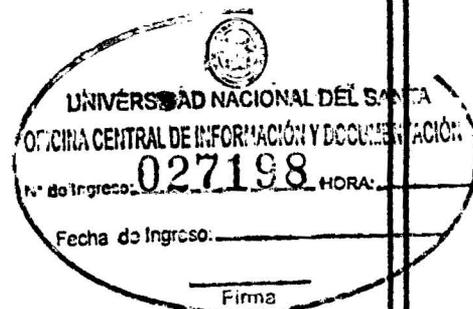




UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR Y SU RELACIÓN
CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL USUARIO
ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
DEL HOSPITAL I ESSALUD, NUEVO CHIMBOTE, 2014.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTAS:

Bach. Enf. GONZALES HENOSTROZA, Dula Maribel
Bach. Enf. ROJAS GARAY, Karina Esther

ASESORA:

Ms. ROSAS GUZMÁN, Inés Concepción

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ
2015**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA



REVISADO Y Vo Bo DE:

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Inés Rosas G.". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Ms. Rosas Guzmán, Inés Concepción

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y Vo. Bo. De:
JURADO EVALUADOR

Dra. Morgan Zavaleta, Ysabel.

PRESIDENTA

Ms. Rodriguez Barreto, Yolanda.

SECRETARIA

Ms. Rosas Guzmán, Inés Concepción.

INTEGRANTE

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser nuestro guía y darnos la oportunidad de poder contribuir a mejorar la calidad de vida del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria.

A la Escuela de Enfermería con su excelente plana docente universitaria por apoyarnos para engrandecer la profesión de Enfermería.

A nuestra asesora Ms. Inés Rosas Guzmán, por sus importantes orientaciones y su tiempo brindado en la realización del presente estudio..

Al Hospital I ESSALUD de Nuevo Chimbote, al usuario del Programa de Atención Domiciliaria y su cuidador familiar, por recibimos y acogernos gentilmente, permitiendo la ejecución de la presente investigación..

LAS AUTORAS

DEDICATORIA

A Dios por no abandonarme en los momentos más difíciles y por darme vida, fortaleza y sabiduría para cumplir mis metas.

A mi padre Fernando que desde el cielo me cuida y guía mis pasos.

A mi madre Dula por su paciencia, a mis hermanos: Rosmery, Fernanda y Fernando, y mis sobrinos: Alexia, Jelibalet, Anefy, Gean Pool, Adrián y Rouse, quienes siempre me ayudaran a ser mejor cada día.

Dula Maribel Gonzales Henostroza

DEDICATORIA

En primer lugar a DIOS, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida y darme fuerzas para seguir adelante ante los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin desfallecer en el intento.

A mis queridos padres: JUAN ROJAS y SOFIA GARAY, por su apoyo incondicional, consejos, comprensión, amor y ayuda en los momentos más difíciles, acompañándome durante todo mi trayecto estudiantil y de vida..

A mi amado esposo: JORGE ARMEY, por ser parte importante en el logro de mis metas profesionales, dándome aliento, un amor incondicional y apoyo en todo momento.

A mi querida hermana: PATRICIA ROJAS y mi sobrino FABRIZZIO, por compartir momentos buenos y malos con ese apoyo familiar que siempre he necesitado para seguir adelante.

*Y a una gran amiga que desde el cielo me cuida:
ELIZABETH RUBIO, parte de mi motivación
para elegir esta noble profesión.*

Karina Esther Rojas Garay

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	14
II. MARCO TEÓRICO	33
III. MATERIAL Y METODO	40
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	52
4.1 RESULTADOS	52
4.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	58
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
5.1 CONCLUSIONES	67
5.2 RECOMENDACIONES	68
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 Grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014.	52
TABLA N° 02 Nivel de sobrecarga del cuidador familiar del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014.	54
TABLA N° 03 Relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014.	56

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA N° 01	
Grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014.	53
FIGURA N° 02	
Nivel de sobrecarga del cuidador familiar del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014.	55
FIGURA N° 03	
Relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014.	57

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, tuvo por objetivo conocer la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014.

La muestra estuvo constituida por 30 usuarios adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD con sus respectivos cuidadores familiares que reunieron los criterios de inclusión del presente estudio. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de dos instrumentos: Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria y la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 21, obteniendo las siguientes conclusiones:

- ❖ La mayoría (90,0%) de los usuarios adultos mayores presenta dependencia funcional, siendo la dependencia total la más frecuente (33,3%), seguida de dependencia leve (30,0%) y dependencia grave (16,7%), así mismo un 10,0% presentó dependencia moderada y sólo el 10,0% restante presentó independencia funcional [(\bar{X}) : 45,33 DS: 34,961].
- ❖ La mayoría (63,3%) de los cuidadores familiares presenta sobrecarga del cuidado, del cual el 40% presenta una sobrecarga

intensa, el 23,3% una sobrecarga ligera y sólo el 36,7% restante presenta ausencia de sobrecarga [(\bar{X}) : 38,03 DS: 12,58].

- ❖ Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD. [$X^2 = 20,496$; gl. 8; $p = 0,009$]
 $p < 0.05$.

Palabra Clave: Sobrecarga, dependencia funcional

ABSTRACT

This research is correlational descriptive and cross-sectional , I aimed to reveal the relationship between the overload of caregivers and the degree of functional dependence of the elderly User Program Home Care Hospital I ESSALUD , New Chimbote , 2014 .

The sample population consisted of 30 older adult users who belong Program Home Care Hospital I ESSALUD with their family caregivers who met the inclusion criteria of this study. Data collection was performed by applying two instruments: Barthel index of basic activities of daily living and Scale Zarit caregiver burden . Data were processed in SPSS 21 , obtaining the following conclusions:

1. 90.0 % of older users Home Care Program presents functional dependence , the total dependence on the most frequent (33.3 %), followed by mild dependence (30.0 %) and severe dependence (16.7 %) , 10.0 % have moderate dependence and only remaining 10.0 % showed functional independence.
2. 63.3 % of family caregivers is overloaded care , of which 40 % present an intense overload, overload 23.3 % light and only the remaining 36.7 % have no overhead [38 , 03 DS: 12.58] .

3. There is a statistically significant relationship between the degree of functional dependence of the elderly User Home Care Program and the overload of family caregivers [$\chi^2 = 20.496$; gl. 8; $p = 0.009$] $p < 0.05$].

Keyword : Overload , functional dependence

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial existe una tendencia global de envejecimiento de la población, de la que Perú no está ajeno. Si bien es un elemento natural de la vida, el proceso de transición demográfica ha ocurrido de forma acelerada. El grupo de edad de mayores de 65 años tiene cada vez más peso relativo, de los cuales aproximadamente el 15% tiene más de 80 años. Situación que, sumada al escaso mejoramiento de los estilos de vida saludables, trae consigo el aumento de los adultos mayores postrados (AMP) o con dependencia severa. Esto conlleva a una pérdida de autonomía en los adultos mayores, surge entonces la necesidad de cuidado, de contar con ayuda de otras personas para satisfacer las demandas que en la mayoría de los casos es un familiar, convirtiéndose en cuidador familiar principal (1).

Por lo tanto, el cuidado ofrecido por familiares a pacientes en el domicilio es una realidad, pues, cuando éstos salen de las instituciones hospitalarias después de haber tenido una enfermedad que acarrea secuelas o algún tipo de enfermedad discapacitante, aun requieren atenciones. Esto ocurre porque la mayoría de la población no dispone de recursos financieros que le permita añadir al presupuesto mensual el coste de la contratación de una empresa o profesional particular técnicamente listo para la prestación de atenciones en el domicilio; por lo que, la necesidad de cuidar ocurre más de una imposición circunstancial que de una elección (2).

La figura del cuidador emerge de relaciones familiares, casi siempre fragilizadas por la presencia de la enfermedad y de lo que fue vivido. De ese modo, exige severos y profundos arreglos en la organización y dinámica intrafamiliares para corresponder a las necesidades de la persona dependiente, los individuos que experimentan una alteración de su hábitat inmediato, de la magnitud de cuidar a otra persona dependiente en mayor o menor grado, son propensos a sufrir trastornos psicossomáticos y por ende una sobrecarga emocional y física (3).

Esta realidad ha conducido a los profesionales de la salud a realizar estudios relacionados con algunas variables de la presente investigación, reportándose en el ámbito internacional, las siguientes investigaciones:

En España, Pérez, A. (2006) en su estudio "El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental" obtuvo como resultado que: el 79% de los cuidadores familiares son mujeres, 70,7% son amas de casa, 23,9 % combinan la tarea de cuidar con un trabajo remunerado, 35,9% son jubilados, 20,7% están desempleados, 17,4% tienen trabajo fijo, 57,65% alcanzo estudios primarios, 18% estudios secundarios, 63% están casados. El 38% de los pacientes con dependencia son cuidados por sus hijas/hijos, el 36,6% por sus cónyuges; mientras que un 89,1% cuida permanente a su paciente el 46% de los cuidadores son asistidos por otro familiar y 29% tiene un cuidador formal. Respecto a la dependencia funcional 39,1% de los pacientes presentan dependencia severa, 32,6% presentan dependencia

total, 20,7% dependencia moderada y solo el 2,2% dependencia escasa. Finalmente el 25% de los entrevistados mostraron un alto deterioro de su salud mental (4).

En España, Muñoz, M. (2007) en su estudio "La enfermedad de Alzheimer como factor de riesgo psicosomático para los cuidadores familiares de enfermos crónicos discapacitados", concluyo que 47,7% de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) asumen sus responsabilidades de manera solitaria, el 39,5% con ayuda habitual y el 12,8% con ayuda esporádica. Respecto al grado de dependencia promedio de los pacientes atendidos por la población de cuidadores, el 31,44% obtuvo un nivel moderado de dependencia; con respecto a la sobrecarga de los cuidadores tuvieron una carga de ligera a ausente. Además el 26,9% de los cuidadores presentaron hipertensión arterial (HTA), 17,4% taquicardia, 6,6% arritmia, 3,6% infarto, y 3,0% estaban afectados de insuficiencia coronaria, finalmente el ser cuidador está asociado a la aparición de algunas alteraciones biopsicosociales en los cuidadores (5).

