



Facultad de Medicina Hipólito Unanue/Escuela de Enfermería

**SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR
DEPENDIENTE EN CONSULTORIO EXTERNO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE SETIEMBRE – OCTUBRE 2018.**

Tesis para optar el título profesional de Licenciada de Enfermería

AUTORA

Inga Toribio, Clara Pamela

ASESORA

Mg. Dolmos Fernández, Edith

JURADO

Dra.Alva Saavedra Graciela

Mag.Atuncar Tasayco Urbano

Mag.Galarza Soto Karla

Lic.Zelada Loyola Ledda

Lima – Perú

2019

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres y familiares que estuvieron presente en todo momento durante estos años, brindándome su apoyo incondicional para poder alcanzar cada una de mis objetivos.

También lo dedico a mi abuelita Teodora, quien hoy en día no puede estar conmigo a mi lado viendo todo lo que he logrado pero que es mi ángel desde el cielo.

Agradecimiento

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres y mi hermano por su incondicional y permanente apoyo, por la confianza brindada siempre.

A mis tíos por haberme brindado su apoyo en todo momento.

A mi asesora Eddy Dolmos por dar recomendaciones y orientarme sobre mi tema a investigar.

A mis docentes por haberme transmitido sus conocimientos a lo largos de todos estos años, ayudándome a forjarme como profesional y a todas las personas maravillosa que conocí en esta carrera.

Resumen

El envejecimiento es un proceso que atraviesa toda la vida. En la actualidad a nivel nacional e internacional este proceso se ha acelerado produciendo un aumento de la población adulta mayor, el cual generalmente atraviesa esta etapa con alguna limitación o discapacidad producida por una patología lo que conlleva a un grado de dependencia; acá es donde sale a tallar el cuidador informal o familiar, siendo esta la persona quien asume el cuidado del adulto mayor dependiente lo cual por la exigencia que demanda el cuidado se encuentra en riesgo de sufrir sobrecarga. El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de sobrecarga y las características sociodemográficas de los cuidadores familiares de un adulto mayor dependiente que asiste al consultorio de externo de geriatría de HNHU. El estudio fue de corte transversal, descriptivo y cuantitativo, la muestra conformada por 40 cuidadores los cuales respondieron un cuestionario de información general y además se usó la escala de Zarit. Los resultados obtenidos al análisis de la sobrecarga de los cuidadores familiares indican que el 40% de los encuestados presenta un nivel de sobrecarga intensa, 35% ausencia de sobrecarga y 25% leve sobrecarga. Se llegó a la conclusión que el nivel de sobrecarga que predomina es la sobrecarga intensa. Con respecto a los datos sociodemográficos de los cuidadores familiares se concluyó que la mayoría era del sexo femenino, de edad promedio de 51 años, solteras, hijas, cuidando aproximadamente 16 horas diarias y con educación superior.

Palabras claves: Cuidador familiar; Sobrecarga del cuidador; Adulto mayor dependiente

Abstract

Aging is a process that goes through all living beings. Currently, nationally and internationally, this process has accelerated producing an increase in the adult population, which generally goes through this stage with some limitation or disability caused by a pathology that leads to a degree of dependence; This is where the informal or family caregiver comes to carve, this being the person who assumes the care of the elderly dependent, who, due to the demand that demands care, runs the risk of suffering an overload. The objective of the research was to determine the level of overload and sociodemographic characteristics of the family caregivers of a dependent elderly adult who attends the HNHU outpatient clinic for geriatrics. The study was descriptive and qualitative, the sample consisted of 40 caregivers who answered a general information questionnaire and also used the Zarit scale. The results obtained to analyze the overload of family caregivers of a dependent person indicate that 40% of respondents have a high level of overload, 35% lack of overload and 25% light overload. It was concluded that the overload level that predominates is the intense overload. Regarding the sociodemographic data of family caregivers, it was concluded that the majority were women, with an average age of 51 years, single women, daughters, who attend approximately 16 hours a day and with higher education. Similarly, it was observed that the marital status of the caregiver is associated with the level of overload, unlike the other sociodemographic characteristics.

Keywords: Family caregiver; Caregiver overload; Senior dependent

Índice

Dedicatoria.....	II
Agradecimiento	III
Resumen	IV
Abstract.....	V
I) Introducción	1
1.1 Descripción y formulación del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Antecedentes.....	5
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo general	7
1.4.2 Objetivos específicos.....	7
1.5 Justificación	7
1.6 Hipótesis	9
II) Marco teórico	9
2.1 Bases	9
2.1.1 Sobrecarga.....	9
2.1.1.1. <i>Consecuencias de la sobrecarga</i>	10
2.1.2. Cuidador.....	14
2.1.2.1. <i>Tipos de cuidadores</i>	15
2.1.3. Cuidador familiar y el cuidado.....	15
2.1.4. Perfil del cuidador familiar en el Perú	16
2.1.5. Fases de la adaptación a la situación de cuidado	17
2.1.5.1. <i>Negación</i>	17
2.1.5.2. <i>Búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles</i>	18
2.1.5.3. <i>Reorganización</i>	18
2.1.5.4. <i>Resolución</i>	19
2.1.6. Adulto mayor.....	19
2.1.7. Envejecimiento.....	20
2.1.7.1. <i>Tipos de envejecimiento</i>	20
2.1.8. Dependencia	21
2.1.8.1. Grados de dependencia	22
2.1.9. Teoría de enfermería que sustenta el cuidador del cuidador	23
2.1.9.1. <i>Modelo del Adaptación de Callista Roy</i>	23
2.1.10. Escala de Zarit.....	27

2.1.10.1.	Dimensiones de Zarit	29
2.1.10.2.	Aplicación de la escala de Zarit	30
III)	Metodología.....	31
3.1	Tipo de investigación.....	31
3.2	Ámbito temporal y espacial	31
3.3	Variables	31
3.4	Población y muestra.....	31
3.4.1	Criterios de inclusión.....	32
3.4.2	Criterios de exclusión	32
3.5	Instrumento	32
3.6	Procedimientos.....	33
3.7	Análisis de datos	34
IV)	Resultados.....	35
V)	Discusión.....	46
VI)	Conclusiones.....	49
VII)	Recomendaciones	51
7.1	Para la investigación	51
7.2	Recomendaciones generales	51
VIII)	Referencias	53
IX)	Anexos	64

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas de los cuidadores familiares de un adulto mayor dependiente	35
Tabla 2: Características sociodemográficas de los cuidadores Familiares de un adulto mayor dependiente	36
Tabla 3: Respuestas más frecuentes de los cuidadores familiares de un adulto mayor dependiente en la dimensión del impacto del cuidado	43
Tabla 4: Respuestas más frecuentes de los cuidadores familiares de un adulto mayor dependiente en la dimensión de la relación interpersonal	44
Tabla 5: Respuestas más frecuentes de los cuidadores familiares de un adulto mayor dependiente en la dimensión autoeficacia	45

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de un Adulto mayor dependiente	37
Gráfico 2. Relación el estado civil del cuidador y el nivel de sobrecarga	38
Gráfico 3. Relación entre sexo del cuidador y el nivel de sobrecarga	38
Gráfico 4. Relación entre el parentesco y el nivel de sobrecarga	39
Gráfico 5. Relación entre el nivel de estudios del cuidador y el nivel de sobrecarga	39
Gráfico 6. Relación entre la ocupación del cuidador y el nivel de sobrecarga	40
Gráfico 7. Relación entre el tiempo del cuidado y el nivel de sobrecarga	40
Gráfico 8. Relación entre edad del cuidador y el nivel de sobrecarga	41
Gráfico 9. Nivel de sobrecarga según las dimensiones de la escala de Zarit	41

INDICE DE ANEXOS

Anexo A: Cuestionario de la escala de Zarit	64
Anexo B: Validación y confiabilidad de la escala de Zarit	66
Anexo C: Operacionalización de variables	67
Anexo D: Nivel de sobrecarga del cuidador familiar	68
Anexo E: Nivel de sobrecarga según las dimensiones de la escala de Zarit	68
Anexo F: Relación entre el estado civil y nivel sobrecarga	68
Anexo G: Relación del sexo del cuidador y el nivel de sobrecarga	69
Anexo H: Relación entre el parentesco y el nivel de sobrecarga	69
Anexo I: Relación entre el nivel de estudios y el nivel de sobrecarga	70
Anexo J: Relación entre la ocupación del cuidador y el nivel de sobrecarga	71
Anexo K: Relación entre el tiempo que dedica al cuidado de su familiar y el nivel de sobrecarga	71
Anexo L: Relación entre la edad del cuidador y el nivel de sobrecarga	72
Anexo M: Puntajes de sobrecarga para cada dimensión	72
Anexo N: Matriz de los datos sociodemográficos	73
Anexo O: Matriz de la dimensión impacto del cuidado	75
Anexo P: Matriz de la dimensión relación interpersonal	77
Anexo Q: Matriz de la dimensión autoeficacia	79
Anexo R: Cronograma de actividades - Cronograma de Gant	81
Anexo S: Presupuesto	82
Anexo T: Consentimiento informado	83

I) Introducción

1.1 Descripción y formulación del problema

El envejecimiento humano es un proceso complejo que se da a lo largo de los años, consta de cambios biológicos, psicológico y otros factores, además menciona que puede definirse al envejecimiento como “La suma de todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte” (2007, p. 27)

En la actualidad según la Organización Mundial de la Salud [OMS], afirma un hecho que no se había presencia en otras ocasiones, ya que por primera vez en la historia un mayor porcentaje de la población está teniendo una esperanza de mayor a los 60 años (2018).

Según el Instituto Nacional de Estadística [INEI], el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad en la población ha causado un aumento de la población mayor de 60 años en los últimos a comparación de los otros grupos etarios. Según datos estadísticos se ha estimado que para el 2050 la población mayor de 60 años llegara a ser hasta de 2000 millones a nivel mundial, significando que el proceso del envejecimiento se está presentando con más rapidez a diferencia de las décadas anteriores (2015). La organización panamericana de la salud [OPS], (2015) afirma que América es una de las regiones más envejecidas del mundo.

En el 2006, había 50 millones de adultos mayores, cifra que se estima duplicará para 2025, y volverá a hacerlo para 2050, cuando una de cada 4 personas tendrá más de 60 años (en el mundo, serán 1 de cada 5). Además, las personas están viviendo más años de vida. Actualmente, una persona de 60 años puede esperar

vivir hasta los 81, es decir 21 años más. En las últimas cinco décadas, se ganaron en promedio más de 20 años. En América, más del 80% de las personas que nazcan hoy vivirán 60 años, y 42% de ellos pasarán los 80. Se estima que dentro de unos 10 años habrá aproximadamente 15 millones de personas de más de 80 años en la región (parr.6).

Según los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística en el Perú se apreció un cambio en la población.

En el 2005 los adultos mayores eran el 10% de la población para el año 2025, se estima que la población de adultos mayores sea de un 13%. resultando así que, dentro de 10 años, Perú incrementará su población de 60 y más años de 3,0 a 4,3 millones, con estas cifras se da a notar el que Perú está atravesando nótese el proceso de envejecimiento rápido o acelerado que se está presentando a nivel de Latinoamérica y en todo el mundo (INEI, 2015, p.6).

A nivel mundial como nacional un factor que contribuye al aumento de la población adulta mayor es el aumento de la esperanza de vida. En el Perú se observó en las últimas cuatro décadas un aumento de 15 años en la esperanza de vida, si se mantiene las condiciones de mortalidad del 2015 el promedio de vida de los peruanos será de 74,6 años (INEI, 2015).

Por incremento de la esperanza de vida en los últimos años en la población peruana se espera como consecuencia que para los años posteriores un aumento significativo de esta población.

Se espera que para el año 2025 el porcentaje de la población adulta mayor incremente a un 12,4%, en otras palabras, se tendrá un aproximado de 4 millones y medio de personas mayores de 60 años en territorio peruano, este suceso demográfico

trae consigo múltiples riesgos para este grupo etario como, por ejemplo: aumento del riesgo de adquirir alguna patología crónica, discapacidad y aumento de las probabilidades de perder su autonomía por problemas de dependencia. (MIDIS, 2012).

Según Martina, Gutiérrez, y Mejía refiere que en el que el 5.2% de la población peruana a nivel nacional tiene discapacidad y que de ese porcentaje casi el 50% son adultos mayores. (2015, p. 84). Datos que irán incrementado se conforme aumenten los años y la población adulta mayor crezca.

A nivel global una persona adulta mayor en situación de dependencia, es aquella que tiene una pérdida sustancial en su estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física-funcional o mental, que le limita o impide el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria y en consecuencia requieren del apoyo temporal o permanente de terceras personas, quienes se convierten en cuidadores porque realizan acciones de cuidados domiciliarios a personas adultas mayores dependientes. (MIDIS, 2012, p. 9).

Generalmente los cuidados hacia las personas mayores con dependencia se dan en los propios hogares por un miembro de la familia, quien realiza los cuidados sin alguna orientación previa o básica para ejercerlos (MIDIS, 2012). A esta persona que asume de los cuidados para un adulto mayor dependiente se le denomina:

El cuidador familiar es la persona que asume de manera progresiva el cuidado constante de una persona que ha perdido su autonomía, en el Perú por diversos estudios realizados se puede decir que generalmente las personas que cumplen este rol son mujeres, cónyuges o hijas mayormente, que realizan el cuidado de manera solitaria ya que pocas veces en que la familia brinda apoyo de manera conjunta,

causando un exceso de carga al cuidador trayendo como consecuencia que efectos negativos en su salud (Custodio, 2016).

Según los autores Flores, Fredy, y Rivas, refieren que la sobrecarga o exceso de trabajo producido por el cuidado, en el cuidador familiar se va cauterizar por presentar un estado de agotamiento emocional, cansancio, problemas de sueño y abandono de las relaciones sociales (2012).

Esta situación donde los familiares que se encargan del cuidado de un adulto mayor dependiente y experimenten una carga por la misma demanda del cuidado se puede apreciar en lugares donde hay concurrencia de adultos mayores acompañados con sus cuidadores como en el servicio de geriatría de Hospital Nacional Hipólito Unanue ubicado en el distrito del El Agustino, vamos a poder encontrar a los cuidadores (hijos, nietos o esposos(as)) acudiendo con la persona que tiene a cargo.

Algunos de los familiares que estaban de acompañantes y que cumplen la función de cuidadores en la entrevista informal refirieron:

Familia 1: “cuidarla es muy difícil (referido a su madre) ya que ella no me hace caso soy la única de sus hijas que es responsable de ella, mis hermanos no la vistan y no tenemos mucha estabilidad económica, para mí es como tener un bebe a cargo ya que depende casi completamente de mi”.

Familiar 2: “desde que mi padre se enfermó lo atiendo porque él me ha dado todo y me convirtió en lo que soy pero aun así es agotados hasta veces irritante cuidarlo ya que he descuidado un poco mi vida, no trabajo, esta situación siento que me pasa factura porque el cansancio que tengo no es solo físico sino también me siento mal”

Lo anteriormente comentado es evidencia que es importante investigar si el cuidador se siente afectado o con sobrecarga razón por la cual surge el siguiente trabajo de investigación.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor dependiente en el consultorio externo de geriatría del hospital nacional Hipólito Unanue setiembre – octubre 2018?

1.3 Antecedentes

Elizabeth Flores, Fredy Seguel y Edith Rivas, en el 2012 en su investigación titulada “Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa” en Chile, se consideró importante este estudio ya que además de determinar el nivel de sobrecarga direcciono la investigación a determinar la asociación que hay con los datos sociodemográficos con el nivel de sobrecarga del cuidador lo cual fue de gran ayuda para la orientación de la investigación de manera que no solo se centre en estudiar el nivel de sobrecarga sino también las características del cuidador que pueden ayudan o favorecer su parición (Flores, Fredy, y Rivas, 2012).

