil que está configurado por varias patologías simultáneas a la base, con una gran cantidad de problemas de salud mental como enojo permanente, depresión y alteraciones del sueño, relacionadas con dependencia mixta, predominantemente octogenario, de sexo femenino y con bajo nivel educacional e ingresos económicos.

En relación al grupo de cuidadores/as/as familiares, destaca, además de su alto nivel de sobrecarga, el encontrarse en edad madura (entre 45 y 65 años), de sexo femenino, bajo nivel educacional y nivel socioeconómico. Este grupo además ve aumentado su nivel de sobrecarga con el menor número de integrantes de su grupo familiar, el cuidado de otras personas y su bajo nivel de ingresos económicos.

Este documento ha pretendido elaborar un parámetro de comparación con futuras mediciones. El objetivo del programa es entregar un informe de avance en relación a sus objetivos estratégicos una vez que las comunas hayan cumplido un año de intervención en régimen. Queda el desafío de incorporar en una medición base aspectos relacionados con la autonomía y la capacidad de decidir sobre la propia vida, esto en el contexto de un servicio de cuidados que está orientado por el Modelo de Atención Centrado en la Persona.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, E. 2015. *Cuidados en crisis: mujeres migrantes hacia España y Chile*. Deusto: España

Banco Mundial, Banco de Datos de Libre Acceso: <http://datos.bancomundial.org/>. Consultado entre el 10 y el 15 de abril del 2017

Carretero, S.; Garcés Ferrer, J.; Ródenas Rigla, F. 2003. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial.

Family Caregiver Alliance (2003). *Fact Sheet: Women and Caregiving: Facts and Figures*. San Francisco, CA: Family Caregiver Alliance.

Garcés, J.; Zafra, E.; Ródenas, F. y Megía, M^a.J. (2002). *Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES).

Hardy, C. 2014. *Estratificación Social en América Latina: retos de cohesión social*. LOM: Santiago de Chile

Jacobzone, S. (1999). *Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives - Occasional Papers n° 38*. Paris: OECD, Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs, Labour Market and Social Policy.

Matus-López M, Cid Pedraza C. Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012–2020. *Rev. Panamericana de Salud Pública*. 2014; 36(1):31–6.

Matus-lópez M. Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América latina. *Salud colectiva*. 2015; 11(4): 485-496.

Matus-López, M.; Modroño, P. Presiones de oferta y demanda sobre políticas formales de cuidados en Latinoamérica. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, No. 60, Oct. 2014, pp. 103-130

Ministerio de Desarrollo Social. 2015. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN. Santiago de Chile

Nagi, S. (1964) A study in the evaluation of disability and rehabilitation potential: concepts, methods and procedures. *American Journal of Public Health*, No. 54: 1568-1579.

Newman, S. (2002). *Insuring your future: what caregivers need to know about longterm care insurance*. San Francisco: Family Caregiver Alliance, National Center on Caregiving.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Luis Sarmiento Loayza Dirección Sociocultural de la Presidencia	Rosa Neira Wlach Dirección Sociocultural de la Presidencia	Paula Forttes Valdivia Directora, DSC de la Presidencia
Fecha Abril 2017	Fecha Abril 2017	Fecha Abril 2017
Fecha de entrada en vigencia: Fecha Octubre 2016		