En Brasil, Catarina, A. y Pereira, M. (2013) en su estudio "Sobrecarga, enfrentamiento, síntomas físicos y morbilidad psicológica en cuidadores de familiares dependientes funcionales", obtuvieron como resultados que el 78% de los cuidadores era de sexo femenino, 68% jubilados o desempleado, 72% casados o vivían con el familiar, 52% cuidaron a su familiar más de tres años, 66% de los familiares cuidados estaban total o

gravemente dependientes. Además fue encontrada una correlación positiva significativa entre estrategias de enfrentamiento y la duración del cuidado. El vínculo más fuerte entre el cuidador y el familiar lleva al menor uso de estrategias adaptativas de enfrentamiento, estos resultados destacan la necesidad de intervenciones para incluir las estrategias de enfrentamiento, considerando su importancia para reducir la sobrecarga, morbilidad psicológica y síntomas físicos de los cuidadores (6).

En Brasil, Nardi, E., Sawada N., y Santos J. (2013) en su investigación "Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar", los resultados revelaron que el 57,3% de ancianos cuidados eran de sexo femenino, siendo el 51,7% viudas , con una edad promedio de 79,9 años, y cuya necesidad de asistencia por parte de su familiar cuidador es de hasta 50% para realizar las tareas de la vida diaria. La mayoría (90,4%) de los cuidadores era del sexo femenino, de las cuales 48,8% son hijas, 76,4% son casadas, con un promedio de edad de 56,7 años. Respecto a la Medida de Independencia Funcional (MIF) del anciano; 46,7% presento dependencia modificada. Respecto a la evaluación de la sobrecarga entre los cuidadores, el 57,3% presenta sobrecarga moderada; 24,7% una pequeña sobrecarga; 15,7% sobrecarga leve y solo el 2,2% una sobrecarga severa llegando a la conclusión que si existe relación entre la dependencia funcional y la sobrecarga del cuidador familiar (7).

En Zaragoza, Amaya, V. (2013) en su estudio "Sobrecarga del cuidador principal en la Unidad de Orto geriatria del Hospital San José de Teruel", obtuvo como resultado que el promedio de edad de los pacientes fue de 81 a 87 años, 71% eran mujeres que procedían del medio rural, 48,4% presentaban dependencia funcional leve, el 67,7% de los cuidadores principales fueron mujeres, de las cuales 76,7% eran casadas y cuyo vínculo más frecuente con el paciente era de hija (54,5%), además el 74,2% de las cuidadoras no presentaron ninguna sobrecarga (3).

En el ámbito nacional se encontraron los siguientes trabajos de investigación relacionados con las variables del presente estudio:

En Trujillo, Campos, J. y Solórzano, L. (2006) en su estudio "Grado de sobrecarga de roles y su influencia en el nivel de estrés del cuidador familiar del adulto dependiente". Obtuvieron como resultados que el cuidador presento un grado moderado de sobrecarga y un nivel de estrés de medio a alto, así mismo se encontró que si existe relación entre el grado de sobrecarga y el nivel de estrés del cuidador familiar del adulto dependiente (8).

En Lima, Ruiz, L. , Campos M. y Peña N. (2008) en su estudio "Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao", concluyeron: que 69,8% de los adultos mayores son mujeres, 44,5% tienen edades entre 60 y 69 años, 31,9% fueron categorizados como adulto mayor frágil, 79,4% de adultos mayores son

independientes, 46,2% se encuentra en situación de riesgo social y 28,9% tienen problema social. La mayoría (66,1%) de los adultos mayores carecen de un seguro de salud. Las enfermedades prevalentes fueron hipertensión arterial (42,5%) seguido de artrosis (33,6%), evidenciándose en la valoración funcional y clínica el deterioro de estos adultos mayores con la edad (9).

En Chiclayo, Adriaizan, M. (2011) en su estudio "Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia en el Hospital Almanzor Aguinada Asenjo", obteniéndose como resultados: el surgimiento de sentimientos que surgen en el cuidador frente a la enfermedad asumiendo el desafío de ser cuidador, organizándose para el cuidado: cuidador - familia , manteniendo la fe en Dios, vislumbrando el futuro del enfermo; por todo esto se consideró que esta situación no sólo afecta al enfermo sino también a sus familiares que se ven envueltos en un mundo completamente desconocido y estresante así como también responden con diferentes actitudes ya que se presentan cambios emocionales en su vida (10).

En Lima, Romero, Z. y Cuba, M. (2013) en su investigación "Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima" , concluyeron que: 77,4% de los cuidadores tenían entre 25 a 59 años, el 61,29% de los cuidadores tenía un tiempo entre 1 a 8 años cuidando a pacientes geriátricos y 67,74% empleaba menos de 8 horas diarias en el cuidado,

90,3% de los cuidadores no había recibido capacitación para el cuidado, 75,27% presentaron sobrecarga intensa y 40,86% presentó alta severidad de los síntomas somáticos, encontrándose asociación estadística entre estas dos variables. En conclusión se encontró relación entre el desarrollo de síntomas somáticos y la presencia de sobrecarga en los cuidadores de pacientes geriátricos (11).

En el ámbito local se encontraron los siguientes trabajos de investigación relacionados con las variables del presente estudio:

En Chimbote, Mendoza, N., Miranda E. y Quijandria A. (2000) en su estudio "Nivel de depresión del adulto mayor y su relación con el grado de independencia, participación en actividades sociales y apoyo familiar entre la Urb. Santa Cristina y el AAHH. Golfo Pérsico, Nuevo Chimbote", encontrando en los resultados que el grado de independencia y el nivel de depresión del adulto mayor, en ambas comunidades, presentan una moderada correlación inversa y una asociación significativa entre las dos variables. El grado de participación en actividades sociales y el nivel de depresión del adulto mayor, en ambas comunidades, presentaron una moderada correlación inversa; la Urb. Santa Cristina presentó un alto nivel de significancia entre las variables estudiadas a diferencia del A.A.H.H. Golfo Pérsico que presentó una relación no significativa (12).

En Chimbote, Castro, R. (2007) en su estudio intitulado "Relación entre nivel de conocimiento y nivel de estrés del cuidador familiar de pacientes de hemodiálisis. Hospital III ESSALUD Chimbote", los

resultados obtenidos mostraron que el 43.75% de los cuidadores familiares presentan un nivel de conocimiento regular, el 36,25% un nivel deficiente, y el porcentaje restante un nivel de conocimiento bueno 20.0%; el 41.25% de los cuidadores familiares de pacientes de hemodiálisis del Hospital III ESSALUD presentan un nivel de estrés moderado, el 36.25% presentan un nivel de estrés severo, y un menor porcentaje de 22.5% presentan un nivel de estrés leve. Se encontró que el nivel de conocimiento del cuidador familiar de los pacientes de hemodiálisis guarda relación estadística significativa con el nivel de estrés (13).

En Chimbote, Álvarez, R. y Mendoza, L. (2010) en su estudio "Nivel de habilidad de cuidado del cuidador familiar en usuarios del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD. , Nuevo Chimbote" , obtuvieron como resultados: que el 89,0% de los cuidadores tuvieron un nivel medio de habilidad para el cuidado seguido de un nivel alto; en la dimensión: conocimiento, el cuidador presenta un nivel de medio a bajo de 60.0%; en la dimensión valor el 90.0% tiene un nivel medio al igual que en el nivel paciencia (14).

En Chimbote, Alva A. y Valle A. (2010) en su estudio "Nivel de auto concepto y grado de dependencia en la persona con discapacidad física adquirida, Jurisdicción del Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote", los resultados encontrados mostraron que el 75.0% de las personas con discapacidad presentaron un nivel adecuado de auto concepto, el 72,5 %

presenta un grado leve de dependencia, así mismo la prueba estadística de criterios mostro que si existe relación significativa entre el nivel de auto concepto y el grado de discapacidad (15).

El proceso de envejecimiento a nivel mundial y particularmente en América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 65 y más años en el mundo, de 204 millones en 1950 a 577 millones, estimándose para el año 2050 este grupo poblacional pueda llegar a cerca de 1 900 millones (16).

En los países latinoamericanos, según el Foro Internacional "Población, envejecimiento y desarrollo: retos y desafíos" conmemorando el Día Mundial de la Población 2013, se expuso que la población adulta mayor en Perú el 2020 llegará a 2 millones 452 mil 229 personas, y en el 2050 la cifra ascenderá a 6 millones 451 mil 884 adultos mayores, lo que representará el 16 por ciento de la población peruana (17).

A nivel nacional, según los resultados de Encuesta Nacional de Hogares correspondiente al informe técnico de diciembre del 2013, revelan que la población con 65 y más años de edad, denominada personas adultas mayores representa el 9,6% del total de población (el 8,2% son personas adultas de 65 a 79 años de edad

y el 1,4% de 80 y más años de edad). Al comparar con similar trimestre del año 2012, se observa que la proporción del total de la población adulta mayor creció 0,6 punto porcentual. Por grupos de edad, entre los dos trimestres analizados, se presenta un aumento de 0,6 punto porcentual entre los de 65 a 79 años; no obstante, se mantiene en similar proporción los de 80 y más años de edad (18).

Más del 70 % de la población de 65 y más años de edad, presentó algún problema de salud crónico (artritis, hipertensión, asma, reumatismo o diabetes, entre otros); mientras que, el 28,3% no tuvo problemas de salud. Por tipo de problema de salud, se registró que el 44,9% ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido algún accidente y el 42,9% tuvo síntoma o malestar, se observa que la mayor proporción de la población de 65 y más años de edad están afiliados únicamente al Seguro Integral de Salud (33,1%) y a ESSALUD (31,9%) (19).

Este deterioro progresivo puede manifestarse de diversas formas y en general se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y la autonomía de las personas mayores. Concorre a este hecho social el incremento de la demanda de los servicios sanitarios, modulada dicha demanda por el aumento de personas mayores con discapacidad, producto del padecimiento de enfermedades crónicas, dicho proceso ha inducido a una optimización de los servicios sanitarios, con el fin de responder a los

requerimientos que suponen el cuidado y la recuperación de la salud de los pacientes en permanencia domiciliaria debido a las enfermedades crónicas (1).

Es así como nace el programa de atención domiciliaria (PADOMI) en 1993 por ESSALUD, a diferencia que el MINSA, luego de haber aprobado en el 2003 el Modelo de Atención Integral (MAIS) en el 2004 implementa la Atención Integral para las Personas Adultas Mayores (PAMS) en las Direcciones de Salud de todo el país; en la actualidad todos los establecimientos conforman a través de esta atención el Programa del Adulto, sin embargo la mayoría de los pacientes son independientes, a diferencia del servicio que brinda ESSALUD con el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI). El cual brinda el servicio de salud de mantenimiento en cuanto a las enfermedades preexistentes bajo una atención preferencial en el domicilio dirigida a personas dependientes, que son aquellas que no pueden valerse por sí mismas y dependen de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria, tales como desplazarse, vestirse, comer, asearse, usar los servicios higiénicos, entre otros. Donde la familia cumple un rol complementario importante y responsable en el cuidado del paciente, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna (20).