Andrade, en su investigación titulada “Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia” realizada en Cuba de corte transversal, fue de importancia para el presente estudio debido a que realizo la identificación de los factores de riesgo a tener en cuenta dentro de los ítems que conforman las

características sociodemográficas del cuidador a la hora de realiza el cuestionario (Andrade, 2012).

Butrón Sanca, su investigación titulada “Nivel de Sobrecarga Emocional en los Familiares Cuidadores de Adultos Mayores Dependientes del Servicio de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa. 2017”, el presente estudio de nivel descriptivo, comparativo y corte transversal realizado en el Perú, tuvo relevancia en el presenta estudio de investigación por motivo que daba un perfil más actual del cuidador familiar de un adulto mayor dependiente y hacía hincapié con los resultados obtenidos en la diferencia de los niveles de sobrecarga con referencia al sexo del cuidador, lo cual apporto para tener en consideración el sexo del cuidador familiar (Butrón, 2018).

Díaz y Nuñez en su investigación titulado “Nivel de sobrecarga del cuidador y capacidad funcional en adultos mayores usuarios de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Cusco, 2016”, realizado en Perú. Siendo un estudio es descriptivo, correlacional, de corte transversal, tuvo relevancia para el presente trabajo de investigación por motivo que estudia de manera directa la relación entre el nivel de sobrecarga y la capacidad funcional del adulto mayor de la cual permitió considerar la capacidad funcional como un criterio de inclusión en la presente investigación en el cual se buscaba personas dependientes exclusivamente (Díaz y Nuñez, 2017).

Alvarado, en su investigación titulada “Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto Mayor frágil. Centro de atención Del adulto mayor “tayta Wasi”. Lima – Perú.” Realizado en Perú (2013) de corte, de corte transversal, descriptivo y diseño no experimental. Tuvo relevancia en la investigación por motivo porque además de hacer una evaluación de la sobrecarga en general, realiza un análisis

de la sobrecarga en las dimensiones que lo componen. Además, da una idea de utilizar la entrevista para la aplicación de la escala a utilizar en la investigación (Alvarado, 2013).

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar la sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor dependiente en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue setiembre – octubre 2018.

1.4.2 Objetivos específicos

Determinar las características sociodemográficas de los cuidadores familiares del adulto mayor dependiente que asiste al consultorio de externo de geriatría de HNHU.

Determinar las características sociodemográficas del adulto mayor dependiente que asiste al consultorio de externo de geriatría de HNHU.

Determinar el nivel de sobrecarga intensa y leve según las dimensiones Impacto del cuidado, Relación interpersonal y la autoeficacia

Determinar la relación entre los datos sociodemográficos y el nivel de sobrecarga.

1.5 Justificación

En los últimos años se viene observando un aumento de la población adulta mayor ante el incremento de la esperanza de vida, sin embargo, un porcentaje de dicha población atraviesa el proceso de envejecimiento con alguna limitación propia de la

edad o enfermedad, crónica o degenerativa que produce una discapacidad llevándolo a un estado de dependencia, siendo el entorno familiar el principal involucrado en el cuidado, generalmente un solo miembro de la familia asume el cuidado enfrentándose a jornadas constantes que demandan esfuerzo y tiempo que pueden ocasionar niveles de sobrecarga que afectarían al cuidador de la parte física, psicológica y social afectando su calidad de vida con repercusiones en el entorno familiar.

Resulta de especial interés conocer cuáles son los niveles de sobrecarga y las dimensiones más afectadas en los cuidadores familiares, para adoptar medidas que permitan prevenir o reducir la sobrecarga, mejorar la calidad de vida del cuidador y su familiar.

La presente investigación surge de la necesidad de estudiar la sobrecarga en entidades de salud con el propósito de identificar la cantidad de casos que presenten niveles de sobrecarga en cuidadores familiares de un adulto mayor dependiente. Así como determinar el perfil sociodemográfico de los cuidadores.

La investigación busca proporcionar información útil al área de salud para que esta puede desarrollar programas de cuidado al cuidador y la familia de una persona mayor dependiente como una forma de prevenir la sobrecarga.

El presente trabajo es conveniente para reforzar un mayor conocimiento sobre la sobrecarga y sus distintas dimensiones, por otra parte, la investigación contribuye ampliar la información sobre el tema ya expuesto para contrastarlo con otros trabajos similares y analizar los cambios en los perfiles sociodemográficos de los cuidadores como en los niveles de sobrecarga.

El trabajo de investigación tiene una estructura metodológica que podría ser utilizada en futuras investigaciones de manera que posibiliten análisis comparativos de

resultados en diferentes periodos para analizar posibles cambios en los niveles de sobrecarga.

1.6 Hipótesis

Todos los cuidadores familiares que acuden al consultorio de geriatría del Hospital Hipolito Unanue con una persona dependiente presentan un nivel de sobrecarga intensa.

II) Marco teórico

2.1 Bases

2.1.1 Sobrecarga

La sobrecarga del cuidador según Torres, Agudelo, Pulgarin, y Berbesi, afirman que es un estado de agotamiento estrés, emocional y cansancio que afecta de manera negativa varios aspectos de la vida del cuidador como: la salud física, mental, las relaciones sociales, familiares y el aspecto económico, además va reflejar la influencia negativa del cuidado (2018).

Son múltiples los factores que influyen en la sobrecarga del cuidador, entre las cuales están las relacionadas con la persona que recibe los cuidados, las cuales son las más relevantes el nivel de dependencia y la complejidad de la patología; además también influyen las relacionadas con el mismo cuidador que son la edad, sexo, tiempo de cuidado, motivación para el cuidado, modo de afrontamiento, redes de apoyo y características de la familia. (Velázquez y Espín, 2014).

Además, la sobrecarga se va dividir en dos dimensiones fundamentales: la carga objetivo y carga subjetiva.

La sobrecarga objetiva. Se va definir como “Cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente” (Algora, 2014, p.3).

Según Butron Se determina por medio de las frecuentes atenciones que el cuidador familiar realiza entornos al adulto mayor como por ejemplo alimentarlo, asearlo y otros. Y la frecuencia de cambios que el cuidador realiza en diferentes aspectos de su vida. (2017).

La sobrecarga subjetiva. Se refiere a “La sensación de soportar una obligación pesada originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una enfermedad con determinadas características” (Algora, 2014, p.3).

Se va determinar por lo percibido por el mismo cuidador con respecto a su situación, es decir grado de incomodidad que siente, preocupaciones por su estado de salud. Y futuro del adulto mayor (Butrón, 2017).

2.1.1.1. Consecuencias de la sobrecarga

Las consecuencias producidas por el cuidado continuo hacia otra persona dependiente pueden traer repercusiones en la salud, así como también en el área social y económica.

Los cuidadores en muchas ocasiones se exigen más allá de sus posibilidades con respecto al cuidado dejándose a sí mismos en segundo plano, lo cual conduce a que se perjudiquen ellos mismo y en muchas ocasiones a la persona que tiene a su cuidado (Gutiérrez y Vargas, 2018).

Por otra parte, el cuidado no solo produce efectos negativos sino también positivos como: sensación de satisfacción, estrechamiento de relaciones, desarrollo de la empatía y otros; además es necesario saber que los efectos negativos y positivos se pueden presentar de manera simultánea y la manera que afecte al cuidador va depender de varios factores como sus redes de apoyo y actitudes frente a diversas situaciones (Ramón, Cibana, Saavedra, Ródenas, y López, 2014).

Cantos y Tristan, afirman que las consecuencias de la sobrecarga son: el producto de un cuidado continuo de una persona con limitación de sus capacidades, que puede ocasionar efectos negativos que van a afectar la salud del cuidador a causa de las exigencias que demanda el cuidado diario (2014).

Consecuencias sobre la salud. Los cuidadores de un adulto mayor con grado de dependencia generalmente presentan un mayor número de problemas físicos como: aumento del umbral del dolor, malestar, mayor posibilidad de padecer problemas cardiacos, mareos, cefaleas constantes, problemas gástricos e intestinales, además sufren frecuentemente de problemas relacionado con el sueño ya que muchos de ellos duermen pocas horas, también presentan una disminución de inmunológicas haciéndolos más susceptibles a enfermedades. Muchos de los cuidadores presentan adicionalmente problemas para realizar tareas diarias, para movilizarse y realizar su cuidado personal (Ramón *et al*, 2014).

Consecuencias emocionales. Dentro de las consecuencias que enfrente el cuidador familiar de una persona dependiente, Rogero menciona que las consecuencias negativas más relevantes que afectan la salud del cuidador son de origen emocional (2010).

El cuidado de una persona dependiente en este caso un adulto mayor con alguna limitación trae repercusiones en el área psicología del cuidador, ya que va produce la presencia de síntomas de depresión, ansiedad, aumento de los niveles de estrés, sentimientos de desesperanza preocupación constante por su futuro y el de su familiar. Además, ante el deterioro de la salud de su familiar y gravedad de la enfermedad el cuidador puede en algunas ocasiones presentar un duelo anticipado (Ramón *et al*, 2014).

La Confederación Española de Alzheimer [CEAFA] refiere que son múltiples investigaciones que demuestran niveles elevados de ansiedad y depresión presentes en cuidadores familiares, además presencia sentimientos contradictorio como el rechazo y afecto de manera simultánea o sentimientos de índole negativo hacia la persona que recibe el cuidado, generando confusión en el cuidador (2016).

Consecuencias sobre las relaciones familiares. Las consecuencias que genera tener en la familia una persona que necesite cuidados constantes y especiales que demanden gran exigencia, produce una alteración en la estructura y el funcionamiento de la familia que va afectar a todos los miembros que se encuentran en ella (Giraldo, Zuluaga y Uribe, 2018).

Los cambios en la familia pueden ocasionar diversos conflictos ya sea por las diversas maneras de ver la enfermedad del familiar, medidas de cuidado que van adopta, actitudes frente al cuidador o la persona dependiente, los problemas generados entre la familia y el cuidador familiar van a ser la principal fuente de tensión en el hogar. La falta de apoyo por parte de la familia va tener repercusión en la salud psicológica del cuidador provocando un aumento del riesgo de depresión (Ramón *et al*, 2014).

Además, los conflictos que aparecen van a encontrarse relacionadas con la necesidad de un cuidado sustitutivo que va necesitar el cuidador por parte de los otros miembros de la familia, muchas veces las diferencias y desacuerdos sobre el cuidado sustitutivo, el poco interés de la familia por el cuidado conjunto y complementario va a sumar de manera negativa en las relaciones familiares (López, Noriega, Velasco y Moya, 2015).

Estas situaciones dañan severamente los lazos entre los miembros de la familia conduciéndolo hacia un sentimiento de soledad, causando muchas veces que los cuidadores sientan que se encuentran solos con el cuidado de su familiar, de esta manera causando que caiga sobre ellos todo el peso del cuidado.

Consecuencias sobre las relaciones sociales. El cuidado constante de una persona con dependencia, va a producir que el cuidador pase más tiempo en casa dedicándose a actividades de cuidado y actividades domésticas, produciendo una disminución de su tiempo libre, lo cual afecta las relaciones sociales de los cuidadores, ya que va a dificultar poder establecer y mantener amistades o vínculos con otras personas, así como también les imposibilita participar en actividades de interacción social. (Rogerio, 2010), lo cual conlleva al cuidador a sentir una carencia de apoyo social.

En muchas ocasiones también se va a ver afectado las relaciones sociales por motivo que el cuidador va a desarrollar una dependencia emocional hacia la persona que cuida, lo cual trae consigo que muchos cuidadores traten de pasar la mayor parte de su tiempo con la persona dependiente, se aíslan, dejan de lado su vida social y empiezan a vivir exclusivamente para la persona que cuidan, llegando en algunos casos a rechazar la idea de que alguien más pueda sustituirlos en el cuidado a su familiar (Ramón Martínez et al, 2014).

Consecuencias económicas. En las consecuencias económicas se observa que las familias se ven forzadas a reorganizar los ingresos económicos y los recursos humanos para poder sobrellevar y afrontar, la situación de tener a un miembro de la familia con un grado de dependencia que demanda múltiples exigencias económicas (Ramón Martínez et al, 2014). Según Centro Estudios de Vejez y Envejecimiento [CEVE], (2015) refiere que:

Cerca de tres cuartos de los cuidadores señalan no realizar algún trabajo remunerado, dedicándose así de forma exclusiva a cuidar a la persona que tiene a cargo (...), todo ello muestra la vulnerabilidad en términos económicos que experimentan los cuidadores y sus familias, en la medida que deben destinar gran parte de los recursos para la persona dependiente, a la vez que se ven enfrentados a problemas de productividad y de compatibilidad con los roles laborales, lo que lleva a que muchos deban dejar los trabajos en los que se desempeñaban para dedicarse al cuidado exclusivo de su familiar (p.39).

2.1.2. Cuidador

Según el servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) se define al cuidador como la persona que brindar un cuidado adecuado en base a las necesidades de una persona que tenga alguna limitación, discapacidad o grado de dependencia, que impidan el cumplimiento de sus actividades diarias, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente que recibe el cuidado (2016).

Por otro lado, para Málaga responsabilizarse del cuidado de una persona puede ser una experiencia agradable y satisfactoria en sus inicios, pero conforme pasa el tiempo puede convertirse en todo lo contrario por las exigencias que demanda cuidar, puede llevar al cuidador a un estado de cansancio contante. El cuidador muchas veces sin darse cuenta se deja de lado así mismo de manera indirecta se abandona por

centrarse en la persona que cuida, las largas jornadas y los niveles de autoexigencia pueden producir que el cuidador experimente cambios negativos en su estado de salud colocándolo en riesgo eminente de sufrir una posible sobrecarga a causa del cuidado (2017).

2.1.2.1. Tipos de cuidadores

Cuidador informal. Es aquella persona que asume el cuidado de una persona dependiente sin haber tenido una formación previa, generalmente suele ser un miembro de la familia del paciente, el cual va cumplir el rol de manera voluntaria en muchos casos sin remuneración económica alguna (Giraldo y Franco, 2006).

Cuidador formal. Es aquella persona que por lo general está capacitado para cumplir el rol de cuidador a cambio de un pago económico por sus servicios, a diferencia del cuidador informal presenta conocimientos con base teórica para la atención constante en este caso de pacientes con diversas patologías y grados de dependencia (Ramírez, 2017).

2.1.3. Cuidador familiar y el cuidado

El cuidado constante de una persona va afectar al cuidador de diferentes maneras, colocando a su salud física y mental en un riesgo constante, esta situación se convierte en una carga que va aumentando generando agotamiento y dañando la calidad de vida del cuidador (Li, Alipázaga, Osada, y León, 2015).

Es una tarea complicada y compleja el cuidado, ya que la persona debe conocer las necesidades del adulto mayor y la manera de satisfacerlas. En función de la naturaleza del problema, se va definir qué tan exigente, delicado y minucioso va ser el cuidado, cuando más delicada sea el estado de salud de la persona más energías y

recursos la persona utilizara para cubrir las necesidades de la persona bajo su responsabilidad (Crespo y López, 2007).

El rol que asume el familiar como cuidador ante la sociedad es bien visto y reconocido, pero muchas veces las consecuencias en la salud física, mental y social que dañan la calidad de vida del cuidador, no son comprendidas y en muchas ocasiones dejadas de lado quitándoles la relevancia que realmente representan (Vásquez, Baena, y Ulloa, 2012).