Ante ello el profesional de enfermería, guarda un rol importante la cual está dirigida con una diversidad de funciones según lo señala el

propio Programa de Atención Domiciliaria, tales como: realizar visitas domiciliarias, donde en la primera visita se valora integralmente al paciente detectando y cuantificando sus problemas clínicos, funcionales, mentales y sociales; elaborando un plan de trabajo, realizando la programación de visitas incluyendo la frecuencia de estas, brinda una atención personalizada y continuada al paciente, también está a cargo del Curso de Inducción que está dirigido a familiares y cuidadores de pacientes que ingresan al Programa de Atención Domiciliaria, con la finalidad de capacitarlos en las técnicas del cuidado del paciente, este Curso Taller se denomina: "Cuidando a mi adulto mayor enfermo en casa" fomenta el auto cuidado del paciente y la prevención de enfermedades (20).

La importancia de la atención domiciliaria como parte del sistema estructurado de niveles asistenciales para la atención en geriatría radica en el hecho de ofrecer continuidad de los cuidados a los pacientes geriátricos con discapacidad aguda o crónica que lo requieran (21) (22).

Aunque el sistema de salud ofrece en la actualidad una mayor cobertura en la atención sanitaria, el aumento en la expectativa de vida y el envejecimiento poblacional han requerido de mayor implicación de la familia en el cuidado de la salud de las personas con enfermedades que suponen discapacidad y que deben permanecer en el hogar en situación de dependencia. Esto trae como consecuencia

la disminución de la capacidad de la persona para el desempeño de las actividades de la vida diaria, con lo cual requiere de la ayuda de otra persona para el cuidado con el correspondiente impacto en la vida del cuidador principal (23).

Por otro lado, cuando se hace referencia a la necesidad de cuidados de larga duración, se ha enfatizado en las respuestas que, se ofrecen desde el ámbito sanitario o social. No obstante, la inmensa mayoría de las personas que los requieren, reciben los cuidados a través de la informalidad, dentro de éste, de la familia, siendo asumido por lo general por las mujeres (24).

Esta tarea de cuidador familiar principal, supone un grado elevado de responsabilidad y exigencia; lo que a su vez, conlleva en sí misma, una fuente de estrés y malestar emocional por parte del cuidador principal y de los demás miembros de la familia; siendo las consecuencias más graves en la salud física y psíquica, como la depresión y los trastornos psicosomáticos (25).

Uno de los factores que hacen más dificultoso el cuidado a la persona dependiente, son los cambios importantes en el modelo de familia, con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo. Dicha situación está provocando la disminución progresiva de la capacidad de respuesta en la prestación de cuidados informales, haciendo que el modelo de apoyo informal, que ya ha empezado a hacer crisis, sea insostenible a medio plazo (26).

Por otra parte, cuando la persona se enfrenta a la enfermedad, se afecta su entorno inmediato, es decir su familia. Dicho impacto va a depender de los factores de protección y de vulnerabilidad presentes en dicho núcleo familiar; de sus actitudes y las respuestas instrumentales o emocionales que se desplieguen hacia el miembro enfermo son importantes para establecer el equilibrio de interacción y de soporte. Por tanto, la familia como fuente de apoyo o de vulnerabilidad se convierte en una variable de mucha significación, a ser tomada en cuenta por los facultativos de la salud en el proceso de recuperación (27).

Las familias se enfrentan al ámbito de la enfermedad sin un mapa psicosocial. La asistencia en el hogar del paciente con una enfermedad que genera discapacidad, implica un conjunto de ajustes en la dinámica de interacción de los miembros la familia, como la distribución de roles y funciones, a fin de responder y adaptarse a las nuevas exigencias que impone la afección. Situación que podría verse agravada si en el seno familiar prevalecen estilos de comportamiento con niveles elevados de angustia, ansiedad y escasas habilidades para resolver el problema. Dichos cambios dentro de la familia, serán más complejos mientras más significativas e importantes son los roles y las funciones familiares de la persona enferma (28).

Es el cuidador principal en quien generalmente recae el mayor impacto, dicho impacto (carga) será modulado por el tipo de

enfermedad, por el curso y gravedad de la misma, por el apoyo socio familiar existente, por los recursos y estrategias de afrontamiento del cuidador y de las características del paciente. Por tanto, es común que los cuidadores familiares presenten sentimientos de culpa, rabia, tristeza, cansancio, ansiedad y desesperación, ya que, muchas veces, desempeñan actividades sin orientación y soporte adecuado, lo que sumado a demandas de recursos económicos, a la organización familiar y personal, a angustias, a conflictos, y a acumulación de tareas, entre otros , puede generar sobrecarga (29) (30).

Con el pasar del tiempo, a medida que aumenta la debilidad y la dependencia del anciano, las tareas de cuidar podrán sufrir nuevos cambios, exigiendo mayores esfuerzos para que se suplan las necesidades que acompañan la disminución de la capacidad funcional del anciano. Así, como resultado de las repercusiones del cuidar y el estado de vulnerabilidad, al cual el cuidador se expone, pueden surgir desgastes físicos.

Por lo que, habiéndose observado esta situación problemática durante las prácticas pre profesionales y de internado en los diversos Hospitales de Chimbote, principalmente en los servicios de Medicina y Cirugía (ESSALUD, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Hospital de Apoyo La Caleta.) y percibiéndose directamente en el cuidador familiar de los pacientes adultos mayores , algunos síntomas de sobrecarga en el desempeño de su rol, puesto que al ser sus padres

y/o abuelos los hospitalizados, estos necesitan ayuda en la mayoría de los casos por encontrarse postrados siendo dependientes en la mayoría de sus actividades ; nos motivamos a realizar este estudio en el Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, el cual empezó a funcionar hace más de 6 años en Nuevo Chimbote, iniciando con 89 usuarios, en la actualidad esta población es mayor siendo 168 usuarios entre niños, jóvenes y adultos mayores, para efecto de la presente investigación, se tomara en cuenta a los adultos mayores, en donde el usuario adulto mayor con dependencia marcada recibe apoyo del cuidador familiar así como del profesional de enfermería, buscando evidenciar la relación que existe y trabajar tanto con el cuidador familiar como con el usuario adulto mayor (20).

Por lo anteriormente expuesto consideramos importante realizar el presente estudio planteando la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014?

El presente trabajo de investigación es importante porque proporcionará datos referentes al nivel de sobrecarga del cuidador familiar de los usuarios adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria , y como este nivel se relaciona con el grado de dependencia funcional del adulto mayor. En tal sentido el

sector salud se fortalecerá con los resultados del estudio, pudiendo establecer estrategias de manejo del cuidado no sólo orientándose en el usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria , sino también en el cuidador familiar.

Para las instituciones formadoras de profesionales de enfermería, estos resultados les permitirán ampliar y fortalecer los contenidos, considerando al cuidador principal como parte principal del proceso de cuidado que se da en el hogar, siendo de suma importancia, como fuente bibliográfica para futuros estudios.

A nivel social, el presente trabajo, beneficiará directamente al adulto mayor y al cuidador familiar, pues los resultados al ser tomados en cuenta por los diversos profesionales, permitirá desarrollar programas especiales en salud gerontológica en el que se integren a los familiares, así como el manejo emocional, los cuales contribuirán de un modo significativo a mejorar la calidad de vida del cuidador y por ende del usuario adulto mayor .

Al personal de Salud del Hospital I ESSALUD, le permitirá reorientar sus acciones preventivas promocionales no sólo en la atención del adulto mayor, sino en el involucramiento del cuidador familiar, con la finalidad de optimizar su salud, mejorar la calidad de vida, lograr el bienestar y facilitar el desarrollo personal del adulto mayor y del cuidador familiar.

1.1. OBJETIVOS:

1.1.1. OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Conocer la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Determinar el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014
- ❖ Determinar el nivel de sobrecarga del cuidador familiar del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD , Nuevo Chimbote, 2014
- ❖ Determinar la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD , Nuevo Chimbote, 2014.

027198

1.2. HIPOTESIS:

1.2.1. Hipótesis alternativa:

Existe relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014

1.2.2. Hipótesis Nula

No existe relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, 2014

II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

El Modelo de Adaptación de Callista Roy, define la adaptación como un proceso de cambio, como un fenómeno universal en los seres humanos. Conceptúa al individuo como un ente biopsicosocial en interacción constante en un entorno cambiante, que experimenta adaptaciones continuas. El bienestar y la enfermedad forman parte de las dimensiones de la vida. Si se traza una línea continua entre el bienestar y la enfermedad, se puede situar al hombre en cualquier lugar sobre esta línea, en sitios variables según la época de su vida. Cualquiera que sea el lugar que ocupe en esta línea, la persona experimenta una gran variedad de estímulos a los que se debe responder, y para que esta respuesta sea positiva, es preciso que haga referencia a la adaptación (31). Las respuestas adaptativas están en función de los estímulos y del nivel de adaptación del organismo.

En el presente estudio, ante la nueva circunstancia que es enfrentar una enfermedad que vulnera la funcionalidad básica del usuario adulto mayor, tanto este como su cuidador principal, se sienten amenazados ante el contexto al cual según sus habilidades tienen que adaptarse.

Para Roy, existen respuestas adaptativas al ambiente que pueden ser considerados como proceso o como producto final.

EL PROCESO DE ADAPTACIÓN. El proceso de adaptación inicia por la acción de los estímulos focales, reforzados por estímulos contextuales o residuales.

El estímulo focal, es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta la persona, estos estímulos pueden ser de naturaleza biológica, psicológica y social o una combinación de estos. Para efecto de la presente investigación está representado en el grado de dependencia funcional (Anexo N° 01) del usuario de PADOMI, este nuevo contexto influye de manera directa a dos personas, la primera referida al adulto mayor quien vivencia como su organismo declina propio del envejecimiento, trayendo consigo una serie de alteraciones en la salud. La manera de enfrentarse a los diferentes sucesos que ocurren en la vida de los adultos mayores determina la capacidad con que éstos se adaptarán a las transiciones ya las crisis del envejecimiento (como una enfermedad o la pérdida de un familiar).

Y en segundo, al cuidador principal quien brindara el soporte de funcionalidad y responderá ante la disfuncionalidad de su familiar. Lo cual, supone un grado elevado de responsabilidad y exigencia; Por tanto dependerá de la capacidad de adaptación del adulto mayor y del

cuidador familiar ante los estímulos para condicionar una respuesta determinada.

El estímulo contextual, son otros estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal.

En el presente trabajo el estímulo contextual viene a ser el contexto donde se han desarrollado el cuidado del adulto mayor y su desenvolvimiento según su grado de funcionalidad, siendo este su entorno de domicilio, así como también el contexto familiar e individual es decir sus creencias, actitudes, experiencias personales que el adulto mayor y su cuidador familiar han adquirido en las etapas anteriores de su vida que podrían determinar su salud física y mental.

El estímulo Residual, son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan un o unos efectos no muy definidos en la situación del momento, se refiere a factores tales como los aspectos políticos, social, religioso, cultural de la sociedad en donde se desarrolla.

Roy postula dos mecanismos de enfrentamiento a los estímulos: el regulador (control fisiológico) y el cognator (control psicológico (32) (31).

El mecanismo de enfrentamiento regulador o control fisiológico recibe estímulos internos y externos, procesa estos cambios a través de canales neuroquímicos y endocrinos hasta llegar al sistema nervioso central provocando respuestas corporales automáticas o inconscientes preparando a la persona para el ataque, la aproximación o la huida (31).

El adulto mayor y cuidador principal dependen de la homeostasis que es la capacidad del organismo para mantener en equilibrio el medio interno, siempre que este mecanismo funcione adecuadamente el cuerpo es capaz de adaptarse o reaccionar a situaciones de alarma.

En el adulto mayor este mecanismo se torna menos eficaz y se pierde la capacidad de reserva, lo cual hace que la persona sea más vulnerable a la enfermedad física o mental (31). De igual manera el cuidador principal, por lo cual hay una disminución de neurotransmisores como la dopamina y noradrenalina, que producirán trastornos en la conducción de estímulos neuronales y síntomas clínicos de alteraciones afectivas, así mismo está elevada una enzima (MAO) que degrada la noradrenalina, por lo que el adulto mayor es más susceptible a disminuir su funcionalidad en las actividades básicas y para el cuidador podría significar un nivel intenso de sobrecarga (33).

El mecanismo de enfrentamiento cognator o control psicológico también recibe estímulos internos y externos identifica, memoriza y

pone en relación los estímulos a fin de que la respuesta simbólica pueda producirse. Los cuidadores principales y adultos mayores alcanzan un estado de madurez en el que es posible la integración en la reconciliación y satisfacción con su vida pasada o la desesperación y el disgusto por fallos cometidos. Quien no logra la aceptación se ve abrumado con la desesperación, sintiendo que el tiempo es muy corto para probar vías alternativas a la integridad y sobrecargándose (34) (35).

La actividad del regulador y el cognator se manifiesta en **cuatro modos o respuestas de adaptación** aceptada por Roy, como son: fisiológicos, el concepto de sí, función de rol y relaciones de interdependencia (31) (32).

Adaptación fisiológica, comprende las necesidades básicas del organismo: circulación, oxigenación, líquidos y electrolitos, ejercicio, reposo, eliminación, nutrición y regulación, que incluye los sentidos, temperatura y regulación endocrina. A través de este modo de adaptación se obtiene la integridad fisiológica.

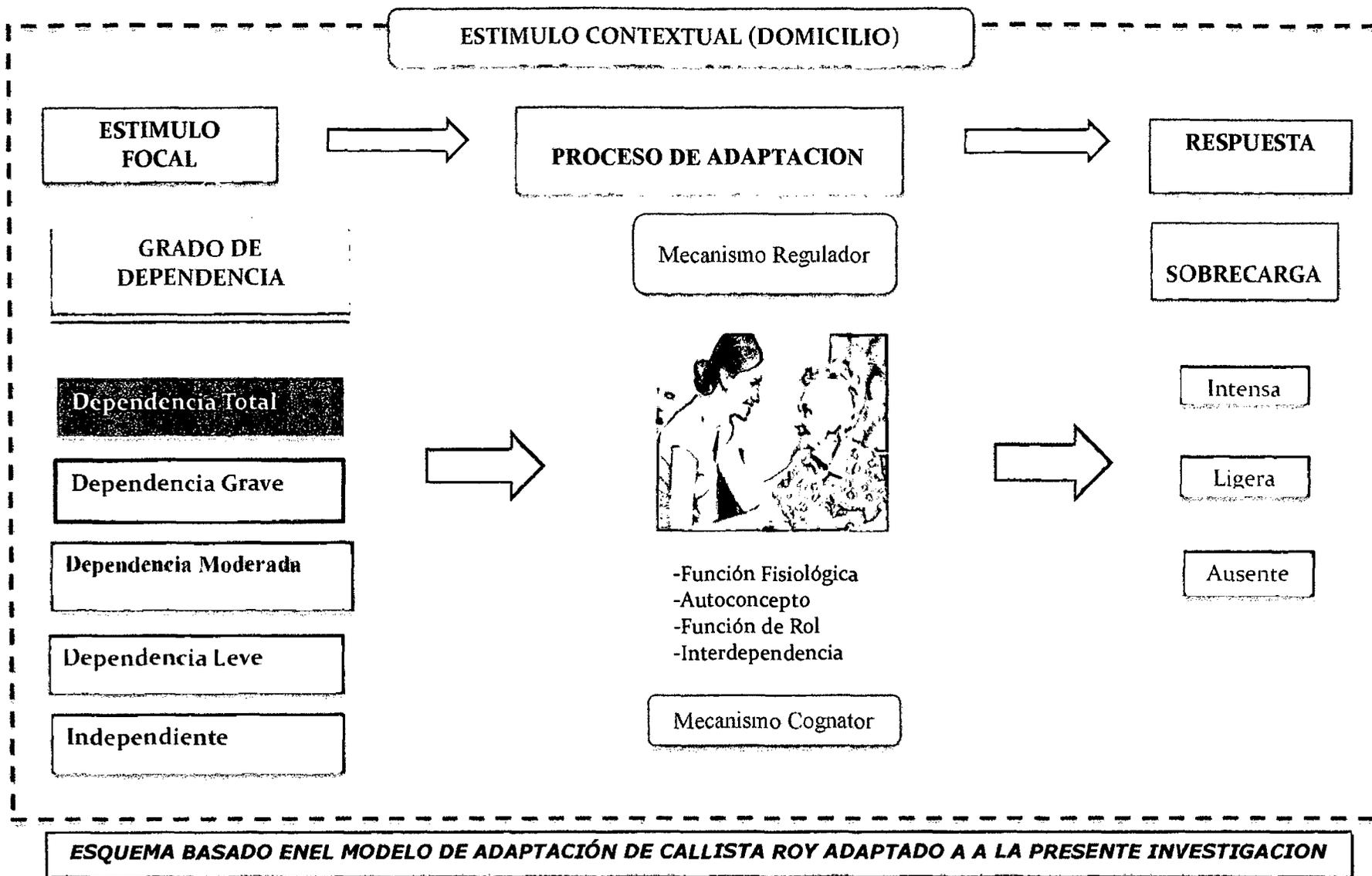
El concepto de sí, o autoconcepto está compuesto por el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de sí mismo, se forma a partir de percepciones internas así como a partir de las reacciones de otros, y dirige toda nuestra conducta. Sus componentes incluyen el yo físico,

el yo personal, el yo ideal y el yo ético o moral. Este modo de adaptación proporciona integridad psicológica.

La función de rol, es la actuación que uno tiene en una determinada posición de la sociedad. Existe un rol primario, secundario y terciario. El rol primario es el papel principal de la persona, está determinado por el sexo y la edad del desarrollo; los roles secundarios influyen gran parte de nuestra conducta y, los terciarios son roles voluntariamente aceptados o elegidos y de carácter temporal. Proporciona integridad social.

La interdependencia, lo constituyen las relaciones de cada uno con los demás y con los sistemas de apoyo significativos. En este modo, cada uno mantiene su integridad psicológica mediante la satisfacción de las necesidades de atención y afecto (32).

A continuación se presenta la adaptación de la presente investigación según el modelo de Callista Roy.



III. MATERIAL Y METODO

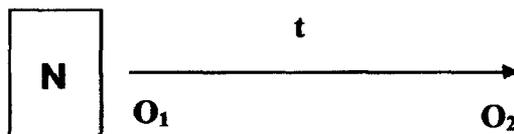
3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

Según la naturaleza del problema, el presente estudio es de tipo descriptivo Correlacional de corte transversal:

- **Descriptivo Correlacional:** Porque se conoció la relación existente entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD.
- **De corte transversal:** Porque se obtuvo la información en un momento dado, sobre nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, procediéndose a su descripción y análisis.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio de esta investigación es de tipo descriptivo - Correlacional, y le corresponde el siguiente esquema:



Dónde:

N: Grupo de estudio (el Cuidador familiar y el usuario adulto mayor)

O₁: Nivel de sobrecarga del cuidador familiar.

O₂: Grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria

3.3. POBLACIÓN

La población total estuvo constituida por 76 usuarios adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, con sus respectivos cuidadores familiares.

A. MUESTRA:

Estuvo constituida por 30 usuarios adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote, con sus respectivos cuidadores familiares, estimados con un ($\alpha = 5\%$, nivel de confianza (NC) = 95%, $p = 50\%$) siendo escogidas a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple, seleccionados al azar.

B. UNIDAD DE ANALISIS:

Usuario adulto mayor que pertenece al Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote y su cuidador familiar.

C. MARCO MUESTRAL:

Registro de usuarios adultos mayores que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Usuario adulto mayor que pertenezca al Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote.
- Usuario adulto mayor sin discapacidad mental.
- Usuario adulto mayor que acepte participar en la investigación.
- Usuario adulto mayor con ingreso no menor de 6 meses en el Programa de Atención Domiciliaria.
- Cuidador familiar de usuario adulto mayor que pertenezca al Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, Nuevo Chimbote.
- Cuidador familiar de usuario adulto mayor que acepte participar en el estudio de investigación.
- Cuidador familiar de usuario adulto mayor que se encuentre lúcido, orientado en tiempo espacio y persona.

E. ASPECTOS ETICOS:

En el presente estudio de investigación se consideró los siguientes aspectos éticos, normados por la Comisión de Ética de la Universidad Nacional del Santa:

- **Autonomía:** Se sustenta en el respeto a la dignidad de las personas que son sujetos de investigación, deben participar de forma voluntaria y disponer de información adecuada. La investigación garantizó el pleno respeto a los derechos y libertades

fundamentales en particular si se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad. En el presente estudio de investigación se respetó la decisión de los adultos mayores y sus cuidadores de aceptar o rechazar su participación en el mismo, brindando su consentimiento informado (Anexo N° 03) luego de una información completa sobre los objetivos del estudio de investigación.