Si hablamos nuevamente del rol del cuidador generalmente es asumido por un familiar, quien se responsable del cuidado de manera inmediata sin pensar en las repercusiones que esto tendrá en su vida e inclusive en varias ocasiones la persona no tiene otra salida más que aceptar el cuidado de su familiar dependiente ya que en su realidad no hay otra opción. Situación por la cual, el cuidador no cuenta con las herramientas necesarias para asumir y afrontar las exigencias que requiere el cuidado (Eterovic, Mendoza y Sáez, 2015).

En consecuencia, de las labores delicadas de cuidado que realizan el cuidador, se va a ver afectado de múltiples maneras, originando que la persona empiece a experimentar una carga o sobrecarga, lo cual complica el manejo del adulto mayor dependiente y de la evolución favorable de la enfermedad, provocando de manera simultánea repercusiones en la salud del cuidador.

2.1.4. Perfil del cuidador familiar en el Perú

Según INEI en la Encuesta Nacional de Uso del tiempo, realizada en el Perú con referencia al cuidado de miembros del hogar con dificultades físicas, mentales o enfermedades permanentes o de edad avanzada totalmente dependientes, se obtuvo

que la población que realiza estas actividades generalmente reside en el área urbana, es de sexo femenino, generalmente son mayores de 60 a más edad, con respecto al nivel educativo un mayor porcentaje aprobó algún año de educación superior no universitaria (2010).

Con respecto al tiempo que le dedican al cuidado en horas se obtuvo que en el área urbana le dedican 14 hr con 38 min semanales al cuidado, siendo la población femenina nuevamente la que más se encuentra involucrada con esta actividad cuidando un apróx. de 16hr con 47 min, con respecto a la edad las personas de 60 años a más dedican 24hr con 16 minutos semanales y con referencia al nivel educativo se evidencio que el nivel menor educativo presento más horas de cuidado a diferencia de los otros niveles (2010).

La información obtenida por medio de esta encuesta nos permite ver un poco el perfil del cuidador, adaptado a la realidad del país.

2.1.5. Fases de la adaptación a la situación de cuidado

2.1.5.1. Negación

La primera fase del proceso de adaptación de cuidado es la negación, la cual es un método para mantener controlada la ansiedad y los miedos frente a los cambios que traiga consigo la enfermedad crónica de un miembro de la familia, es común que en esta etapa no se quiera aceptar que su familiar tiene una enfermedad y necesita apoyo para de otras personas el cumplimiento de sus actividades, generalmente es una etapa temporal ya que con el paso del tiempo la persona que padece de la enfermedad va presentando más problemas en su capacidad funcional afectando su

autonomía lo cual evidencia que no es una enfermedad pasajera (Ruiz y Nava, 2012).

2.1.5.2. *Búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles*

En esta segunda etapa es común que el familiar empieza a indagar acerca de la enfermedad que padece su familiar, se llena de toda la máxima información a la que pueda tener acceso, todo con el objetivo de mantener la esperanza que su familiar regrese a ser el mismo de antes, en esta etapa la persona empieza a cuestionarse por qué le ha tocado afrontar esta situación y empiezan a aparecer sentimientos negativos (Ruiz y Nava, 2012, p.167).

“Es frecuente que aparezcan los sentimientos de angustia, enfado, culpa y frustración, muchas veces las cuidadoras se sienten víctimas de una situación que no creen merecer.” (Ferré, Rodero, Cid, Vives, y Aparicio, 2011, p.22).

Ferre, *et al* afirma que es importante el papel de la enfermera en esta etapa, ya que va poder orientar al cuidador sobre diversos temas como: el apoyo emocional al cuidador, autocuidado, técnicas de afrontamiento, educación acerca de la enfermedad, educación sobre aspectos básicos para el cuidado de una persona dependiente (alimentación adecuada, baño e higiene diaria, prevención de úlceras por presión, cambios de posición y otros), además va fomentar las redes de apoyo para el cuidador (2011).

2.1.5.3. *Reorganización*

En esta fase como el cuidar empieza a reorganizarse nuevamente, y aunque por momentos presenta sentimientos negativos se empieza a adaptar poco a las nuevas condiciones de vida (Ferré et al, 2011).

En esta etapa además de la reorganización, las responsabilidades por el cuidado realizado se vuelve más pesadas para la el cuidador, sin embargo poco a poco se manteniendo el control de las situaciones en esta etapa, teniendo ya diversos herramientas como: recursos externos de apoyo, participación de la familia en el cuidado e importación más exacta de los problemas a enfrentar, los cuales ayudaran a afrontar de manera adecuada las complicaciones que involucren el cuidado de una persona (Ruiz y Nava, 2012).

2.1.5.4. Resolución

En esta etapa los cuidadores son más capaces de manejar las exigencias del cuidado, lamentablemente es un periodo en el cual un bajo porcentaje de cuidadores alcanzan de manera exitosa (Know alzheimer, 2018).

A pesar de que en esta fase las responsabilidades continúan aumentando en número e intensidad, si la persona que cuida logra una buena adaptación, podrá estar más serena que en los primeros momentos de la enfermedad. Se comienza a reconstruir una imagen de cómo era antes de que la enfermedad mostrase sus primeros signos, imagen que hará más confortable y significativa la labor de la persona que cuida (Ruiz y Nava, 2012, p.167).

2.1.6. Adulto mayor

La Organización de las Naciones Unidas considera a persona que a partir de los 60 años adulta mayor, sin embargo, en los países desarrollados a partir de los 65 años recién se considera adulto mayor (Díaz y Nuñez, 2016).

2.1.7. Envejecimiento

En envejecimiento humano es un proceso dinámico que inicia en el momento de la concepción, se desarrolla a lo largo de la vida y concluye con la muerte, además incluye cambios de carácter biológico y psicológico en la persona a la interacción con su entorno, se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible (Ministerio de salud y protección social, 2017).

Además, En el plano biológico el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015, párr.8).

En la actualidad el envejecimiento es considerado a nivel nacional como internacional un problema de salud pública por motivo de los cambios registrados en los últimos años en la pirámide poblacional, causando de la preocupación de los gobiernos de múltiples países ya que no se encuentran preparados para afrontar las consecuencias sanitarias que comprometen este problema (Alvarado y Salazar, 2014).

2.1.7.1. Tipos de envejecimiento

Envejecimiento exitoso. Este tipo de envejecimiento se produce en personas que van presentando cambios físicos, psicológicos y sociales producidos por la misma edad, a consecuencia de un estilo de vida saludable que disminuye de forma

significativa el riesgo de sufrir alguna enfermedad crónica que comprometa sus capacidades, esto favoreciendo en la persona a tener un buen funcionamiento físico, mental y social. En general, este tipo de envejecimiento lo presenta entre un 5 y 15% de la población, y este porcentaje podría incrementarse promoviendo el desarrollo de programas de envejecimiento saludable en el marco del envejecimiento activo (Mendoza, 2011).

Envejecimiento usual. En este tipo de envejecimiento la persona presenta alguna patología crónica degenerativa que puede ser diabetes mellitus, problemas cardiacos, artritis y otros, además de los cambios propios de la edad. No obstante, hay que tener en cuenta que las personas que presentan este tipo de envejecimiento no presentan ningún grado de dependencia ya que tienen un adecuado funcionamiento mental, físico y social. Se calcula que un 80 % de la población adulta mayor presenta este tipo de envejecimiento (Mendoza, 2011).

Envejecimiento con fragilidad. Se produce cuando el adulto mayor presenta una fragilidad acentuada y disminución notoria del funcionamiento de los órganos y sistemas ante algún riesgo, lo cual genera complicaciones y problemas físicos ante alguna enfermedad, además son personas frágiles y dependientes que necesitan ayuda constante para realizar sus actividades diarias de alimentación, higiene y deambulación; se estima que el 5% de personas mayores de 60 años se encuentran en esta clasificación (Mendoza, 2011).

2.1.8. Dependencia

Se entiende por dependencia como la incapacidad para desarrollar actividades diarias, según Comité de Ministros del Consejo de Europa, lo define como un estado

en el cual la persona necesita ayuda continua o total para realizar sus actividades diarias, producto de presentar pérdida de autonomía por problemas físicos o psicológicos. La dependencia no es exclusiva de los adultos mayores, si bien se sabe tiende a aumentar en esta etapa por problemas de salud, se puede presentar en cualquier momento de la vida (1998).

España, define como la restricción de las capacidades físicas y mentales fundamentales para desarrollar actividades diarias, además se relación de manera directa con la mortalidad del paciente. Esta limitación o restricción no siempre es causada por una enfermedad sino también por otros factores (2013).

2.1.8.1. Grados de dependencia

Grado I Dependencia moderada. Se considera cuando la persona necesita apoyo para realizar sus actividades básicas diarias, con apoyo limitado ofrecido al menos una vez al día (Campos, Estrella, Escobar, Fernández y Gómez , 2011).

Grado II Dependencia severa. Hace referencia cuando la persona va necesitar apoyo mínimo tres veces en el día para poder realizar sus actividades diarias, sin embargo en este grado de dependencia no se requiere una asistencia permanente del cuidador (Campos *et al*, 2011).

Grado III Gran dependencia Se considera desde el momento que la persona necesita ayuda constante para realizar actividades diarias, por motivo que ha perdido su autonomía por diversos factores y requiere un apoyo constante y total de parte de la persona que lo cuida (Campos, *et al* 2011).

2.1.9. Teoría de enfermería que sustenta el cuidador del cuidador

La enfermería se define como una disciplina, que gira en base al cuidado, sustentado por múltiples teorías, se desarrolla en diferentes ambientes conservando sus principios y características, además prioriza el cuidado de la salud tanto de la persona, como la familia y comunidad (Lagoueyte, 2015).

Dentro de la enfermería se encuentran múltiples teorías o modelos, los cuales son las estructuras que dirigen la práctica en la enfermería; además, representan un pilar fundamental con base teórica cuando se toma una decisión en base al cuidado del paciente (Moreno, 2005).

Es fundamental tener conocimientos de las teorías de enfermería para brindar una asistencia más sistemática de acuerdo a las necesidades de la persona, la información brindada por cada teoría tiene como objetivo contribuir en la práctica de la profesión (Mesquita, Lopes, Carvalho, Teixeira y Barbosa, 2009).

La presente investigación se apoyó como base y fundamento en la teoría de adaptación de Callista Roy.

2.1.9.1. Modelo del Adaptación de Callista Roy

Callista Roy desarrollo el modelo de la adaptación, el cual se encuentra basado en dos teorías, la primera la teoría de la adaptación de Helson, que plantean que las respuestas de adaptación se dan en función de un estímulo recibido y nivel de adaptación; y la segunda teoría de sistemas de Rapoport, en la cual se plantea a la persona como un sistema de adaptación (Raile y Marriner, 2011).

En el origen de la teoría de Roy el modelo de adaptación se puede identificar el trabajo sobre la psicofísica de Helson, que comprende desde la conducta humano

hasta las ciencias sociales. Roy redefine en base a los conceptos dados por Helson sobre los estímulos cicales, residuales y contextuales; para formar los factores que van a estar asociales a los niveles de adaptación en a persona (Raile y Marriner, 2011).

Helson en su teoría de adaptación propone que el nivel de adaptación y el estímulo recibido están relacionadas con la respuesta de adaptación, demás lo define como el proceso de responder de manera positiva ante cambios que ocurran en el entorno (Raile y Marriner, 2011).

Roy para obtener su modelo realiza una combinación de lo propuesto por helson con la definición de Rapoport sobre los sistemas, que plantea que la persona es un sistema de adaptación. Además, tuvo en cuenta la teoría general de sistemas que menciona que las propiedades de los sistemas no se describen en términos separados y que su comprensión solo sucede cuando se estudian de manera conjunta (Raile y Marriner, 2011).

El modelo de adaptación de Roy, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

Adaptación: Se hacer referencia al proceso y resultado en el cual las personas con capacidad de sentí y pesar, como grupo o individuos, con consientes y escogen la interacción del ser humano con su entono (Raile y Marriner, 2011).

Enfermería: Se define a la enfermería practica y la ciencia que aportan a la adaptación y mejorar el cambio en el entorno, demás Roy identifica las actividades de enfermería como un análisis de las estímulos y conductas que influyen en la adaptación. Lo describe como una profesión que se aboca a la atención sanitaria y

guía entono a los procesos humanos vitales, da importancia la promoción de la salud en la sociedad de manera general (Raile y Marriner, 2011).

Plante que el objetivo de la enfermería es favorecer a la mejorar del nivel de adaptación de las personas en cada uno de los modos de adaptación y aportar de esta manera a tener una mejor calidad de vida, salud y morir con dignidad (Raile y Marriner, 2011).

Persona: Define a las personas como sistemas completos y adaptables, con partes que funcionan de manera como una unidad sola un fin concreto, dentro de os sistemas humanos se van a encontrar as personas, familias, comunidades y sociedad (Raile y Marriner, 2011).

Salud: Se define con un estado de ser y transformarse en un completo, es un reflejo de la interrelación que va haber entre la persona y el entorno. Además, Roy menciona que es la capacidad de combatir de manera adecuada y lo mejor posible las enfermedades, las infecciosa, el estrés y la muerte (Raile y Marriner, 2011).

Entorno: Es el grupo conformado por el contexto y las condicionantes que influyen en el comportamiento y desarrollo humano de las personas y los grupos en consideración con la relación con los recueros de la tierra y el hombre (Raile y Marriner, 2011).

2.1.9.1.1. Clases de estimulo

Estímulo focal: Es el tipo de estímulo externo interno más inmediato que hace frente la persona (Facultad de Enfermería, 2009).

Estímulos contextuales: Estímulos que contribuyen a efecto focal, en otras palabras, haya, empeoran o mejoran a situación para el sistema humano (Facultad de Enfermería, G., 2009).

Estímulos residuales: Son los factores ambientales internos o externos, cuyo efecto no se ve con claridad en la situación en la que ocurre, sucede en ellos sistemas adaptativos humanos (Facultad de Enfermería, 2009).

2.1.9.1.2. *Modelos de adaptación*

Modo fisiológico y físico de adaptación: Se relaciona con los procesos que tiene participación en las actividades de organismo vivo, se mencionan cinco necesidades ente proceso método de adaptación los cuales pertenecen al modo fisco y fisiológico de la adaptación los cuales son: Alimentación, Eliminación, Oxigenación, Actividad de protección y descanso. En la adaptación fisiológica se encuentran los procesos como Equilibrio de líquidos, acido-base, electrolitos, y funciones endocrinas y neurológicas. Este modo de adaptación es la mena que el sistema humano espera su adaptación con relaciones capacidad física y operativa (Raile y Marriner, 2011).

Modo de adaptación del autoconcepto de grupo: Este modelo tiene como punto de partida los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano, los conceptos que tiene de sí mismo, finalidad y significado en el universo para poder existir bajo un sentido. Además, refleja cómo se ven a sí mismo y como lo percibe la gente dentro de un grupo, basándose en relaciones ante el entorno. La enfermera puede ayudar en el reconociendo de los recursos propios de en persona y dirigir sus intervenciones en fortalecer dichos recursos, no descuidando los temores y debilidades (Bonfill, Lleixa, Sáez y Romaguera, 2010).

Modo de adaptación de desempeño de rol: Se centra en la persona y el papel que cumple en la sociedad, la necesidad de saber qué significa para su entorno,

para de esa manera encontrar la forma de actuar. Roy menciona el comportamiento expresivo que se da cuando la enfermera puede identificar la posición de la persona socialmente conversando, si se siente sobrecargado, como se siente, qué está pensando, cuáles son sus gustos y los factores que afectan su desempeño. La enfermera puede intervenir ayudando a la persona a encontrar que papel es esencial o sustituible, que representa la sobrecarga y su importancia por medio de técnicas de restablecimiento de prioridades, distribución de tiempo y estableciendo espacios para trabajo conjunto (Bonfill *et al*, 2010).