- **Anonimato y confidencialidad:** La privacidad de la identificación de la persona, garantiza que la información sea accesible solamente para aquellos, autorizados a tener acceso. En el presente estudio solo tuvieron acceso a los resultados las investigadoras, la asesora y el estadista.
- **Beneficencia y no maleficencia:** Se debe asegurar el bienestar de las personas que participan en la investigación. La conducta del investigador debe responder a; no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios. El presente estudio de investigación beneficiará a los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria, ya que ha permitido conocer el nivel de sobrecarga de los cuidadores. Además durante la investigación no se les expuso a experiencias desagradables que provoquen daños graves o permanentes.

- **Justicia:** Se reconoce que la equidad y la justicia otorgan a todas las personas que participan en la investigación derecho a acceder a sus resultados. Todos los usuarios y los cuidadores familiares que participaron del estudio de investigación recibieron un trato igualitario en consideración y respeto, sin diferencias entre ellos.
- **Integridad científica:** Se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como en el análisis y comunicación de los resultados que se obtuvieron en la presente investigación, una vez finalizada el estudio se procedió a eliminar las encuestas.
- **Responsabilidad:** El investigador tiene una responsabilidad social científica. Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de su investigación implican para los participantes y para la sociedad en general.

3.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

DEPENDENCIA FUNCIONAL

Definición Conceptual:

Es la incapacidad funcional, que precisa el adulto mayor en el desenvolvimiento corriente en las diversas actividades de la vida diaria (36).

Definición Operacional:

La dependencia funcional se midió según escala ordinal, a través de la aplicación del instrumento índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria (Anexo N° 01), el cual consta de 10 ítems, y se clasifica en:

- ❖ **Dependencia Total: 0-19 puntos:** Cuando la persona es totalmente incapaz de realizar las actividades de la vida diaria.
- ❖ **Dependencia grave (de 20 a 35 puntos):** Requiere la intervención continua y permanente de un cuidador para ayudarlo a realizar las actividades de la vida diaria.
- ❖ **Dependencia Moderada: (de 40 a 55 puntos):** Requiere la intervención no permanente de un cuidador para ayudarlo a realizar las actividades de la vida diaria.
- ❖ **Dependencia leve (de 60 a 90 puntos):** Requiere la mínima intervención de un cuidador para realizar las actividades de la vida diaria.

- ❖ **Independencia: (de 95-100 puntos):** Cuando es totalmente capaz de realizar todas las actividades de la vida diaria, sin necesidad de la ayuda de un cuidador.

B. VARIABLE DEPENDIENTE:

SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR

Definición Conceptual:

Es el estado resultante de la acción de cuidar a una persona mayor dependiente, el cual produce un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador (37).

Definición Operacional:

La sobrecarga del cuidador familiar se midió según escala ordinal, a través de la aplicación de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Anexo N° 02), el cual consta de 22 ítems, y se clasifica en:

- ❖ Sobrecarga intensa : De 47 - 88 puntos.
- ❖ Sobrecarga ligera o leve: De 33 - 46 puntos.
- ❖ Ausencia de sobrecarga: De 0 - 32 puntos.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

En el presente trabajo de investigación se aplicaron las técnicas de entrevista y observación; se recolectó los datos empleando los siguientes instrumentos:

❖ **Índice De Barthel de actividades básicas de la vida diaria
(Anexo N° 01)**

Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland, y publicado diez años después (1965).

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0, 5, 10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios se producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Sus resultados clasifican al cuidador en:

GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN PUNTUACIÓN DE LA ESCALA	
Dependencia Total	0-19 puntos
Dependencia grave	20-35 puntos
Dependencia Moderada:	40-55 puntos
Dependencia leve	60 a 90 puntos
Independiente	95 a 100 puntos

El índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria es altamente valido y confiable como a continuación se presenta. (38)

VALIDEZ			
Validez de constructo	Correlación de Pearson	0,77. p<0,05	Valores en Pearson mayores a 0,5 con p <0,05 traducen una correlación fuerte entre ambas variables.
CONFIABILIDAD			
Consistencia interna	Alfa de Cronbach	0,92	Valores en Alpha de Cronbach mayores a 0,75 son considerados como alta consistencia interna.

❖ Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Anexo N° 02)

La "Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit" (EZ), fue construida en 1983 por Zarit, es la escala más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (Nunca = 0, raramente = 1, algunas veces = 2, bastante a menudo = 3, casi siempre = 4), cuyos resultados clasifican al cuidador en:

Sobrecarga intensa : De 47- 88 puntos

- ❖ Sobrecarga ligera o leve : De 33-46 puntos
- ❖ Ausencia de sobrecarga : De 0-32 puntos

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit es altamente valida y confiable como a continuación se presenta. (39)

VALIDEZ	Validez de constructo	Correlación de Pearson con indicador único de sobrecarga	0,67 p<0,05	Valores en Pearson mayores a 0,5 con p <0,05 traducen una correlación fuerte entre ambas variables.
	Validez de criterio externo	Correlación entre externo puntuación EZA con EZ (Gold-Standard) ^b	0,92 p<0,001	
CONFIABILIDAD	Consistencia interna	Alfa de Cronbach	0.87	Valores en Alpha de Cronbach mayores a 0,75 son considerados como alta consistencia interna.
	Confiabilidad inter observador	Coefficiente correlación intraclase (CCI)	0,86	Valores en CCI y Kappa mayores a 0,6 son considerados como acuerdo sustancial entre dos evaluaciones, y mayores a 0,8 como acuerdo casi perfecto entre dos evaluaciones.
	Confiabilidad en estabilidad	Kappa en Test – Retest ^c	0.91	

3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos en el presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se coordinó con la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa.
- Se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital I ESSALUD para tener el acceso al registro de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria , a través de un oficio, emitido por la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa .
- Luego de emitido el oficio, y aceptada la petición, se coordinó con la asistencia social del Programa de Atención Domiciliaria, con el objetivo de que nos facilite el registro de sus usuarios, recalcando la importancia del presente estudio.
- Luego se realizó la revisión y selección los usuarios adultos mayores que estén dentro de los criterios de inclusión.
- La recolección de datos se hizo mediante las visitas domiciliarias, previa sectorización de la jurisdicción del Hospital I ESSALUD.

- Se tuvo en cuenta el derecho de anonimato, libre participación y confidencialidad para la aplicación de los instrumentos, los cuales tuvieron una duración de 20 minutos por usuario con ambos instrumentos.
- El tiempo de recolección de los datos fue aproximadamente dos meses.

3.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico se realizó mediante la clasificación, ordenamiento y codificación de datos mediante el uso del programa estadístico: SPSS/info/software versión 20.0.

- ❖ **Descriptivo:** Los resultados están representados en tablas simples y gráficos, cifras absolutas y relativas, media aritmética y moda.
- ❖ **Analítico:** Se aplicó la prueba Estadística de independencia de criterios (Chi²) para determinar la relación de las variables de estudio, con un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS:

TABLA N°01: GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL USUARIO ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL I ESSALUD, NUEVO CHIMBOTE, 2014

DEPENDENCIA FUNCIONAL	fi	hi
Dependencia Total	10	33,3
Dependencia Grave	5	16,7
Dependencia Moderada	3	10,0
Dependencia Leve	9	30,0
Independiente	3	10,0
Total	30	100,0
$(\bar{X}) = 45,33$ $DS = 34,961$		

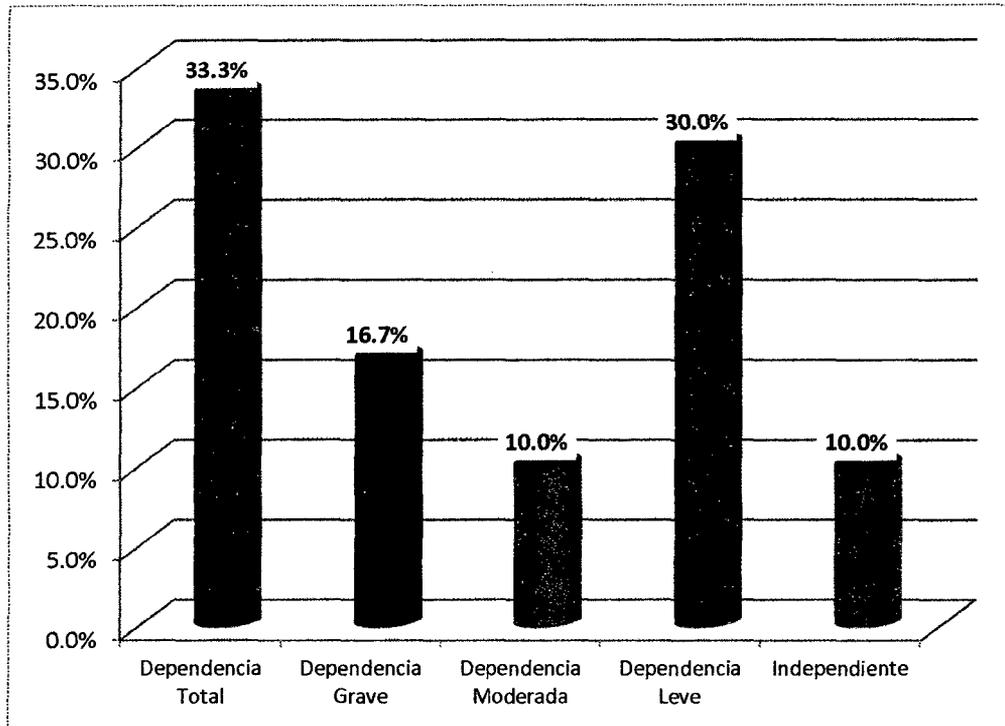


FIGURA N° 01: GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL USUARIO ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL I ESSALUD, NUEVO CHIMBOTE, 2014.