Modo de adaptación de la interdependencia: Este modelo de adaptación a diferencia de los modelos anteriores se centra en según Roy:

Ese modelo se centra en ser la integridad de las relaciones. Dos relaciones específicas forman el núcleo del modo de la interdependencia, fruto de su aplicación en la vida de los individuos. Las personas intentan adaptarse cuando se ven delante de situaciones difíciles, buscan ayuda, apoyo, amor en los otros. La enfermera debe detectar las dificultades que presentan las personas y ofrecer sistemas de apoyo, tanto desde el ámbito social como de recursos asistenciales dirigidos a paliar el conflicto (Bonfill *et al*, 2010, párr.16).

2.1.10. Escala de Zarit

La escala de Zarit es un instrumento para evaluar la percepción de la carga familiar, se encarga de cuantificar los niveles de sobrecarga padecen los cuidadores de una persona con algún grado dependencia, por medio de la escala tipo Likert (Álvarez, González y Muñoz, 2008).

Este instrumento en un inicio se elaboró para valorar la sobrecarga subjetiva percibida por el cuidador familia de un paciente con algún trastorno mental (Montero, Jurado, Valencia, Méndez y Mora, 2014). Con el paso de los años se estandarizó su uso cuando se habla de sobrecarga “por motivo que abarca en mayor medida todas las dimensiones de este fenómeno (...) como son: redes de apoyo, calidad de vida, capacidad de autocuidado y competencias para el afrontamiento de problemáticas conductuales y clínicas del paciente” (Albarracín, Cerquera y Pabón, 2017, p.89).

La versión original se encuentra conformado por 22 ítems que detalla cómo se sienten los cuidadores con respecto al cuidado, estos ítems son valorados por una escala del 0 al 4 que representa con qué frecuencia con la que el cuidador se siente respecto a lo formulado en la pregunta, la escala consta de las siguientes respuestas: 0(nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Los puntajes obtenidos de cada ítem se suman posteriormente para saber el nivel de sobrecarga que el cuidador presenta. Por tanto, la puntuación general se encuentra entre 0 y 88 puntos (Álvarez, et al 2008).

Sin embargo son minoría los autores que utilizan la codificación de 0 a 4 para las respuestas, la gran mayoría utiliza la codificación de 1 a 5, ya que fue esta codificación la utilizada para validación del instrumento en español. Con esta última codificación la puntuación cambia a diferencia de la anterior ya que oscila, por tanto, entre 22 y 110.

Al momento de usar la escala de Zarit se tiene que hacer referencia explícita a la codificación que se va usar para evitar interpretaciones erróneas.

La Escala de Zarit original se presenta como una herramienta fundamental en el estudio e investigación para comparar y analizar los factores involucrados en la sobrecarga, ya que este instrumento logra evaluar diversas dimensiones, mientras que las Escalas de Zarit abreviadas son recomendables como instrumentos de tamizaje para medir si hay sobrecarga o no en el cuidador paciente (Albarracín et al, 2017).

2.1.10.1. Dimensiones de Zarit

Impacto del cuidado. Es la percepción que tiene el cuidador con respecto a los efectos del cuidado (Montorio, Fernández, López y Sánchez, 1998). Un puntaje elevado en esta dimensión indica que el cuidador con frecuencia experimenta efectos negativos del cuidado que van a traer repercusiones vida, sus relaciones sociales, su tiempo libre, su estado de salud físico y emoción, a consecuencia de largas jornadas de cuidado (Carretero, Garcés y Ródenas, 2006).

Sé encuentra conformada por los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 17 y 22.

Relación interpersonal. en esta dimensión se ve la percepción del cuidador con respecto a su relación con la persona a su cuidado, presencia de sentimientos de enfado cuando lo tiene cerca y sensación de no saber qué hacer con él (Montorio, et al., 1998). Un puntaje elevado en esta dimensión puede significar que el cuidador percibe que no cuenta con los recursos personales y materiales para brindar un cuidado adecuado, además no contar con dicho recursos va generar una inseguridad al cuidador (Carretero et al., 2006).

Está compuesto por 6 interrogantes, entre las cuales están los siguientes ítems 4, 5, 6, 9, 18 y 19.

Autoeficacia. en esta dimensión se refleja “la creencia del cuidador en torno a su capacidad para cuidar y sus expectativas acerca de sus posibilidades para mantener en el tiempo la situación de cuidado” (Montorio, et al., 1998). Una puntuación elevada indica que la acción de cuidar genera sentimientos negativos en el cuidador como percibir que la persona que está a su cuidado solicita ayuda exagerada y sentimientos de incomodidad frente a su entorno a causa de los cuidados suministrados a la persona dependiente (Carretero et al., 2006).

Compuesto por 4 ítems: el 15, 16, 20 y 21.

2.1.10.2. Aplicación de la escala de Zarit

Para la aplicación del instrumento el cuidador debe responde cada uno de los ítems de acuerdo a su percepción por cada pregunta, anotando la puntuación correspondiente, también se puede aplicar la escala en forma de entrevista por parte del investigador.

Para realizar la interpretación se suma los puntajes de cada ítem y se clasifica el resultado en el nivel de sobrecarga que corresponda, a mayor puntaje más sobrecarga.

En la versión española se proponen como puntos de corte los siguientes:

22-46 = Ausencia de sobrecarga

47-55 = leve sobrecarga

56-110 = sobrecarga intensa

III) Metodología

3.1 Tipo de investigación

Tipo de Estudio. Descriptivo, correlacional y transversal

Método de Investigación: Cuantitativa

3.2 Ámbito temporal y espacial

En el presente trabajo de investigación se obtendrá la información en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue, es un hospital de nivel III – I de referencia nacional, cuya jurisdicción se encuentra comprendida por los distritos de Ate vitarte, Chaclacayo, El agustino. La Molina, Lurigancho, Santa Anita y otros distritos. Ubicado en Cesar Vallejo 1390, El Agustino 15007.

3.3 Variables

Variable independiente: Sobrecarga del cuidador familiar del adulto mayor dependiente en consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Operacionalización de variables (Anexo C).

3.4 Población y muestra

La técnica de muestreo no probabilístico empleada para este trabajo, fue el muestreo por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por 40 cuidadores familiares que acudieron con un adulto mayor dependiente al servicio de consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.4.1 Criterios de inclusión

Cuidador familiar que asista al consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Hipólito debe cumplir las siguientes características:

Tener un vínculo familiar (hijos, esposa(o), tíos y otros) con el adulto mayor dependiente.

Cuidar al adulto mayor dependiente de forma permanente y diaria.

Haber aceptado firmado el consentimiento informado.

Ser mayor de edad.

3.4.2 Criterios de exclusión

Tener alguna formación en el cuidado de un adulto mayor dependiente.

No sea familiar del adulto al cual se le ofrece el cuidado.

No esté a cargo de manera permanente del adulto mayor dependiente.

3.5 Instrumento

El instrumento utilizado para obtener la información estaba dividido en dos partes la primera para identificar los datos demográficos de los cuidadores y la segunda conformada por la “La Escala de Zarit” compuesta por 22 ítems y con respuestas tipo Likert. (Anexo A).

Esta escala de Zarit ha sido adaptada y validada al español, en 1996. Existen varias escalas que evalúan y cuantifican el grado de sobrecarga, pero Zarit sigue siendo la más usada. Presenta gran confiabilidad con un alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85- 0,93 en varios países (Grandez, Inocente y Salinas, 2018, p.22).

Validación Del Instrumento de la escala de Zarit para este estudio se realizó por medio de cinco jueces expertos que validaron nueve ítems (claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia. Intencionalidad, consistencia, coherencia y metodología). (Anexo B)

La confiabilidad del Instrumento para este estudio se realizó mediante el Alpha de Cronbach dando como resultado 0.877, siendo mayor al mínimo aceptable pasando así la prueba de confiabilidad (Anexo B).

3.6 Procedimientos

Se solicitó al departamento de docencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue la aprobación del proyecto. Una vez que fue aprobado se coordinó con la jefa de enfermeras de consultorio del departamento de geriatría la ejecución del proyecto.

Se coordinó con el personal a cargo en la unidad de consultorio externo de geriatría la importancia del estudio para lograr el consentimiento informado, luego se acordó la fecha y horario para la aplicación del cuestionario.

El proceso de recolección de información se realizará mediante un cuestionario aplicado de forma de entrevista en un lapso de 20 a 22 min aprox, después se realizó el análisis con información obtenida para identificar las características sociodemográficas de los cuidadores y los adultos mayores dependientes. Se analizó la escala de Zarit, instrumento aplicado en la investigación y para comprobar su confiabilidad se utilizó el alfa de Cronbach.

Para finalizar se hizo un análisis de los objetivos planteados y para corroborar si había asociación alguna entre las variables se utilizó la prueba de chi cuadrado.

3.7 Análisis de datos

Para el análisis de la información se utilizó el programa SPSS versión 23, en el cual se ingresó los datos de manera manual codificados para ser procesados, evaluados y analizados de manera estadística, los resultados obtenidos fueron asado a Word 2016 para poder realizar el informe final.

IV) Resultados

Tabla 1

Características sociodemográficas de los cuidadores familiares de un adulto mayor dependiente

		Recuento	% del N de columna	Media	Desviación estándar
Edad del cuidador	21 - 40	7	17,5%	51	12.60
	41 - 60	24	60,0%		
	61+	9	22,5%		
Sexo del Cuidador	femenino	27	67,5%		
	Masculino	13	32,5%		
Estado civil del cuidador	casado	12	30,0%		
	divorciado	3	7,5%		
	soltero	23	57,5%		
	Viudo	2	5,0%		
Parentesco que tiene con el paciente	esposo	3	7,5%		
	hijo	30	75,0%		
	Otros	7	17,5%		
	otros	0	0,0%		
Nivel de estudio del Cuidador	primaria	3	7,5%		
	secundaria	16	40,0%		
	Superior	21	52,5%		
Ocupación del cuidador	No Trabaja	24	60,0%		
	Trabaja	16	40,0%		
Tiempo de cuidado en horas	<= 8	4	10,0%	16.27	6.44
	9 - 16	18	45,0%		
	17+	18	45,0%		

Fuente: Elaboración propia.

Al análisis de las características sociodemográficas con respecto a las edades de la población total 100% (40), podemos evidenciar que el 60% (24) se encuentran entre los 41-60 años, el 22.5% (9) es mayor de 61 años y el 17.5% (7) tiene entre 21-40 años. La edad promedio de los cuidadores es de 51 años con una desviación estándar de 12.60.

(Tabla 1)

Con referencia al sexo del cuidador familiar el 67.5% (27) representa a sexo femenino mientras que el 32.5% (13) al masculino. (Tabla 1)

Con respecto al estado civil del tenemos que un 57.5% (23) es soltero, el 30% (12) es casado, el 7.5% (3) es divorciado y el 5% (2) es viudo(a). (Tabla 1)

En tanto al parentesco obtenemos que un 75% (30) son hijos, 17.5% (7) son otros familiares y 7.5% (3) son esposo(a). (Tabla 1)

En referencia con el nivel de estudio se obtuvo que el 52.5% (21) tiene un nivel superior de estudio, el 40% (16) tienen estudios secundarios y el 7.5% (3) estudios primarios. (Tabla 1)

Con respecto al resultado de la ocupación el 60% (24) no trabajan y el 40% (16) trabajan según el estudio realizado. (Tabla 1)

El resultado obtenido del tiempo que se dedica al cuidado de un adulto mayor se obtuvo que un 45% (18) cuida por más de 17 horas, 45% (18) entre 9-16 horas y un 10% (4) cuida menos de 8 horas. La media del tiempo del cuidado es de 16.27 con una desviación estándar de 6.44.

Tabla 2

Características sociodemográficas de los cuidadores Familiares de un adulto mayor dependiente

		Recuento	% del N de columna	Media	Desviación estándar
Edad del paciente	60 - 69	3	7,5%	82.22	9.46
	70 - 79	9	22,5%		
	80 - 89	19	47,5%		
	90 - 99	7	17,5%		
	100+	2	5,0%		
Sexo del paciente	femenino	34	85,0%		
	masculino	6	15,0%		

Fuente: Elaboración propia

Al análisis de los datos sociodemográficos del adulto mayor dependiente con respecto a la edad se obtuvo una edad promedio de 82.22 años con una desviación estándar de 9.46. (Tabla 2)

Con respecto al sexo se obtuvo que un 85% (34) son del sexo femenino y el 15% (6) pertenece al sexo masculino. (Tabla 2)

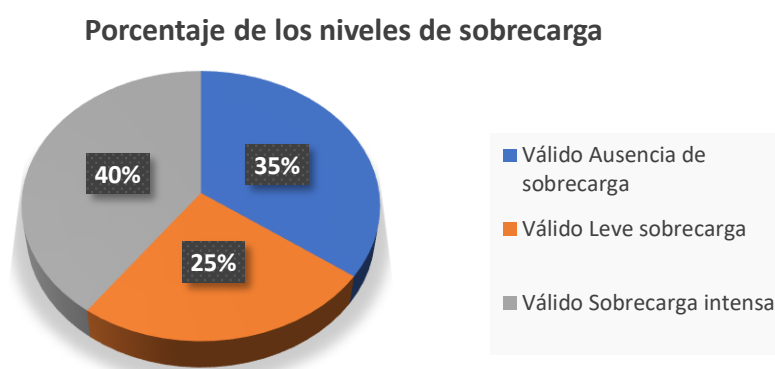


Gráfico 1. Nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares de un Adulto mayor dependiente

Al análisis de la sobrecarga al 100% (40) del cuidador familiar por medio de la escala de Zarit obtuvo como resultados que 40% (16) de los de los encuestados presenta un nivel de sobrecarga intensa, el 35% (14) presenta ausencia de sobrecarga y 25% (10) leve sobrecarga. (Anexo D)

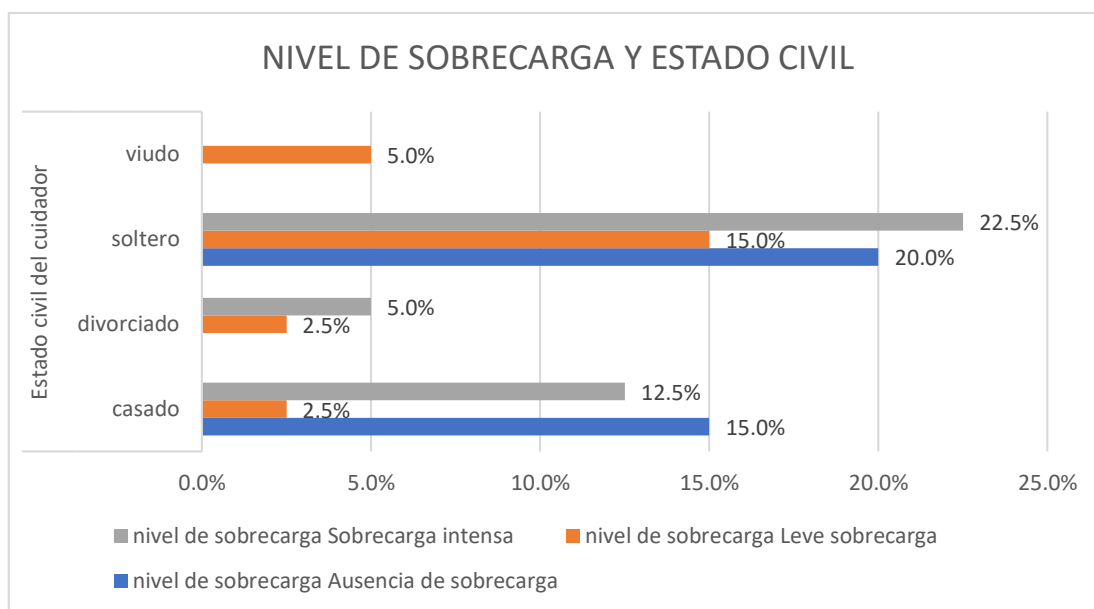


Gráfico 2. Relación el estado civil del cuidador y el nivel de sobrecarga

($X^2 = 10,670$; $gl=6$, $P = 0,099$; nivel de Significancia = 0.05)

Los resultados obtenidos indican que no hay asociación entre el estado civil y el nivel de sobrecarga, lo cual indica que no es estadísticamente significativa. (Anexo F)

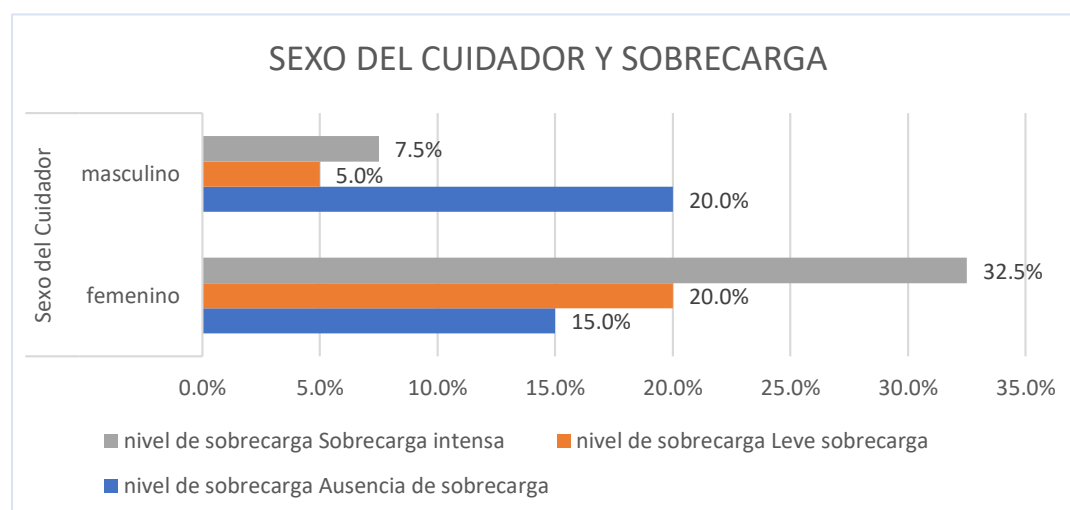


Gráfico 3. Relación entre sexo del cuidador y el nivel de sobrecarga

($X^2 = 5,967$; $gl=2$; $p:0,051$; nivel de Significancia = 0.05)

Los resultados obtenidos indican que no hay asociación entre el sexo y el nivel de sobrecarga, lo cual indica que no es estadísticamente significativa. (Anexo G)

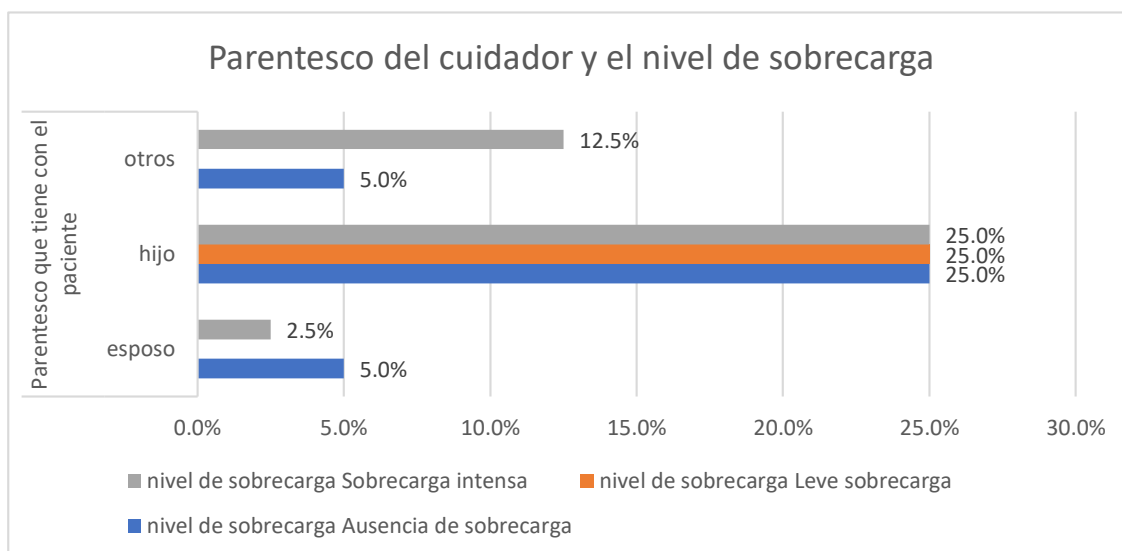


Gráfico 4. Relación entre el parentesco y el nivel de sobrecarga

($X^2= 8,331$; $gl=4$; $p= 0,172$) Significancia=0.05

Los resultados obtenidos indican que no hay asociación entre el parentesco del cuidador y con el nivel de sobrecarga, lo cual indica que no es estadísticamente significativa. (Anexo H)

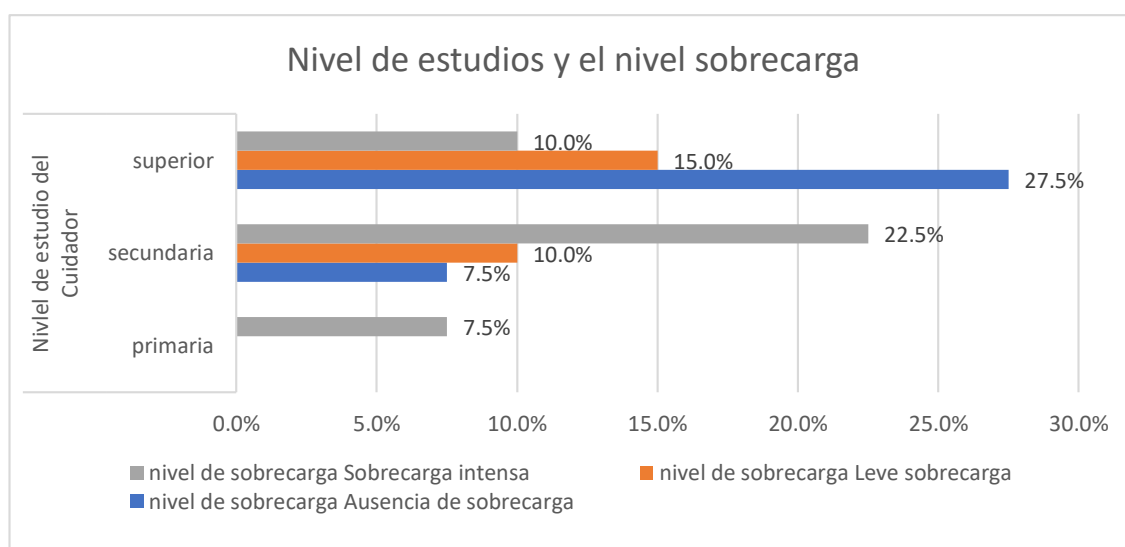


Gráfico 5. Relación entre el nivel de estudios del cuidador y el nivel de sobrecarga

($X^2= 12,427$; $gl=4$; $p= 0,014$) Significancia=0.05

Los resultados obtenidos indican que si hay poca asociación según el coeficiente gamma($p=0.00$) entre el nivel de estudios y el nivel de sobrecarga, lo cual indica que es estadísticamente significativo. (Anexo I)

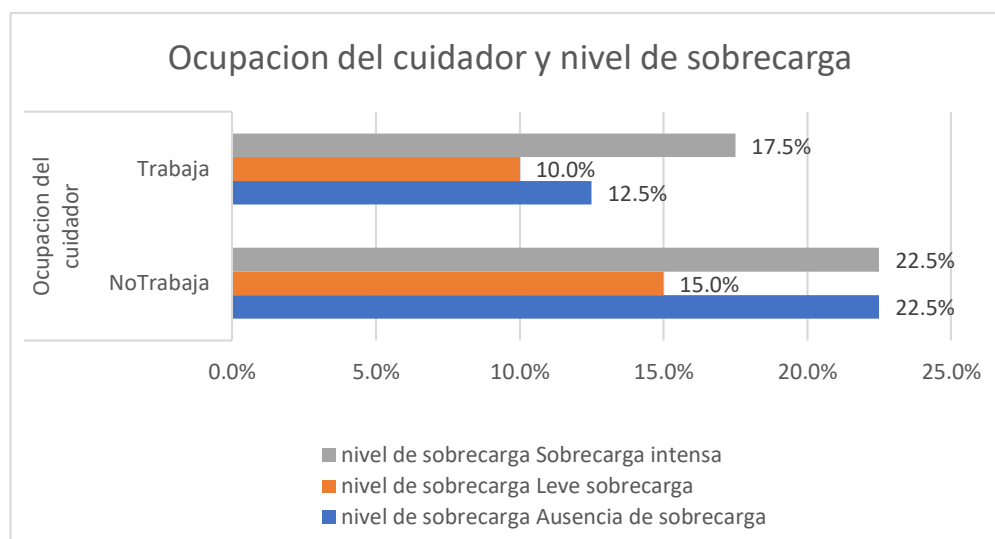


Gráfico 6. Relación entre la ocupación del cuidador y el nivel de sobrecarga

($X^2 = 0,201$; $gl=2$; $p= 0,904$) Significancia=0.05

Los resultados obtenidos indican que no hay una asociación entre la ocupación del cuidador y el nivel de sobrecarga. (Anexo J)

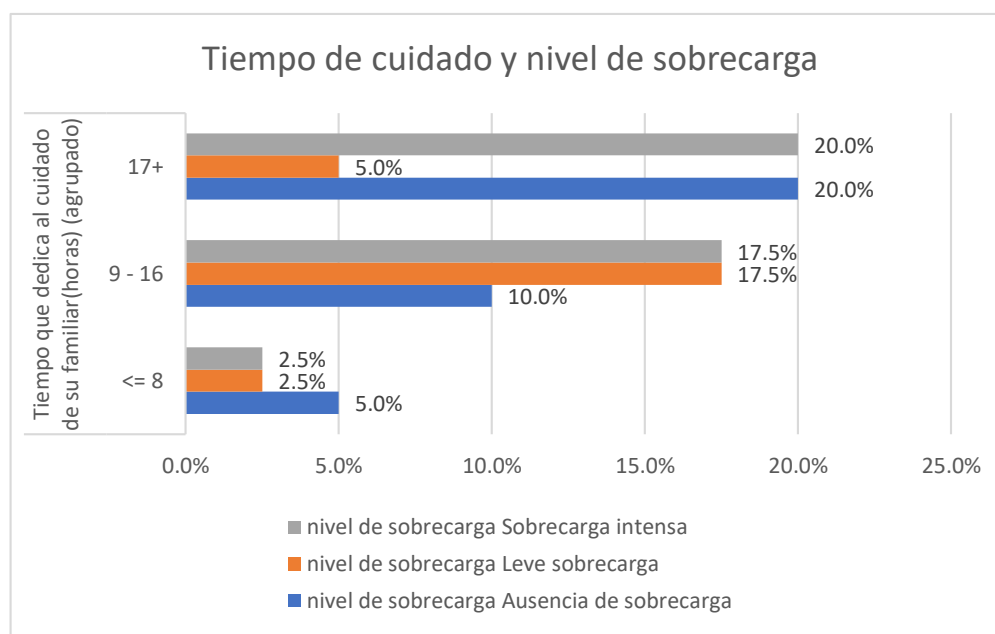


Gráfico 7. Relación entre el tiempo del cuidado y el nivel de sobrecarga

($X^2 = 4,908$; $gl=4$; $p= 0,297$) Significancia=0.05

Los resultados obtenidos indican que no hay asociación entre el tiempo de cuidado y el nivel de sobrecarga, lo cual indica que no es estadísticamente significativa. (Anexo K)

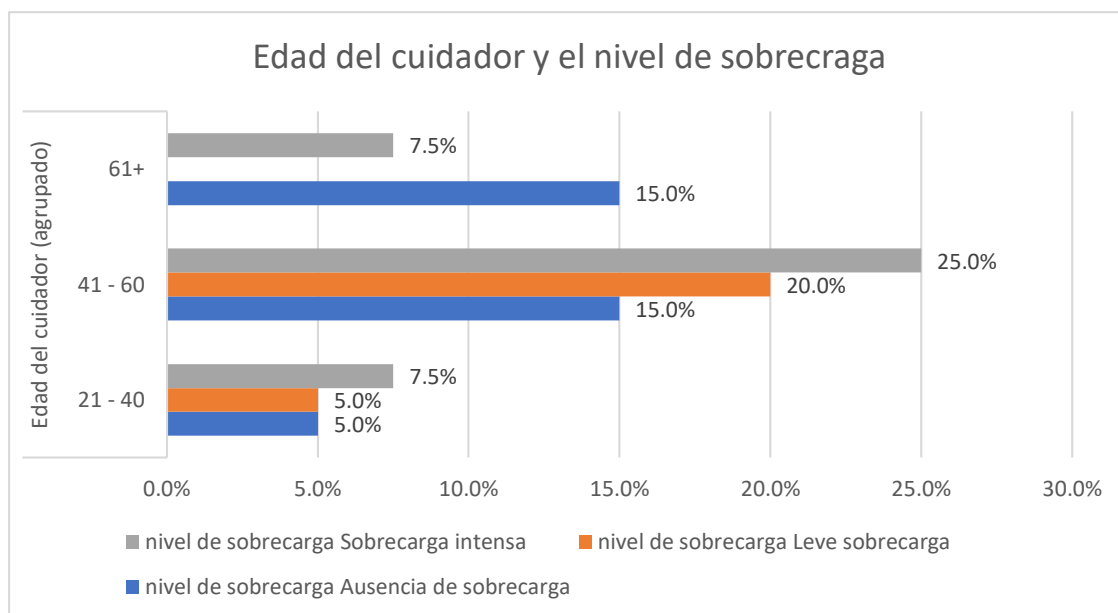


Gráfico 8. Relación entre edad del cuidador y el nivel de sobrecarga

($X^2=8,156$; $gl=4$; $p= 0,086$) Significancia=0.05

Los resultados obtenidos indican que no hay asociación entre la edad del cuidador y el nivel de sobrecarga, lo cual indica que no es estadísticamente significativa (Anexo L)