**TABLA N° 02: NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR
DEL USUARIO ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA
DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL I
ESSALUD, NUEVO CHIMBOTE, 2014.**

SOBRECARGA	Fi	hi
Intensa	12	40,0
Ligera	7	23,3
Ausencia	11	36,7
Total	30	100,0
$(\bar{X}) = 38,03$		$DS = 12,58$

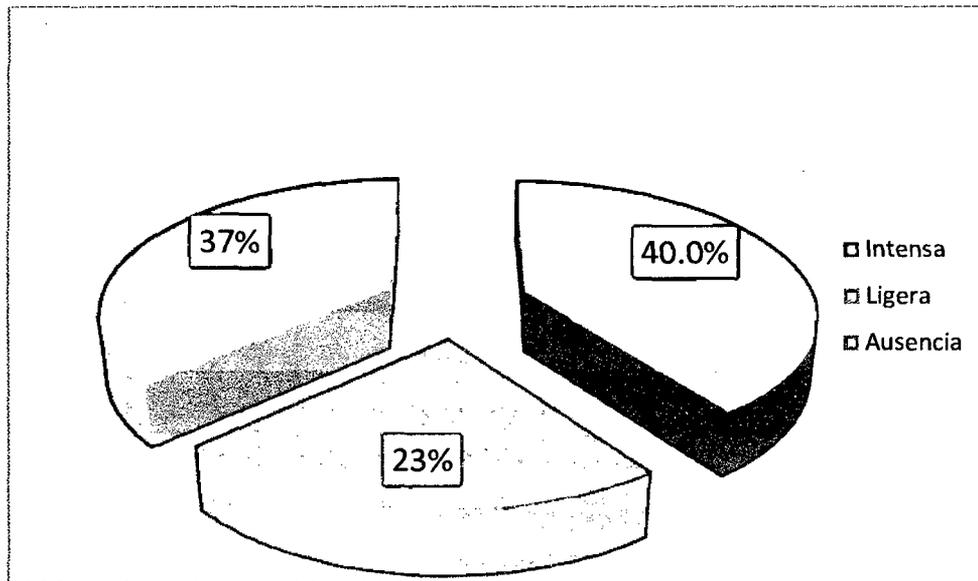


FIGURA N° 02: NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL USUARIO ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL I ESSALUD, NUEVO CHIMBOTE, 2014.

TABLA N° 03: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL USUARIO ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL I ESSALUD, NUEVO CHIMBOTE, 2014.

Grado de dependencia funcional	Sobrecarga del cuidador familiar						TOTAL	
	Intensa		Ligera		Ausencia		fi	Hi
	fi	hi	fi	hi	fi	Hi	fi	Hi
Dependencia Total	8	80,0	1	10,0	1	10,0	10	33,3
Dependencia Grave	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	16,7
Dependencia Moderada	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	10,0
Dependencia Leve	1	11,1	2	22,2	6	66,7	9	30,0
Independiente	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	10,0
Total	12	40,0	7	23,3	11	36,7	30	100,0
$\chi^2 = 20,496$, gl: 8, $p = 0,009$ $p < 0,05$ Significativo								

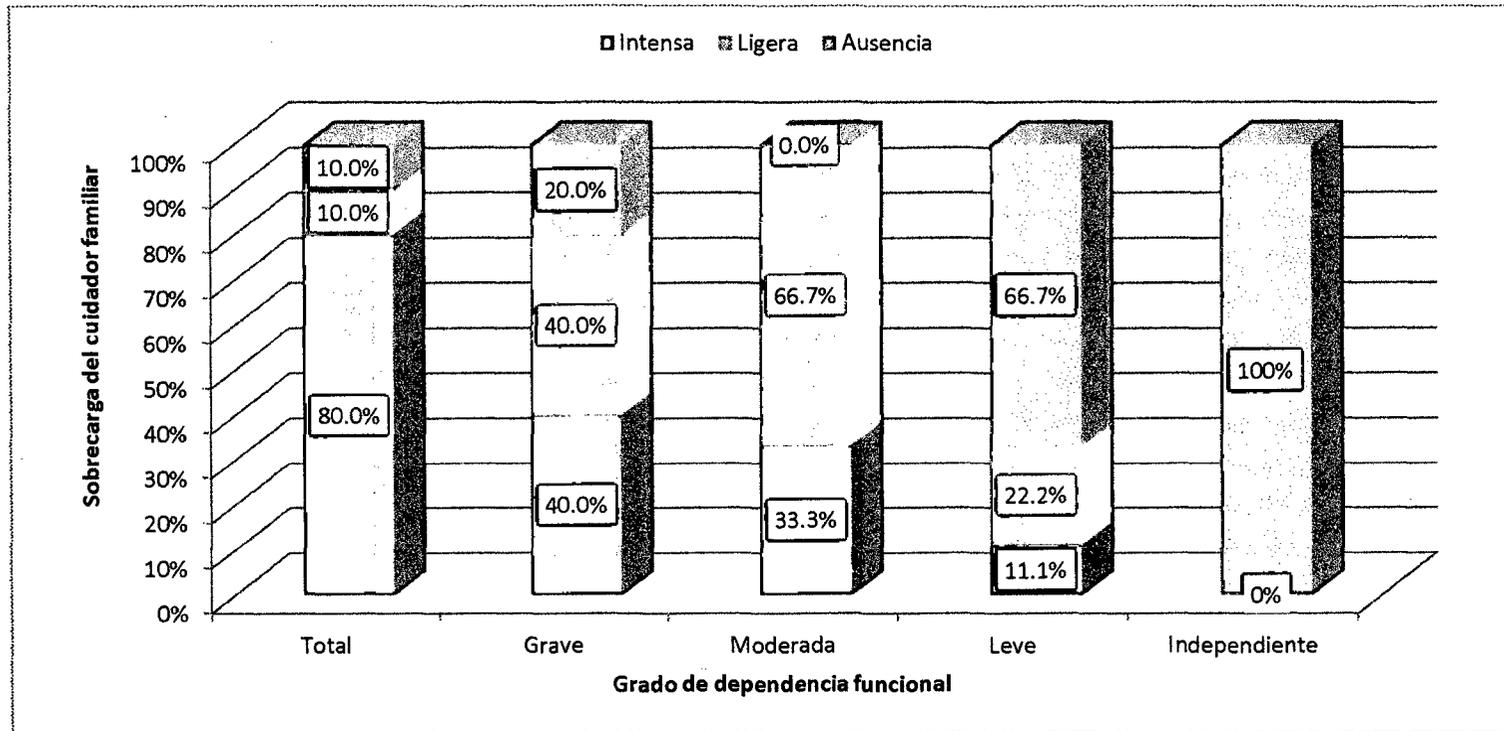


FIGURA N° 03: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL USUARIO ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL I ESSALUD, NUEVO CHIMBOTE, 2014.

4.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la **Tabla y gráfica N° 01**, se presenta el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del programa de atención domiciliaria del Hospital I ESSALUD, en donde se observa que de la distribución de 30 usuarios adultos mayores, la mayoría (90,0%) presenta dependencia funcional, siendo la dependencia total la más frecuente (33,3%), seguida de dependencia leve (30,0%) y dependencia grave (16,7%), así mismo un 10,0% presenta dependencia moderada y sólo el 10,0% restante presenta independencia funcional. Así mismo se evidencia que, el puntaje promedio de dependencia funcional es 45,33 con una desviación estándar de 34,96.

Estos resultados de la presente investigación coinciden con los hallazgos reportados por: Pérez, A (4) quien encontró que la mayoría de los usuarios presento algún grado de dependencia funcional siendo fluctuante entre la dependencia severa (39,1%), dependencia total (32,6%) y dependencia moderada (20,7%), contrariamente el 2,2% presentó dependencia escasa.

De igual manera guarda relación con los resultados reportados por: Catarina, A. y Pereira, M. (6), quienes encontraron que la mayoría (66,0%) de familiares con dependencia funcional que son atendidos en sus domicilios por un cuidador familiar, estaban total o gravemente dependientes.

A través del análisis descriptivos (Anexo N° 5) se pudo evidenciar que de las 10 actividades básicas de la vida diaria, el usuario adulto mayor tiene dificultades en bañarse, subir escalones, en su propio aseo personal, vestirse, usar el retrete, sin embargo algunos usuarios logran deambular al menos 50 metros bajo supervisión.

El ser un adulto mayor, es un indicador del envejecimiento humano el cual muchas veces es sinónimo de enfermedad y dependencia, en donde experimentan situaciones de fragilidad física y emocional, habiendo mayor predisposición para condiciones patológicas, generalmente crónicas, que, si no son adecuadamente tratadas o controladas, pueden llevar a la pérdida de la autonomía y de la capacidad funcional (40), como se evidencia en el estudio en donde el 90% de los usuarios son dependientes de sus familiares, pudiendo esto conllevar a una disminución de su autoestima como persona.

Así mismo, los resultados encontrados manifiestan que la muestra estudiada presenta en promedio una dependencia moderada, necesitando de asistencia en hasta 50% de las tareas, contexto corroborado por estudios encontrados en la literatura (41). Se puede considerar que la capacidad funcional se presenta como un nuevo paradigma de atención a la salud de la población adulta mayor y se constituye en un gran desafío para los profesionales de la salud, en la búsqueda de un envejecimiento saludable, en la cual el índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria se presenta

como una de las herramientas para elucidar la necesidad de cuidados exigidos, para relacionar la calidad de vida cuando ésta es determinada a partir de las actividades de la vida diaria y, también, para la recuperación de la funcionalidad cuando es utilizada en diferentes momentos en los mismos individuos.

En la **tabla y gráfica N° 02**, se presenta el nivel de sobrecarga del cuidador familiar del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, en donde se evidencia que la mayoría (63,3%) de los cuidadores familiares presenta sobrecarga al cuidar, de lo cual el 40% presenta una sobrecarga intensa, el 23,3% una sobrecarga ligera y sólo el 36,7% restante presente ausencia de sobrecarga. Así mismo se evidencia que, el puntaje promedio de sobrecarga es 38,03 con una desviación estándar de 12,58.

Los resultados guardan relación con los hallazgos reportados por: Romero, Z y Cuba, M (11), quienes encontraron que la mayoría de los cuidadores de pacientes geriátricos presentaron sobrecarga en el cuidado, destacando que el 75,27% presento sobrecarga intensa.

De igual manera coincide con Nardi, E., Sawada N., y Santos J. (7), quien obtuvo que más del 50% de los cuidadores presentaron sobrecarga en el cuidado del anciano, obteniendo que el 57,3%

presentaron sobrecarga moderada; 24,7% una pequeña sobrecarga; 15,7% sobrecarga leve y 2,2% sobrecarga severa.