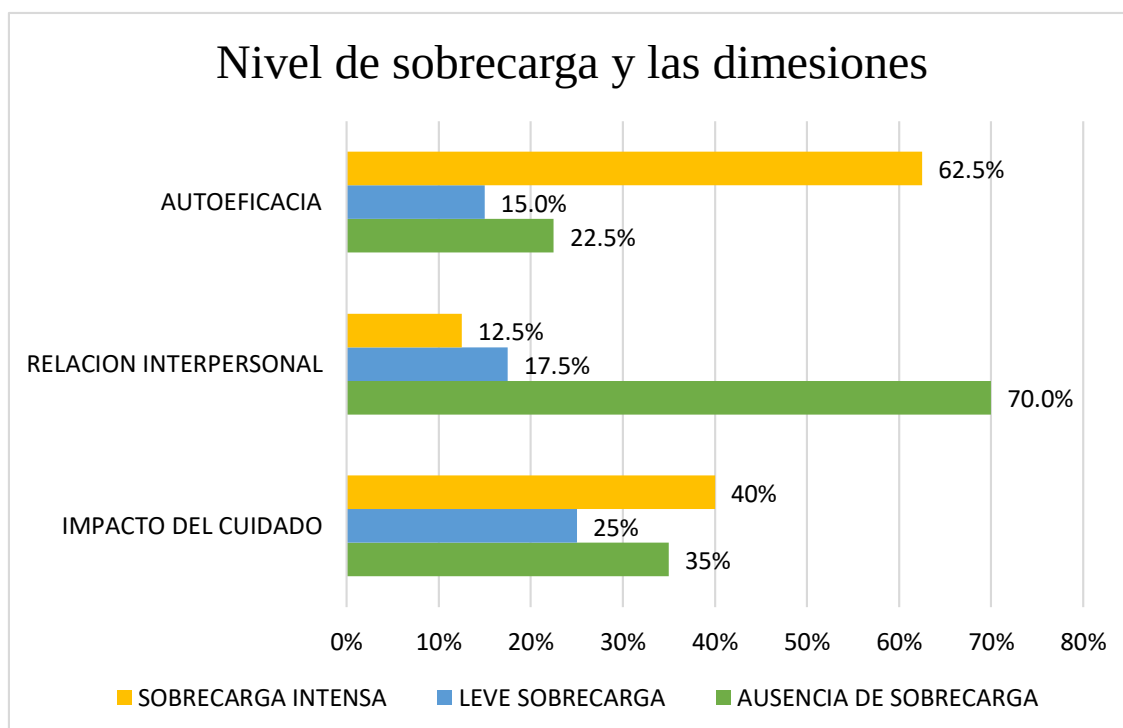


Gráfico 9. Nivel de sobrecarga según las dimensiones de la escala de Zarit

Del análisis de la sobrecarga en la dimensión de la autoeficacia del 100% (40) de los cuidadores familiares por medio de la escala de Zarit se obtuvo como resultados que el 62,5% (25 personas) presentan una sobrecarga intensa, mientras el 22.5% (9 personas) con ausencia de sobrecarga y el 15% (6) con leve sobrecarga.

En la dimensión interpersonal se obtiene que un 70% (28 personas) presentaron ausencia de sobrecarga, el 17.5% (7 personas) con leve sobrecarga y el 12.5% con sobrecarga intensa (5 personas).

Con respecto al impacto del cuidado se obtuvo que el 40% (16 personas) tuvieron sobrecarga intensa, el 35% (14) con ausencia e sobrecarga y el 25% (10 personas) leve sobrecarga. (Anexo M)

Tabla 3
Respuestas más frecuentes de los cuidadores familiares de un adulto mayor dependiente en la dimensión del impacto del cuidado

	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Bastantes veces		Casi siempre		Total
		%		%		%		%		%	
Pregunta 1	5	13%	14	35%	11	28%	3	8%	7	18%	40
Pregunta 2	5	13%	9	23%	17	43%	2	5%	7	18%	40
Pregunta 3	2	5%	13	33%	13	33%	7	18%	5	13%	40
Pregunta 7	11	28%	4	10%	12	30%	7	18%	6	15%	40
Pregunta 8	5	13%	6	15%	11	28%	4	10%	14	35%	40
Pregunta 10	16	40%	11	28%	8	20%	4	10%	1	3%	40
Pregunta 11	19	48%	10	25%	8	20%	1	3%	2	5%	40
Pregunta 12	15	38%	10	25%	8	20%	5	13%	2	5%	40
Pregunta 13	22	55%	7	18%	9	23%	1	3%	1	3%	40
Pregunta 17	18	45%	9	23%	10	25%	1	3%	2	5%	40
Pregunta 14	5	13%	5	13%	12	30%	6	15%	12	30%	40
Pregunta 22	13	33%	13	33%	9	23%	3	8%	2	5%	40

Fuente: Fuente elaboración propia.

Análisis de los ítems que conforman la dimensión impacto del cuidado (12 preguntas) se tomó en cuenta las frecuencias más altas en porcentaje más altos, de los cuales se obtuvo que el 55% (22) nunca se sintió incomodo al tener que distanciarse de su familiar; 48%(19) nunca ha pensado que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar y el 43% (17) piensa algunas veces que debido al tiempo que le dedican a su familiar no tiene mucho tiempo para sí mismos. (Tabla 3)

Tabla 4
Respuestas más frecuentes de los cuidadores familiares de un adulto mayor dependiente en la dimensión de la relación interpersonal

	Nunca		Raras veces		Algunas veces		Bastantes veces		Casi siempre		Total
	%		%		%		%		%		
Pregunta 4	34	85%	4	10%	2	5%	0	0	0	0%	40
Pregunta 5	32	80%	7	18%	0	0%	1	0%	0	0%	40
Pregunta 6	23	58%	5	13%	6	15%	3	3%	3	8%	40
Pregunta 9	16	40%	13	33%	9	23%	1	8%	1	3%	40
Pregunta 18	12	30%	9	23%	12	30%	7	3%	0	0%	40
Pregunta 19	14	35%	12	30%	11	28%	3	18%	0	0%	40

Fuente: Fuente elaboración propia.

Análisis de los ítems que conforman la dimensión relación interpersonal (6 preguntas) se tomó en cuenta las frecuencias más altas en porcentaje, de los cuales se obtuvo que el 80%(34) nunca se ha sentido enfadado cuando se encontrar cerca de su familiar; 80%(34) nunca ha sentido vergüenza de la conducta de su familiar y el 58%(23) nunca ha pensado que el cuidado que le brinda a su familiar afecta negativamente a la relación que tiene con los demás miembros de la familia. (Tabla 4)

Tabla 5
Respuestas más frecuentes de los cuidadores familiares de un adulto mayor dependiente en la dimensión autoeficacia

	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Bastantes veces		Casi siempre		Total
Pregunta 15	11	28%	5	13%	13	33%	6	15%	5	13%	40
Pregunta 16	13	33%	11	28%	13	33%	0	0%	3	8%	40
Pregunta 20	2	5%	3	8%	13	33%	9	23%	13	33%	40
Pregunta 21	4	10%	3	8%	17	43%	6	15%	10	25%	40

Fuente: Elaboración propia.

Análisis de los ítems que conforman la dimensión autoeficacia (4 preguntas) se tomó en cuenta las frecuencias más altas en porcentaje más altos, de los cuales se obtuvo que el 43%(17) de cuidadores encuestados piensa algunas veces que podría cuidar mejor a su familiar; 33%(13) siente que algunas veces que no cuenta con suficientes ingresos económicos para ayudar a su familiar, no será capaz de cuidarlo por más tiempo y que casi siempre debería hacer más por su familiar. (Tabla 5)

V) Discusión

En el presente estudio con referencia a los resultados del estudio realizado para conocer el nivel de sobrecarga del cuidador familiar de un adulto mayor dependiente, se obtuvo que de toda la muestra el 65% del total de encuestados presentaba un nivel de sobrecarga(intenso o Ligero), de los cuales el 40 % presenta sobrecarga intensa, seguido del 35% con ausencia de sobrecarga y el 25% presentado sobrecarga ligera, dicho resultado contrastado con la investigación de Díaz y Nuñez (2016) en donde se encontraron resultados similares, se observa que el 68,67% de los cuidadores perciben que tienen un nivel de sobrecarga intensa. Los niveles de sobrecarga que prevalece en ambas investigaciones es intensa, esto pudiéndose producir el motivo que el adulto mayor que se encontraba bajo el cuidado del cuidador familiar era dependientes totales, lo cual demandaba más esfuerzo en el cuidado por parte del familiar que se encontraba a cargo de él.

Se encontró además en el estudio que 65% era de sexo femenino, lo cual coincidió con los estudios realizados por Alvarado (2013) y Butrón (2017) obteniendo un porcentaje en sus estudios de 85.4% y 76.7%, los cuales también señalan prevalencia del sexo femenino en el cuidado, esto puede encontrarse relacionado a la perspectiva de la sociedad por factores culturales, en donde se asocia la mujer con las actividades de cuidado.

En relación al estado civil del cuidador un 57.3% de la muestra total es soltera, cifra que coincidió con la investigación de Jiménez (2003) que es de 55% en la cual es similar con los resultados obtenidos, tal situación expuesta en ambas investigaciones demuestra que los cuidadores han priorizado el cuidado de un familiar dependiente en

lugar de formar una familia o casarse, no presentándose diferencia entre los años transcurridos en cada investigación.

Con referencia al parentesco del cuidador familiar del adulto mayor dependiente un 75% son hijos, lo cual se aproxima a la investigación de Díaz y Nuñez, (2016) donde se presentó un 56% en dicha investigación, obteniendo datos similares a los presentado en la investigación, esto podría traducirse que los hijos prefieren cuidar a sus padres ellos mismos que delegarles la tarea a otra personas fuera del entorno familiar pero también puede mostrar que ellos realizan el cuidado por motivos económicos ya que contratar a una persona con formación para el cuidado de una persona dependiente genera un gasto más a la familia y muchas de ellas no se encuentran con la capacidad de cubrir estos gastos, siendo la familia el único apoyo para el adulto mayor dependiente.

Los resultados con referencia al nivel de estudios del cuidador se obtuvo que un 52,5% presentaba educación superior, resultados parecidos a los obtenidos por Díaz y Nuñez, (2016) y , en este caso se puede observar que el nivel de educación es un factor positivo que ayuda a enfrentar el cuidado ya que se cuenta con más herramientas cognitivas y habilitada para la comprensión de indicaciones médicas para cuidar a una persona, a pesar de lo expuesto antes en el estudio no se encuentra una relación significativa entre la sobrecarga y el nivel de estudios.

Con referencia al tiempo del cuidado en horas cumplidas por el cuidador familiar se obtuvo un promedio de 16 horas diarias, resultado similar a los obtenidos por Céspedes (2011) con un promedio de 16,4 hr, lo cual contribuye a aumentar el nivel de sobrecarga que puedan presentar los cuidadores.

Al análisis de las características sociodemográficas de los adultos mayores dependientes se obtuvo que la edad promedio es de 82 años, similar a lo encontrado por

Díaz y Nuñez (2016). Con respecto al sexo se obtuvo que la un 85% pertenece al género femenino no se encontró información relacionado a la edad del adulto mayor dependiente.

Al realizar los cruces de los datos sociodemográficos con los niveles de sobrecarga, para saber si hay una asociación o no entre las variables, se encontró que solo la variable nivel de estudios tenía una leve asociación estadísticamente significativa con el nivel de la sobrecarga, a diferencia de lo expuesto por Ortiz, Lindarte, Jiménez y Vega (2013) en donde se observa resultados distintos, ya que presenta una asociación significativa en distintas variables sociodemográficas (edad del cuidador, género, estado civil, horas de cuidado) con los niveles de sobrecarga. La diferencia de los resultados de ambas investigaciones posiblemente sea causada por diferentes características de del cuidador y de la persona a la que se encuentra dirigida el cuidado.

Del análisis de la sobrecarga en la dimensión de la autoeficacia de los cuidadores familiares por medio de la escala de Zarit se obtuvo como resultados que el 62,5% presentan una sobrecarga intensa, a diferencia de Correa (2014) que obtuvo mayor porcentaje de 48.5% en el nivel sobrecarga leve, la diferencia en ambos resultados puede deberse a las características sociodemográficas de las personas que reciben el cuidado.

En la dimensión relación interpersonal se obtiene que un 70% presentaron ausencia de sobrecarga, resultado que se asemeja al de Astillo y Tapia (2018) donde su resultado fue de 49% para la ausencia de sobrecarga, los datos obtenidos se asemejan posiblemente por las características similares de los cuidadores en ambas investigaciones.

VI) Conclusiones

Luego del análisis de datos correspondiente se concluyó con respecto al trabajo de investigación lo siguiente:

El análisis de los múltiples factores y datos sociodemográficos que corresponden al cuidador se confirma la hipótesis planteada a inicio del trabajo de investigación es aceptada

El nivel de sobrecarga que predomina con mayor porcentaje en la investigación fue le sobrecarga intensa, seguida de una ausencia de sobrecarga y sobrecarga ligera; lo que representa un problema tanto para el cuidador como para el adulto mayor que recibe los cuidados.

Se concluyó con respecto a los datos sociodemográficos de los cuidadores que la mayor parte de los cuidadores familiares eran mujeres en mayor porcentaje, de edad promedio de 51 años, solteras, generalmente hijas, cuidando aproximadamente 16 horas diarias, con educación superior y actualmente sin trabajar.

Con respecto a la información de los adultos mayores con dependencia se obtuvo que la mayoría era del sexo femenino con una edad promedio de 82 años.

Los resultados obtenidos en el estudio con referencia al nivel de sobrecarga intensa por cada dimensión se obtuvieron que la autoeficacia es la más afectada seguida de impacto del cuidado y la relación interpersonal.

Con respecto al nivel de Leve sobrecarga se obtuvo que el impacto del cuidado es de mayor porcentaje, seguida de la dimensión interpersonal y autoeficacia

Con referencia a la ausencia de sobrecarga la dimensión interpersonal presenta mayor porcentaje, seguido del impacto del cuidado y autoeficacia.

Los resultados obtenidos con relación a los datos sociodemográficos del cuidador y nivel de sobrecarga se obtuvieron que no presentan relación o asociación el estado civil, sexo, parentesco, ocupación y relación entre el tiempo de cuidado en horas, mientras que en nivel de estudios si presenta relación según la prueba del chi cuadrado.

VII) Recomendaciones

7.1 Para la investigación

Para realizar próximos estudios sobre el nivel de sobrecarga tomar en cuenta otras variables como el nivel de dependencia del paciente, tiempo que lleva cuidado a la persona dependiente, capacidad funcional y patologías presentes en el cuidador por otras escalas de valoración para tener más información del cuidador.

Para hacer más comprensible las preguntas de la escala de Zarit cada ítem debería empezar con la frase” Con qué frecuencia usted” para mejorar la comprensión del cuidador al momento de contestar la encuesta.

7.2 Recomendaciones generales

Realizar estudios de la misma índole en el primer nivel de atención en centros de salud donde se puede trabajar el área preventiva promocional orientada a los cuidadores de adultos mayores.

Realizar una valoración holística al adulto mayor dependiente en el primer contacto con el establecimiento de salud, donde además de darle prioridad a la parte física también se valore el entorno en el que vive la persona.

Brindar información sobre el cuidado al cuidador familiar para evitar niveles altos de sobrecarga en la población.

Trabajar con un equipo multidisciplinario estrategias de apoyo a los cuidadores familiares.

Trabajar el área preventiva promocional con la población que presenta un nivel leve de sobrecarga para evitar que termine con sobrecarga intensa y que afecte al cuidado.

Elaboración de guías o manuales para el cuidado del adulto mayor dependiente y del cuidador de acuerdo a la realidad del país.

Concientizar a la familia sobre el cuidado del adulto mayor dependiente ya que muchas investigaciones señalan que solo hay un solo familiar que se encarga de su cuidado.

Implementar Programas de asistencia a los cuidadores familiares de un el adulto mayor en entidades de salud como el Tayta Wasi (MINSA) y otros.

Promover el envejecimiento saludable en la población.

VIII) Referencias

- Albarracín., A., Cerquera., A. y Pabón., D. (2017). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de bucaramanga. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 87-99. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/327888>
- Álvarez, L., González, A., y Muñoz, P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 618-619. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600020
- Algora, M. (2014). *El cuidador del enfermo esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud*. España: Asociación española de enfermería de salud mental. Recuperado de <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/1-El-cuidador-del-enfermo-esquizofrenicosobrecarga-y-estado-de-salud..pdf>
- Alvarado, A. y Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
- Alvarado, D. (2013). *Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil: Centro de Atención del Adulto Mayor "Tayta Wasi": Lima - Perú, 2013* (tesis de pregrado) Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

- Andrade, A. (2012). Factores de riesgo de carga de cuidadores informales de adultos mayores dependientes con demencia. *Cubana Salud Pública*, 38(3), 402-493. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300006
- Bonfill, E., Lleixa, M., Sáez, F. y Romaguera, S. (2010). Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index de Enfermería*, 19(4), 279-282. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010&lng=es&tlng=es.
- Butrón, M. d. (2017). *Nivel de Sobrecarga Emocional en los Familiares Cuidadores de Adultos Mayores Dependientes del Servicio de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.
- Campos, J., Estrella, J., Escobar, M., Fernández, A. y Gómez, C. (2011). *Guía práctica de la ley de dependencia: Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. España: Sociedad española de geriatría y gerontología. Recuperado de <https://www.segg.es/media/descargas/Guia%20pr%C3%A1ctica%20de%20la%20Ley%20de%20Dependencia.pdf>
- Cantos, A., y Tristany, A. (2014). *Guía de atención al cuidador* (1º ed.). Barcelona, España: Hartmann S.A., Fundación hospital Sant Jaume i Santa Magalena. Recuperado de <http://telefonodelaesperanza.org/cuidando-cuidador/>
- Carretero, S., Garcés, J. y Ródenas, F. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. España: Envejecimiento en Red. Recuperado

de<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>

Céspedes, J. (2011). *Evaluación de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor dependiente, en el policlínico "Chiclayo- oeste", octubre – diciembre* (tesis de pregrado), Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.

Correa, D. (2014). *Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud – 2014* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Confederación Española de Alzheimer. (2016). *El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. Propuestas de intervención*. España: Confederación Española de Alzheimer. Recuperado de <https://www.ceafa.es/files/2017/06/Estudio%20Cuidadores-1.pdf>

Crespo, M. y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”* (1º ed.) Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>

Custodio, N. (2016). Vivir con demencia en Perú: ¿El sistema de salud está enfrentando la sobrecarga? *NEURO-PSIQUIATRIA*, 79(1), 1-2. doi: 10.20453/rnp.v79i1.2762

Díaz, R., & Nuñez, I. (2016). *Nivel de sobrecarga del cuidador y capacidad funcional en adultos mayores usuarios de PADOMI del Hospital Nacional Adolfo*

Guevara Velasco. Cusco, 2016 (tesis de especialidad). Universidad Nacional de San Agustín, Cusco, Perú.

Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Cubana Salud Pública*. 34(3), Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v34n3/spu08308.pdf>

España, M. (2013). *PANORAMA CASEN: Dependencia funcional en las personas mayores*. Chile: Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Panorama_Casen_Dependencia_funcional_personas_mayores_corr.pdf

Eterovic, C., Mendoza, S. y Sáez, K. (2015). Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global*, 14(38), 235-248. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200013

Facultad de Enfermería, G. (2009). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(1). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18>

Ferré, C., Rodero, V., Cid, D., Vives, C. y Aparicio, R. (2011). *Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria* (1º ed.). Tarragona, Cataluña, España: Publidisa. Recuperado de <http://www.urv.cat/dinfirm/media/upload/arxiu/guia%20cuidados%20infernmeria.pdf>

Flores., E., Fredy, S. y Rivas, E. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y*

Enfermería, 18(1), 29-41. Recuperado de
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004+

Giraldo, C. y Franco, G. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares.

Aquichan, 6(1), 38-53. Recuperado de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100005

Giraldo, D., Zuluaga, S. y Uribe, V. (2018). Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. *Medicina U.P.B.*, 37(2), 89-96. doi: 10.18566/medupb.v37n2.a02

Grandez, S., Inocente, M. y Salinas, E. (2018). *Nivel de sobrecarga del cuidador principal y nivel de conocimiento de autocuidado de los pacientes en hemodiálisis en un hospital nacional* (tesis de especialidad), Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Gutierrez, C. y Vargas, N. (2018). *Incidencia de manejo de la carga emocional de los cuidadores asistenciales de pacientes con enfermedad crónica no trasmisible sobre su desempeño laboral en la empresa medicina domiciliaria de Colombia* (tesis de especialidad). Universidad Católica de Manizales, Caldas, Colombia.

Instituto Nacional de Estadística [INEI]. (2010). *Encuesta Nacional de Uso del tiempo (ENUT)*. Lima: PRINLEY.

Instituto Nacional de Estadística [INEI]. (2015). *Compendio estadístico*. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf

- Instituto Nacional de Estadística [INEI]. (2015). *Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas*. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/imprimir/>
- Jimenez, M. (2003). *Perfil epidemiológico del cuidador en el Servicio de Atención Domiciliaria Geriátrica de la Clínica Geriátrica "San José" PNP* (tesis de postgrado), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Know alzheimer. (2018). *Alzheimer, una enfermedad compartida: curso de formación para cuidadores*: Know Alzheimer. Recuperado de <https://knowalzheimer.com/cuidadores/curso-formacion-cuidadores-alzheimer/>
- Lagoueyte, M. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 209-213. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013
- Li, M., Alipázaga, P., Osada, J. y León, F. (2015). Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(4), 232-239. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n4/a06v78n4.pdf>
- López, J., Noriega, C., Velasco, C. y Moya, F. (2015). Conflictos familiares cuando se cuida a un familiar mayor. *Ciencias-y-Orientación-Familiar*, (51), 17-29.

Recuperado de

<https://summa.upsa.es/viewer.vm?id=38327&view=main&lang=es>

Málaga, R. (2017). *Caso Clínico: Cuidados de enfermería en un paciente con presencia de úlceras por presión en el servicio de medicina* (tesis de especialidad).

Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.

Marriner-Tomey, A. y Alligood, M. R. (2011). *Modelos y Teorías en enfermería* (7^o ed.). Barcelona, España: Elsevier España.

Martina, M., Gutiérrez, C. y Mejía, M. (2015). Nivel de dependencia del adulto mayor con discapacidad en el Perú. *Theorēma*, 2(3), 83-93. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11979/10724>

Marcos, M., y Tizón, E. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4), 168-177.
doi:10.4321/S1134-928X2013000400005

Mendoza-Nuñez, V. (2011). *Envejecimiento y vejez*. México: Instituto Nacional de Geriátría. Recuperado de http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod_resource/content/3/Repositorio_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad_I/PSM_Lectura_Envejecimiento_y_vejez.pdf

Mesquita, E., Lopes, M., Carvalho, A., Teixeira, F. y Barbosa, I. (2009). Teorías de enfermería: Importancia de la correcta aplicación de los conceptos. *Enfermería Global*, 8(3). doi: 10.6018/eglobal.8.3.75271

- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social [MIDIS]. (2012). *Personas adultas mayores y familias*. Lima, Perú: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/2012-3.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Estudio sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado*. Chile: Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Final_Perfil_de_Cuidadoras.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Envejecimiento y Vejez*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Montero, X., Jurado, S., Valencia, A., Méndez, J. y Mora, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: Evidencia de validez. *Revistas Científicas Complutenses*, 11(1), 71-85. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44918/42834>
- Montorio, I., Fernández, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez. *Anales de psicología*, 14(2), 229-248. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf
- Moreno, E. (2005). Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichan*, 5(1). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/58/121>

- Navarro, Y. y Castro, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, 19. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
- Organización Mundial De La Salud [OMS]. (2018). *Envejecimiento y salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2015). *La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales*. Washington D.C., EU: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=CDDDE2102CD8DA2689439679EE44BD0?sequence=1
- Ortiz, G., Lindarte, A., Jiménez, A., y Vega, M. (2013). Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en cucutá. *Revista Cuidarte*, 4(1), 459-466. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a05.pdf>

Ramírez, L. (2017). *Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento de cuidadores formales de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cali* (tesis de pregrado), Universidad de San Buenaventura, Cali, Colombia.

Ramón, J., Cibana, L., Saavedra, D., Ródenas, F. y López, R. (2014). *Guía de atención a las personas*. España: Generalitat. Recuperado de http://www.san.gva.es/documents/156344/0/Guia_de_atencion_a_las_personas_cuidadoras_familiares_en_el_ambito-sanitario.pdf

Recomendación Nª (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. (1998). Comité de Ministros del Consejo de Europa. Recuperado de <http://sid.usal.es/10476/3-3-5>

Rogero, J. (enero/marzo de 2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010

Ruiz, A. y Nava, G. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>

SEPAD. (2016). La figura del cuidador/a. España: Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. Recuperado de <https://saludextremadura.ses.es/sepad/la-figura-del-cuidador>

Torres, B., Agudelo, M., Pulgarin, A. y Berbesi, Y. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. *Universidad y Salud*, 20(3), 261-169. doi: 10.22267/rus.182003.130

- Vásquez, L., Baena, A. y Ulloa, M. (2012). Prevalencia de sobrecarga del cuidador, factores asociados y su asociación con la función familiar, en los cuidadores de los pacientes atendidos en el proceso interdisciplinario de rehabilitación de la Clínica Universidad de la Sabana. *Atención Primaria*, 44(10), 571-634. doi: 10.1016/j.aprim.2012.05.009
- Velázquez, Y. y Espín, A. (2014). Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Cubana Salud Pública*, 40(1), 3-17. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100002
- Villagordoa, J. (2007). Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 15 (1), 27-31. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2007/er071e.pdf>

IX) Anexos

Anexo A:

Cuestionario de la escala de Zarit



Universidad Nacional
Federico Villarreal

CUESTIONARIO

I. PRESENTACIÓN

Estimado familiar de los usuarios que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue, el objetivo de este cuestionario es conocer la sobrecarga que se va a presentar el cuidador de un adulto mayor dependiente, la información que usted brinde será valiosa debido a que nos permitirá proponer programas o talleres que mejoren la calidad de vida del cuidador. Este cuestionario es completamente anónimo y confidencial, por lo se le pide que conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible. Gracias por su colaboración.

II. DATOS DEL CUIDADOR

Fecha.....

Edad

Sexo: Masculino () Femenino ()

Estado civil:

- Soltero ()
- Viudo ()
- divorciado ()
- Casado ()

Parentesco que tiene con el paciente

- Hijo(a) ()
- Esposo ()

• Otros:

Nivel de estudios:

- Primaria ()
- Secundario ()
- Superior ()
- Otros ()

Ocupación/ profesión.....

Tiempo que dedica al cuidado de su familiar(horas):

III. DATOS DEL PACIENTE

Edad:

Sexo: femenino () ; masculino:()

A continuación, se le presenta una lista de preguntas con respecto como se siente usted frente al cuidado que ofrece a su familiar. después de leer cada pregunta lo que usted debe hacer es marcar como se siente con un **(X)** en los recuadros donde indica nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre.

PREGUNTAS	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1 ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
3 ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades como el trabajo y la familia?					

4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12 ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 globalmente, ¿piensa que la carga que experimenta por el hecho de cuidar a su familiar es excesiva?					

Anexo B

Validación y confiabilidad de la escala de Zarit

VALIDACION

Juicio de expertos

CRITERIO	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5	PUNTOS X ITEM	$V = S/n(C-1)$	VALIDEZ
1	4	1	3	4	3	15	1	valido
2	4	2	3	3	3	15	1	validos
3	4	2	3	3	3	15	1	valido
4	4	2	2	3	2	13	0.86	valido
5	4	2	3	3	3	15	1	valido
6	4	2	2	3	3	14	0.93	valido
7	4	1	3	4	2	14	0.93	valido
8	4	1	3	4	3	15	1	valido
9	4	2	3	4	3	16	1.06	valido

CONFIABILIDAD

SOBRECARGA GENERAL	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,877	22
IMPACTO DEL CUIDADO	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,851	12
RELACION INTERPERSONAL	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,745	6
AUTOEFICACIA	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,728	4

Anexos C

Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICION
Sobrecarga del cuidador familiar.	Es la cantidad de agotamiento mostrado por parte de las personas que tiene a cargo a un familiar con algún tipo de patología que le genere un grado de dependencia.	Impacto del cuidado	Alteración en las relaciones sociales. Dependencia del paciente. Pérdida de la privacidad y del tiempo libre. Problemas de salud. Responsabilidades extras. Percepción del grado de sobrecarga	1, 2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 17 y 22.	Nominal
		Relación interpersonal	Agobio Vergüenza Enfado Tensión incomodidad e indecisión hacia su familiar y su cuidado	4, 5, 6, 9, 18 y 19.	Nominal
		Autoeficacia	Capacidad del cuidado Problemas económicos	15, 16, 20 y 21.	Nominal
		Datos Socio demográficas del cuidador Edad del Cuidador	Edad del cuidador	Años cumplidos	Discreta
			Sexo del Cuidador	Masculino femenino	Nominal
			Estado civil del Cuidador	Soltero Casado Viudo divorciado	Nominal
			Vínculo con el Adulto mayor dependiente	Hijo(a) Esposo Otros	Nominal
			Nivel de Educación del cuidador	primaria secundaria superior otros	Ordinal
			Ocupación	trabaja no trabaja	Nominal
			Tiempo de cuidado (horas diarias)	horas	Razón
		Datos sociodemográficos del adulto mayor	Edad del adulto mayor	Años cumplidos	Discreta
			Sexo del adulto mayor	Masculino Femenino	Nominal

Anexos D

Nivel de sobrecarga del cuidador familiar

		nivel de sobrecarga			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de sobrecarga	14	35,0	35,0	35,0
	Leve sobrecarga	10	25,0	25,0	60,0
	Sobrecarga intensa	16	40,0	40,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Anexos E:

Nivel de sobrecarga según las dimensiones de la escala de Zarit

	Impacto del cuidado	Relación interpersonal	Autoeficacia
Ausencia de sobrecarga	35%	70,0%	22,5%
Leve sobrecarga	25%	17,5%	15,0%
Sobrecarga intensa	40%	12,5%	62,5%
Total	100%	100,0%	100,0%

Anexo F:

Relación entre el estado civil y nivel sobrecarga

			Nivel de sobrecarga			Total
			Ausencia de sobrecarga	Leve sobrecarga	Sobrecarga intensa	
Estado civil del cuidador	casado	Recuento	6	1	5	12
		% del total	15,0%	2,5%	12,5%	30,0%
	divorciado	Recuento	0	1	2	3
		% del total	0,0%	2,5%	5,0%	7,5%
	soltero	Recuento	8	6	9	23
		% del total	20,0%	15,0%	22,5%	57,5%
	viudo	Recuento	0	2	0	2
		% del total	0,0%	5,0%	0,0%	5,0%
	Total	Recuento	14	10	16	40
		% del total	35,0%	25,0%	40,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,795 ^a	6	,134
Razón de verosimilitud	10,670	6	,099
N de casos válidos	40		

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,50.