Los hallazgos permiten evidenciar que la muestra de cuidadores familiares de este estudio presenta en más de un 50% sobrecarga en el cuidado, a través del análisis descriptivo (Anexo N° 06) se puede apreciar que los aspectos que sobrecargan al cuidador familiar son: pensar que su familiar depende de sus cuidados, tener miedo por el futuro de su familiar, experimentar una sobrecarga moderada por el hecho de cuidar a su familiar, considerarse la única persona que le puede cuidar, pensar que podría cuidar mejor a su familiar o hacer más por ella, darse cuenta de que no tiene los suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos, siendo estos los aspectos más destacados.

Cabe señalar que muchas veces, la situación de cuidado llega de manera inesperada y los cuidadores quizá no están preparados para asumir la responsabilidad exigida, llevando a la ausencia de autoeficacia y competencia percibidas (6).

Diversas investigaciones señalan que a pesar de que el número de cuidadores con carga es alto, se pudiera pensar en un subregistro, debido a que los cuidadores muchas veces ocultan el daño que les

hace el cuidado de un familiar, confesar que experimentan carga les puede ocasionar sentimiento de culpa, lo cual puede incidir en que no sean totalmente sinceros en las respuestas durante la entrevista. Se ha encontrado que el cuidador no suele comentar al profesional de salud los problemas que padece, y solo lo hace cuando ya son graves (42).

Así mismo, cabe destacar que en el presente estudio existe un porcentaje significativo de cuidadores familiares que señalan ausencia de sobrecarga, pudiendo explicar que, después de un tiempo razonable de estar al cuidado de un adulto mayor, y luego de hacer los ajustes necesarios en el estilo de vida, asumen el rol de cuidado con satisfacción y humildad; algunos abrigan la esperanza de un reconocimiento futuro cuando serán premiados por la dedicación a esa persona a quien le han dado sus mejores cuidados (43).

Por lo tanto, es fundamental que los cuidadores estén preparados para el cuidado mediante estrategias educativas. La educación es necesaria para la adquisición del conocimiento y de las habilidades necesarias para adaptarse a la situación de cuidado. (44). En ese proceso, los enfermeros pueden informar a los cuidadores sobre la enfermedad, fortalecer el autocuidado y minimizar su sobrecarga. El cuidado involucra al paciente y al cuidador, que se vuelve un elemento importante en el equipo de enfermería (45).

En la **tabla y gráfica N° 03**, se presenta la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD, en donde se observa que los cuidadores de familiares con dependencia total (80,0%) presentaron un nivel intenso de sobrecarga, contexto que difiere con los cuidadores que presentan familiares con dependencia leve (66,7%) y/o independiente (100%) quienes presentaron un nivel ausente de sobrecarga; los cuidadores de familiares con dependencia moderada (66,7%) y dependencia grave (40,0%) presentaron un nivel ligero de dependencia.

Ante la aplicación de la prueba estadística de independencia de Criterios (chi cuadrado) se obtuvo [$X^2 = 20,496$; gl. 8; $p = 0,009$] $p < 0,05$ permitiendo determinar que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD.

Diversos estudios reportaron resultados similares, como los de: Nardi, E., Sawada N., y Santos J. (7), Farran, C (46) y Pearson, J (47), quienes coinciden en los resultados de sus respectivos estudios al señalar relación entre el grado de dependencia del paciente y la sobrecarga del cuidador familiar principal. ($p < 0,05$)

Este resultado puede explicar, que a medida que el paciente tiene menos funcionalidad sobre su organismo, el cuidador tiene que realizar más tareas. Por otra parte, la imagen acerca de la persona cuidada, que la mayor parte de las veces es un familiar muy allegado, se desmorona por la pérdida de capacidades y de autonomía del enfermo, lo que provoca sentimientos y emociones negativos que pueden repercutir en la carga (42).

Por lo cual Callista Roy señala que la adaptación es un proceso de cambio, un fenómeno universal en los seres humanos. Conceptúa al individuo como un ente biopsicosocial en interacción constante en un entorno cambiante, que experimenta adaptaciones continuas, como la vivencia del adulto mayor ante los cambios biopsicosociales y del cuidador principal ante el nuevo contexto (34).

También encuentra que el mayor grado de carga está relacionado de forma significativa con alteraciones físicas (molestias musculares) y mentales (ansiedad) en el cuidador principal (48). Así mismo el cuidador familiar percibe una carga objetiva la cual es evidenciada a través de la cantidad de tiempo y dinero invertidos en cuidados, problemas conductuales del enfermo, disrupción de la vida social, etc.; y la carga subjetiva como la percepción del cuidador de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar (49). Lo cual se evidencia en el

presente estudio estando detallado en el anexo N° 06, en donde hay emociones encontradas sobre el contexto futuro del familiar y de las dificultades económicas que presenta el cuidador sobre su familiar y el mismo.

Se ha demostrado que son numerosas las variables que influyen en el aumento de la carga del cuidador, entre las que se encuentran las relacionadas con el enfermo, como son el grado de deterioro cognitivo, la pérdida de autonomía del mismo, la presencia de trastornos conductuales y psíquicos de difícil manejo, entre otros; las relacionadas con el propio cuidador, entre las que se encuentran la edad, el sexo, el estilo de afrontamiento, la motivación para el cuidado, las redes de apoyo, el tiempo de cuidado, etc.; y por último, las derivadas de la relación afectiva cuidador-enfermo tanto previas como actuales, así como las características de la dinámica familiar (42).

Además, la información y educación sanitaria dirigida a los cuidadores de enfermos psicogerítricos, y en especial el énfasis en el manejo de los problemas de comportamiento, es uno de los puntos más importantes en la planificación de cuidados. La familia del enfermo, especialmente el cuidador más directo, debe ser informada en detalle sobre el problema que tendrá que afrontar (21).

Si bien se reconoce la implicación que tiene este problema de salud, no solo para el paciente sino para el cuidador, la familia y la sociedad en general, es frecuente que en la práctica cotidiana, los profesionales de la salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se genera un sin número de cambios. Es necesario atender al binomio paciente-cuidador, como parte del tratamiento a la enfermedad (7).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

- ❖ La mayoría (90,0%) de los usuarios adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria presenta dependencia funcional, siendo la dependencia total la más frecuente (33,3%), seguida de dependencia leve (30,0%) y dependencia grave (16,7%), así mismo un 10,0% presentó dependencia moderada y sólo el 10,0% restante presentó independencia funcional [(\bar{X}) : 45,33 DS: 34,961].

- ❖ La mayoría (63,3%) de los cuidadores familiares presenta sobrecarga del cuidado, del cual el 40% presenta una sobrecarga intensa, el 23,3% una sobrecarga ligera y sólo el 36,7% restante presenta ausencia de sobrecarga [(\bar{X}) : 38,03 DS: 12,58].

- ❖ Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD. [$X^2 = 20,496$; gl. 8; $p = 0,009$] $p < 0.05$.

5.2 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que derivan de la presente investigación son:

- Al personal de Enfermería del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALLUD - Nuevo Chimbote, tome en cuenta las conclusiones del presente estudio para continuar implementando estrategias de manejo del cuidado, atendiendo al binomio paciente-cuidador como parte del tratamiento a la enfermedad.
- Ampliar la evaluación social de todo usuario adulto mayor con evidencia de cuidado inadecuado y al cuidador familiar con evidencia de sobrecarga, para potenciar los mecanismos de afrontamiento, en beneficio de ambos.
- A los estudiantes y futuros profesionales de Enfermería deben realizar más trabajos de investigación similares con otras variables de estudio , en el Programa de Atención Domiciliaria, debido a que en este Programa la investigación ha sido poco abordada.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR. (2010).** Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. Santiago de Chile : Gobiernos de Chile.
2. **LAVINSKY, A. (2004).** Proceso de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Sci Health Sci*, 26(1), 41-45.
3. **AMAYA, V. (2013).** Sobrecarga del cuidador principal en la Unidad de Orto geriatria del Hospital San José de Teruel. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. <http://zaguan.unizar.es/record/10627>.
4. **PEREZ, A. (2006).** El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. España : Universidad de Salamanca. <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51922>. Accesado el 22 de Marzo.
5. **MUÑOZ, M. (2007).** La enfermedad de alzheimer como factor de riesgo psicosomático para los cuidadores familiares de enfermos crónicos discapacitados. Tesis doctoral. España : Universidad de Málaga. <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17112539.pdf>. Accesado el 26 de Mayo del 2014.

- 6.CATARINA, A. Y PEREIRA, M. (2013).** Sobrecarga, enfrentamiento, síntomas físicos y morbilidad psicológica en Rev. Latinoam. Enfermagen, Vol.21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000400015>. Accesado el 26 de Mayo del 2014.
- 7.NARDI, E. , SAWADA, N. Y SANTOS, J. (2013).** Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar. Rev. Latinoam. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692013000501096&script=sci_abstract&lng=es. Accesado el 26 de Mayo del 2014.
- 8.CAMPOS, J. Y SOLORZANO, L. (2006).** Grado de sobrecarga de roles y su influencia en el nivel de estrés del cuidador familiar del adulto dependiente. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
- 9.RUIZ, L. , CAMPOS, M. Y PEÑA, N. (2008).** Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao. Rev. Peru Med Exp . Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n4/a05v25n4.pdf>. Accesado el 26 de Marzo del 2014.
- 10.ADRIAZAN, M. (2011).** Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia Hospital Almanzor Aguinada

Asenjo. Chiclayo : Universidad Católica "Santo Toribio de Mogrovejo". Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/103/1/TL_Adrianz%C3%A9n_Quevedo_Maricarmen.pdf. Accesado el 26 de mayo del 2014.

11. ROMERO, Z. Y CUBA, M. (2013). Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. Rev. Med. Hered., Vol. 24. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RMH/article/view/1557>. Accesado el 26 de mayo del 2014.

12.MENDOZA, N. , MIRANDA, E. Y QUIJANDRIA, A. (2000). Nivel de independencia, participación en actividades sociales y apoyo familiar entre la urb. Santa Cristina y el AAHH Golfo Pérsico. Nuevo Chimbote Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Nuevo Chimbote : UNiversidad Nacional del Santa.

13.CASTRO, R. (2007). Relación entre nivel de conocimiento y nivel de estrés del cuidador familiar de pacientes en hemodiálisis. Hospital III Essalud Chimbote. Nuevo Chimbote : Universidad Nacional del Santa.