Anexo G:

Relación del sexo del cuidador y el nivel de sobrecarga

			Nivel de sobrecarga			Total
			Ausencia de sobrecarga	Leve sobrecarga	Sobrecarga intensa	
Sexo del Cuidador	femenino	Recuento	6	8	13	27
		% del total	15,0%	20,0%	32,5%	67,5%
	masculino	Recuento	8	2	3	13
		% del total	20,0%	5,0%	7,5%	32,5%
	Total	Recuento	14	10	16	40
		% del total	35,0%	25,0%	40,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

Sexo del Cuidador	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Total Chi-cuadrado de Pearson	6,430 ^a	4	,169
Razón de verosimilitud	8,156	4	,086
N de casos válidos	40		

Anexo H:

Relación entre el parentesco y el nivel de sobrecarga

			nivel de sobrecarga			Total
			Ausencia de sobrecarga	Leve sobrecarga	Sobrecarga intensa	
Parentesco que tiene con el paciente	esposo	Recuento	2	0	1	3
		% del total	5,0%	0,0%	2,5%	7,5%
	hijo	Recuento	10	10	10	30
		% del total	25,0%	25,0%	25,0%	75,0%
	otros	Recuento	2	0	5	7
		% del total	5,0%	0,0%	12,5%	17,5%
	Total	Recuento	14	10	16	40
		% del total	35,0%	25,0%	40,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,395 ^a	4	,172
Razón de verosimilitud	8,331	4	,080
N de casos válidos	40		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,75.

Anexo I:

Relación entre el nivel de estudios y el nivel de sobrecarga

			nivel de sobrecarga			Total
			Ausencia de sobrecarga	Leve sobrecarga	Sobrecarga intensa	
Nivel de estudio del Cuidador	primaria	Recuento	0	0	3	3
		% del total	0,0%	0,0%	7,5%	7,5%
	secundaria	Recuento	3	4	9	16
		% del total	7,5%	10,0%	22,5%	40,0%
	superior	Recuento	11	6	4	21
		% del total	27,5%	15,0%	10,0%	52,5%
	Total	Recuento	14	10	16	40
		% del total	35,0%	25,0%	40,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,988 ^a	4	,027
Razón de verosimilitud	12,427	4	,014
N de casos válidos	40		

a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,75.

Medidas simétricas

	Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal Gamma	-,708	,142	-3,824	,000
N de casos válidos	40			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Anexo J:

Relación entre la ocupación del cuidador y el nivel de sobrecarga

			nivel de sobrecarga			Total
			Ausencia de sobrecarga	Leve sobrecarga	Sobrecarga intensa	
Ocupación del cuidador	No Trabaja	Recuento	9	6	9	24
		% del total	22,5%	15,0%	22,5%	60,0%
	Trabaja	Recuento	5	4	7	16
		% del total	12,5%	10,0%	17,5%	40,0%
	Total	Recuento	14	10	16	40
		% del total	35,0%	25,0%	40,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado				
Ocupación del cuidador		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Total	Chi-cuadrado de Pearson	6,430 ^a	4	,169
	Razón de verosimilitud	8,156	4	,086
	N de casos válidos	40		

Anexo K:

Relación entre el tiempo que dedica al cuidado de su familiar y el nivel de sobrecarga

			Nivel de sobrecarga			Total
			Ausencia de sobrecarga	Leve sobrecarga	Sobrecarga intensa	
Tiempo que dedica al cuidado de su familiar(horas)	<= 8	Recuento	2	1	1	4
		% del total	5,0%	2,5%	2,5%	10,0%
	9 - 16	Recuento	4	7	7	18
		% del total	10,0%	17,5%	17,5%	45,0%
	17+	Recuento	8	2	8	18
		% del total	20,0%	5,0%	20,0%	45,0%
	Total	Recuento	14	10	16	40
		% del total	35,0%	25,0%	40,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,653 ^a	4	,325
Razón de verosimilitud	4,908	4	,297
N de casos válidos	40		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,00.

Anexo L:

Relación entre la edad del cuidador y el nivel de sobrecarga.

			Nivel de sobrecarga			Total
			Ausencia de sobrecarga	Leve sobrecarga	Sobrecarga intensa	
Edad del cuidador (agrupado)	21 - 40	Recuento	2	2	3	7
		% del total	5,0%	5,0%	7,5%	17,5%
	41 - 60	Recuento	6	8	10	24
		% del total	15,0%	20,0%	25,0%	60,0%
	61+	Recuento	6	0	3	9
		% del total	15,0%	0,0%	7,5%	22,5%
Total	Recuento	14	10	16	40	
		% del total	35,0%	25,0%	40,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,430 ^a	4	,169
Razón de verosimilitud	8,156	4	,086
N de casos válidos	40		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,75.

Anexo M:

Puntajes de sobrecarga para cada dimensión

SOBRECARGA GENERAL	PUNTAJE
NO SOBRECARGA	22 A 46
SOBRECARGA LEVE	47 A 55
SOBRECARGA INTENSA	56 A 110
IMPACTO DEL CUIDADOR	PUNTAJE
NO SOBRECARGA	12 A 25
SOBRECARGA LEVE	26 A 30
SOBRECARGA INTENSA	31 A 60
INTERPERSONAL	PUNTAJE
NO SOBRECARGA	6 A 12
SOBRECARGA LEVE	13 A 15
SOBRECARGA INTENSA	16 A 30
SOBRECARGA AUTOEFICACIA	PUNTAJE
NO SOBRECARGA	4 A 8
SOBRECARGA LEVE	9 A 10
SOBRECARGA INTENSA	11 A 20

Anexo N:

Matriz de los datos sociodemográficos

DATOS DEL CUIDADOR								DATOS DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENE	
ENCUESTADOS	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	VINCULO	EDUCACIÓN	OCUPACIÓN	HORAS CUIDADO	EDAD P	SEXO P
1	32	masculino	soltero	hijo	superior	Trabaja	12	77	masculino
2	42	femenino	soltero	hijo	secundaria	No Trabaja	9	75	masculino
3	58	femenino	viudo	hijo	secundaria	No Trabaja	24	80	femenino
4	49	femenino	soltero	hijo	secundaria	Trabaja	8	80	femenino
5	70	masculino	casado	hijo	primaria	Trabaja	12	108	femenino
6	49	femenino	soltero	hijo	secundaria	No Trabaja	24	92	femenino
7	37	femenino	soltero	hijo	superior	Trabaja	10	70	femenino
8	49	femenino	soltero	hijo	secundaria	Trabaja	24	85	femenino
9	57	masculino	casado	hijo	superior	Trabaja	6	84	femenino
10	57	masculino	soltero	hijo	superior	No Trabaja	24	87	femenino
11	55	femenino	soltero	hijo	superior	No Trabaja	12	85	femenino
12	68	femenino	soltero	otros	secundaria	No Trabaja	24	90	femenino
13	66	femenino	casado	esposo	superior	No Trabaja	24	68	masculino
14	47	masculino	casado	hijo	superior	Trabaja	7	70	femenino
15	61	masculino	soltero	hijo	superior	No Trabaja	17	82	femenino
16	70	masculino	casado	hijo	superior	Trabaja	12	92	femenino
17	25	femenino	soltero	otros	secundaria	No Trabaja	20	87	femenino
18	51	femenino	casado	hijo	superior	No Trabaja	15	83	femenino
19	66	femenino	casado	hijo	primaria	No Trabaja	24	92	femenino
20	57	femenino	casado	hijo	secundaria	Trabaja	24	91	femenino
21	51	femenino	soltero	hijo	secundaria	No Trabaja	24	101	femenino
22	46	masculino	soltero	esposo	primaria	Trabaja	10	84	femenino
23	38	femenino	soltero	hijo	secundaria	Trabaja	10	77	masculino

24	53	femenino	soltero	otros	secundaria	No Trabaja	15	75	femenino
25	42	femenino	casado	otros	superior	No Trabaja	12	77	masculino
26	24	femenino	soltero	otros	superior	No Trabaja	18	89	femenino
27	22	femenino	soltero	otros	superior	No Trabaja	10	66	femenino
28	58	femenino	divorciado	hijo	secundaria	No Trabaja	24	85	femenino
29	53	femenino	divorciado	hijo	secundaria	Trabaja	14	80	femenino
30	55	femenino	soltero	hijo	superior	No Trabaja	12	82	femenino
31	32	masculino	soltero	hijo	superior	Trabaja	12	62	femenino
32	42	femenino	soltero	hijo	secundaria	No Trabaja	10	70	femenino
33	58	femenino	viudo	hijo	secundaria	No Trabaja	24	89	femenino
34	61	masculino	soltero	hijo	superior	No Trabaja	17	79	femenino
35	66	femenino	casado	esposo	superior	No Trabaja	24	68	masculino
36	47	masculino	casado	hijo	superior	Trabaja	13	84	femenino
37	68	femenino	soltero	otros	secundaria	No Trabaja	24	90	femenino
38	57	masculino	casado	hijo	superior	Trabaja	6	80	femenino
39	57	masculino	soltero	hijo	superior	No Trabaja	24	82	femenino
40	54	femenino	divorciado	hijo	superior	Trabaja	16	91	femenino

Anexo O:

Matriz de la dimensión impacto del cuidado

Encuestados	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 10	Pregunta 11	Pregunta 12	Pregunta 13	Pregunta 17	Pregunta 14	Pregunta 22	Total
1	3	2	3	3	1	2	2	1	2	3	2	26
2	2	5	1	3	2	1	3	1	1	1	3	26
3	2	3	2	5	2	1	2	2	2	5	2	31
4	5	3	5	4	3	1	1	3	2	5	2	38
5	3	4	4	3	4	2	4	3	3	2	4	41
6	2	1	5	1	2	2	1	1	3	5	5	32
7	3	2	4	5	2	1	3	2	2	1	2	28
8	5	4	5	5	4	3	5	1	3	3	1	44
9	3	2	3	2	1	1	1	1	1	3	2	22
10	3	3	3	2	1	3	2	1	1	3	1	25
11	2	2	3	5	2	1	1	1	1	4	2	27
12	5	3	1	5	1	1	1	1	1	3	1	25
13	3	2	1	1	3	1	1	1	1	5	1	22
14	2	3	2	3	3	1	2	2	2	4	3	30
15	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	16
16	4	4	4	4	3	5	3	3	3	2	5	45
17	3	2	5	4	3	2	3	3	3	3	3	37
18	3	2	4	2	1	2	2	1	1	4	1	24
19	5	3	3	2	5	3	4	5	5	5	2	45
20	3	5	1	5	1	3	1	1	2	2	2	29
21	5	4	3	5	3	3	2	3	5	5	3	46
22	3	4	5	5	1	5	4	1	1	5	3	42
23	1	1	2	3	1	1	1	1	1	5	1	19
24	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	34

25	3	5	5	5	1	2	5	2	4	1	4	39
26	3	4	4	4	3	2	4	3	3	4	3	41
27	1	3	3	3	2	1	3	3	3	2	3	29
28	5	5	3	5	4	4	4	4	3	5	3	50
29	3	4	4	5	4	3	2	2	3	3	4	42
30	2	2	3	5	2	1	1	1	1	4	2	27
31	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	17
32	2	5	1	3	2	1	3	1	1	1	1	24
33	2	3	1	5	2	1	2	2	2	5	2	30
34	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	17
35	3	2	1	1	3	1	1	1	1	5	2	23
36	2	3	1	3	2	1	3	2	2	4	2	28
37	5	3	1	5	1	1	1	1	1	3	1	25
38	3	2	3	2	1	1	1	1	1	3	1	21
39	3	3	3	2	1	3	2	1	1	3	1	25
40	4	3	3	3	1	2	2	3	2	5	2	31

Codificación	Valor
Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Anexo P:

Matriz de la dimensión relación interpersonal

Encuestados	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 9	Pregunta 18	Pregunta 19	Total
1	1	1	3	2	4	3	14
2	1	1	2	1	4	2	11
3	1	1	1	2	3	3	11
4	1	1	1	1	3	3	10
5	2	1	4	3	4	2	16
6	1	1	1	2	1	1	7
7	1	1	1	1	1	1	6
8	1	2	4	1	2	1	11
9	1	1	1	3	2	2	10
10	1	1	3	2	3	3	13
11	1	1	2	3	1	2	10
12	1	1	1	1	1	1	6
13	1	1	1	1	1	1	6
14	1	1	1	1	3	2	9
15	1	2	1	2	2	2	10
16	2	2	5	3	4	4	20
17	1	1	4	3	4	3	16
18	1	1	1	1	2	2	8
19	1	2	1	3	1	3	11
20	1	1	5	5	2	1	15
21	1	1	5	2	4	4	17
22	1	1	1	1	3	1	8
23	1	1	1	2	1	1	7
24	1	1	1	2	3	3	11

25	1	1	2	1	3	1	9
26	3	1	1	1	3	2	11
27	2	2	3	1	2	3	13
28	3	4	3	4	4	4	22
29	2	2	3	2	3	3	15
30	1	1	2	3	1	2	10
31	1	1	1	2	1	1	7
32	1	1	2	1	3	2	10
33	1	1	1	2	3	3	11
34	1	2	1	2	2	2	10
35	1	1	1	1	1	1	6
36	1	1	1	1	2	1	7
37	1	1	1	1	1	1	6
38	1	1	1	3	2	2	10
39	1	1	3	3	1	3	12
40	1	1	1	2	3	1	9

Codificación	Valor
Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Anexo Q:

Matriz de la dimensión autoeficacia

Encuestados	Pregunta 15	Pregunta 16	Pregunta 20	Pregunta 21	Total
1	2	3	5	3	13
2	5	3	4	5	17
3	3	2	2	1	8
4	3	5	5	5	18
5	3	3	3	2	11
6	5	5	5	5	20
7	4	2	5	3	14
8	5	1	5	5	16
9	1	1	3	3	8
10	1	1	3	3	8
11	4	2	3	3	12
12	3	1	3	5	12
13	3	3	5	3	14
14	1	2	4	3	10
15	1	1	4	4	10
16	4	3	4	5	16
17	2	3	5	3	13
18	2	2	1	1	6
19	3	3	3	3	12
20	3	3	5	5	16
21	5	5	5	5	20
22	1	3	1	2	7
23	1	1	4	3	9
24	4	2	3	2	11
25	2	1	5	4	12
26	3	2	4	4	13
27	3	3	5	4	15
28	4	3	3	3	13

29	3	2	4	4	13
30	4	2	3	3	12
31	1	1	5	3	10
32	5	3	4	5	17
33	3	2	2	1	8
34	1	1	4	4	10
35	3	3	5	3	14
36	1	2	2	1	6
37	3	1	3	5	12
38	1	1	3	3	8
39	1	1	3	3	8
40	2	1	3	3	9

Codificación	Valor
Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Anexo R:

Cronograma de actividades - Cronograma de Gant

[illegible]

Anexo S:

Presupuesto

RUBRO	U/M	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (S/.)	COSTO TOTAL (S/)
BIENES				
PAPEL BOND A4	CIENTO	5	14,2	71,00
LAPICEROS	PZA	10	0,5	5
FOLDER MANILA	PZA	8	0,5	4
ANILLADO	PZA	10	3	30,00
CD	PZA	2	1	2,00
CD REGLABABLE	PZA	3	5	15,00
SERVICIOS				
FOTOCOPIAS	PZA	200	0,05	10
IMPRESIONES	PZA	200	0,1	20
INTERNET	/MES	1	78	78
OTROS				
ALIMENTACION	/PERSONA	1	10	10
PASAJE	/PERSONA	1	60	60
INPREVISTOS		1	100	100
TOTAL				405,00

Anexo T: *Consentimiento informado*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo por medio del presente documento, despues de haber sido informado de manera clara y precisa acerca de los objetivos del estudio, acepto de manera voluntaia formar parte de la investigacion titulada “SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE EN CONSULTORIO EXTERNO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE SETIEMBRE – OCTUBRE 2018” relizada por la Srta. Clara Pamela Inga Toribio, estudiante de enfermeria de la Universidad Nacional Federico Villarreal, dado que la informacion que yo brinde es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

Lima, Perú 2018.

Firma del participante