- 14. ÁLVAREZ, R. Y MENDOZA, L. (2010).** Nivel de habilidad de cuidado del cuidador familiar en usuarios del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I ESSALUD. Nuevo Chimbote. Nuevo Chimbote : Universidad Nacional del Santa.
- 15. ALVA, A. Y VALLE, A. (2010).** Nivel de auto concepto y grado de dependencia en la persona con discapacidad física adquirida. Jurisdicción del hospital de apoyo la caleta. Chimbote tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería . Chimbote : Universidad Nacional del Santa.
- 16. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2007).** Salud en las Américas. Washintong : Organización Panamericana de la Salud.
- 17. AGENCIA PERUANA DE NOTICIAS. (2013).** Población adulta mayor en Perú aumentará hasta seis millones de personas en 2050. Disponible en: <http://www.andina.com.pe/espanol/noticia-poblacion-adulta-mayor-peruaumentara-hasta-seis-millones-personas-2050-465857.aspx#.Uwk1auN5O7k>. Accesado el 26 de mayo del 2014.
- 18. ENAHO. (2013).** Encuesta Nacional de Hogares correspondiente al trimestre: julio-agosto-setiembre 2013. Lima : Instituto Nacional de Estadística e Informatica. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/ninez-y-adulto-oct-Novl-Dic-2013.pdf>. Accesado el 26 de mayo del 2014.

- 19. INEI. (2013).** Informe Técnico N° 04 Diciembre 2013 Situación de la Niñez y del Adulto Mayor: Julio-Agosto-Setiembre 2013. Lima : Instituto Nacional de estadística e informática, disponible en. <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-oct-dic-2013.pdf>. Accesado el 26 de mayo del 2014.
- 20. ESSALUD. (2013).** Programa de atención domiciliaria . [En línea] . Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/atencion-domiciliaria-padomi/>.Accesado el 26 de mayo del 2014.
- 21. DE LA REVILLA, L. Y ESPINOZA, J. (2003).** La Atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Atención primaria, Vol. 31, pág. 91.
- 22. PEREZ, J. (2005).** La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria.Rev Mult Gerontol, Vol. 15, págs. 16-22.
- 23. SEGURA, J. , BASTIDA, N. Y RIBA, M. (1998).** Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Atención Primaria, pág. 243.
- 24. DURAN, M. (2004).** Las demandas sanitarias de las familias. Gac Sanit, Vol. 18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000400031. Accesado el 28 de marzo del 2014.

- 25. PEREZ, S . Y LEZAUN, Y. (1998).** Dependencia, personas mayores y familias: de los enunciados a las intervenciones .Anales de Psicología, Vol. 18, págs. 95-104 Disponible en: http://www.um.es/analesps/v14/v14_1/mv09v14-1.pdf.Accesado el 28 de marzo del 2014.
- 26. CASADO, D. Y LÓPEZ, G. (2001).** Vejez, dependencia y cuidados de larga duración, situación actual y perspectivas de futuro. Colección estudios sociales Nº 6. Barcelona : Fundación la Caixa.
- 27. ROLLAND, J. (2000).** Familia, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona : Gedisa.
- 28. NAVARRO, J. (2004).** Enfermedad y familia: Manual de intervención. Barcelona : Paidós.
- 29. GUEDEA, M. (2009).** Necesidad de apoyo social en los cuidadores de familia mexicana ancianos. Psychol Soc, Vol. 21, pág. 242.
- 30. GRATÃO, A. , VALLEY, F. Y CRUZ, M. (2010).** Las demandas de los familiares cuidadores de personas mayores con demencia. Rev Esc Enferm USP, Vol. 44, pág. 873.
- 31. POLLETI, R. (1980).** Cuidados de Enfermería. Tendencias y Conceptos actuales. Barcelona : Rol. S.A. págs. 70 - 146.
- 32. POLIT, D. Y HUNGLER, B. (1997).** Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México : Mc Graw Hill.

- 33. ANZOLA, E. (1994).** La atención de los ancianos. Un desafío para los años noventa. Washington : OPS/ OMS.
- 34. PAPALIA, D. (1997).** Psicología del Desarrollo Humano. Colombia : Ed. Interamericana Mc Graw Hill. págs. 2-7.
- 35. LONG, B. y PHIPPS, W. (1998).** Tratado de Enfermería Médico Quirúrgico. España 3ª ed. Ed. Harcourt Brace. pág. 1120. 3 Edición.
- 36. BARTHEL, D. Y MAHONEY, F. (1965).** Evaluación Funcional: el índice de Barthel. Md Estado Med. J., págs. 61-65.
- 37. ZARIT, S. (2002).** La carga del cuidador. En S. Andrieu & J. Aquino, familiares y profesionales transportistas: hallazgos llevan a la acción. París : Serdi Edición y Fondation Médéric Alzheimer.
- 38. PÉREZ, A. (2007).** El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. España : Universidad de Salamanca.
- 39. BREINBAUER, H. Y VASQUEZ, H. M. (2009).** Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. Méd. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009000500009. Accesado el 28 de marzo del 2014.

- 40. MARTINS, J. , NASCIMENTO, E. Y ERDMANN, A. (2009).** O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais., Rev Enferm UERJ, Vol. 17, págs. 556-562.
- 41. MOREIRA, P. (2011).** Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família – Teixeira, MG, Rev Bras Geriatr Geronto, págs. 433-440.
- 42. ESPÍN, A. (2012).** Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia, Revista Cubana de Salud Pública., Vol. 38, págs. 393-402.
- 43. LÓPEZ, J. Y CRESPO, M. (2007),** Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. Psicothema, Vol. 19, págs. 72-80.
- 44. NOGUEIRA, P. , RABEH, S. Y CALIRI, M. (2012).** La carga de la atención y su impacto en la calidad relacionada salud de la vida de los cuidadores de las personas con lesión de la médula espinal. 6, Rev. Latino-Am. Enfermagem., Vol. 20, págs. 1048-1056.
- 45. SOUZA, L. , WEGNER, W. Y GORINI, M. (2007).** Educación para la salud: una estrategia de atención al cuidador . Rev. Latino-Am. Enfermagem, Vol. 15, págs. 337-343.

- 46. FARRAN, C. , KEANE, E. Y TATROWICZ, L. (1993).** Demencia necesidades de cuidado -receptor y su impacto sobre los cuidadores., Clin Nurs Res, págs. 86-97 .
- 47. PEARSON, J. , VERMA, S. Y NELLET, C. (2000).** Ancianos paciente y el cuidador percepción estado psiquiátrico como predictor de la carga del cuidador., Gerontólogo, Vol. 28, págs. 79-83.
- 48. ALONSO, A. , GARRIDO, A. Y DÍAZ, R. (2004).** Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. 2, Atención Primaria, Vol. 33, págs. 67-80.
- 49. DUEÑAS, E. , MARTÍNEZ, M. Y MORALES, B. (2006).** Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. 2, Colomb Med., Vol. 37, págs. 1-7.

ANEXOS



Anexo N° 01
VARIABLE : GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL
ÍNDICE DE BARTHELDE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Ítem	Situación del paciente	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Bañarse//Ducharse	- Independiente bañarse o ducharse.....	5
	- Necesita ayuda para el aseo personal.....	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda , pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.....	5
	- Dependiente	0
Aseo personal	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la Semanaprevia)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia (Uno/semana), o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la Semanaprevia)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa, etc.	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse entre la silla y la cama	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	10
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	0
Deambular/ Desplazarse	- Dependiente, no se mantiene sentado.....	
	- Independiente, camina al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	15
	- Necesita ayuda física/verbal o supervisión para caminar al menos 50 metros.....	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
Escalones	- Dependiente	0
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
Total:	- Dependiente	0



Anexo N° 02

VARIABLE: NIVEL DE SOBRECARGA

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR (CAREGIVER BURDEN INTERVIEW) O ESCALA DE ZARIT.

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastante veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	0	1	2	3	4
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?	0	1	2	3	4
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

Anexo N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es "Nivel de sobrecarga del cuidador familiar y su relación con el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria ", el propósito de este estudio es "Conocer la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del PADOMI". El presente proyecto de investigación está siendo conducida por las Bach. Enf. Gonzales Henostroza Dula y Bach. Enf. Rojas Garay Karina Esther, con la asesoría de la Ms. Rosas Guzmán Inés , de la Universidad Nacional del Santa. Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una entrevista, la que tomará ____ minutos de mi tiempo. La conversación será grabada, así el investigador o investigadora podrá transcribir las ideas que haya expresado. Una vez finalizado el estudio las grabaciones serán destruidas.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente Confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre del investigador:

Nombre del asesor:

Dirección: Dirección:

Institución:

Institución:

Teléfono:

Teléfono:

Email: Email:

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

Firma del participante y fecha

Nombre del participante

Firma del investigador y fecha

Firma del investigador

ANEXO N° 04

Análisis descriptivo de grado de dependencia funcional

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Bañarse	30	,00	5,00	,6667	1,72873
Escalones	30	,00	10,00	2,0000	2,81621
Aseo Personal	30	,00	5,00	2,5000	2,54274
Vestirse	30	,00	10,00	3,8333	4,29180
Usar Retrete	30	,00	10,00	4,1667	4,74947
Micción	30	,00	10,00	4,6667	4,53594
Deposiciones	30	,00	10,00	5,0000	4,54859
Comer	30	,00	10,00	7,0000	4,27503
Trasladarse entre silla y la cama	30	,00	15,00	7,3333	5,68321
Deambular	30	,00	15,00	8,1667	6,36306
N válido (por lista)	30				

ANEXO N° 05
Análisis descriptivo de Sobrecarga laboral

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
¿Piensa que su familiar depende de usted?	30	,00	4,00	3,5000	1,07479
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	30	,00	4,00	3,1333	1,22428
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	30	2,00	4,00	3,1333	,77608
¿Piensa que su familiar le considerará a usted la única persona que le puede cuidar?	30	,00	4,00	3,0667	1,50707
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	30	,00	4,00	3,0667	1,22990
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	30	,00	4,00	2,9000	1,34805
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	30	,00	4,00	2,9000	1,51658
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	30	,00	4,00	1,9333	1,43679
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	30	,00	4,00	1,9000	1,72906
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	30	,00	4,00	1,6667	1,49328
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	30	,00	4,00	1,5000	1,73702
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	30	,00	4,00	1,4667	1,47936
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	30	,00	4,00	1,2333	1,38174
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	30	,00	4,00	1,2000	1,49482
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	30	,00	4,00	1,2000	1,44795
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	30	,00	4,00	1,0667	1,31131
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	30	,00	3,00	1,0333	1,21721
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	30	,00	3,00	,5667	,85836
¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo?	30	,00	2,00	,5333	,81931
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	30	,00	4,00	,5000	1,04221
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	30	,00	4,00	,3667	,88992
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	30	,00	2,00	,1667	,53067
N válido (por lista)	30				