

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el programa de
atención domiciliaria en un hospital de EsSalud, 2024**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORES:

Bach. Vasquez Torrealva, Mardany Soledad

Bach. Alva Mostacero, Brigham Joseph

ASESOR:

Dr. Salazar Ramírez, Ricardo Segundo

ORCID: 0000-0002-8941-7368

CO-ASESOR:

Dr. More Valladares, Armando Deivi

ORCID: 0000-0002-5708-1660

Nuevo Chimbote-Perú

2025

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

REVISADO Y V° B° DE:

Dr. Salazar Ramírez, Ricardo Segundo

ASESOR

DNI: 16703360

ORCID: 0000-0002-8941-7368

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

REVISADO Y V° B° DE:

MC. Esp. Arana Morales, Guillermo Alberto

PRESIDENTE

DNI: 18188140

ORCID: 0000-0003-2979-0088

MC. Esp. Bautista Pariona, Anthony Paul

SECRETARIO

DNI: 71395270

ORCID: 0000-0002-3499-4491

Dr. Salazar Ramirez, Ricardo Segundo

INTEGRANTE

DNI: 16703360

ORCID: 0000-0002-8941-7368

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el Aula Magna 02 de la CEHH siendo las 17:30 horas del día 11 de Junio de 2025 dando cumplimiento a la Resolución N° 145-2025-UNS-FC se reunió el Jurado Evaluador presidido por M.C. Esp. Guillermo Aza Morales teniendo como miembros a M.C. Mg. Anthony Bautista Pariona (secretario) (a), y M.C. Esp. Ricardo Salazar Ramirez (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Medico Cirujano realizado por el, (la), (los) tesista (as) Bach. Mardany Soledad Vasquez Torrealva Bach. Brigham Joseph Alva Molacero

....., quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada: " Principales factores asociados a la Sobrecarga del Cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un Hospital de EsSalud, 2024 "

Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Excelente asignándole un calificativo de 19 puntos, según artículo 112° del Reglamento General de Grados y Títulos vigente (Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS).

Siendo las 19 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad

Nombre: M.C. Esp. Guillermo Aza Morales
DNI: 18122140 Presidente
ORCID: 0000-0003-2979-0088

Nombre: M.C. Mg. Anthony Bautista Pariona
Secretario
DNI: 71395270
ORCID: 0000-0002-31994491

Nombre: M.C. Esp. Ricardo Salazar Ramirez
Integrante
DNI: 16703360
ORCID: 0000-0002-8941-7368

Distribución: Integrantes (), tesistas () y archivo (02).





Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: **Mardany Soledad VASQUEZ TORREALVA**
Título del ejercicio: **TESIS // VASQUEZ - ALVA**
Título de la entrega: **Principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en...**
Nombre del archivo: **Principales_factores_asociados_a_la_sobrecarga_del_cuidador...**
Tamaño del archivo: **3.37M**
Total páginas: **76**
Total de palabras: **18,031**
Total de caracteres: **101,664**
Fecha de entrega: **16-may.-2025 12:58a. m. (UTC-0500)**
Identificador de la entrega: **2676914267**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



Principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de
Asistencia Psiquiátrica en un Hospital de Especialidad, 2024

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO

AÑO 2025

Dr. Mardany Soledad VASQUEZ TORREALVA

Principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un Hospital de EsSalud, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	worldwidescience.org Fuente de Internet	1%
5	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	ri-ng.uaq.mx Fuente de Internet	1%
7	1library.co Fuente de Internet	<1%
8	Beatriz Torres-Avenidaño, Maite Catalina Agudelo-Cifuentes, Ángela María Pulgarin-Torres, Dedsy Yajaira Berbesi-Fernández. "Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017", Universidad y Salud, 2018 Publicación	<1%

DEDICATORIA

A Dios, la fuente de mi fe y fortaleza para salir adelante, porque sin su ayuda nada de esto hubiese sido posible. A la memoria de mi querida mamá, Margarita, quien me alentó a escoger esta gran profesión, que me apoyó a seguir adelante hasta su último suspiro, por su amor tan sincero, su valentía, perseverancia y fe. A mi papá, Roger, que me ha apoyado durante todo este tiempo, por su gran amor y paciencia. A mis hermanos, por la paciencia y el afecto que me han brindado. A todas las personas que estuvieron conmigo durante el momento más difícil de mi vida y durante mi formación académica.

Mardany Soledad Vasquez Torrealva

A Dios por darme la fuerza y perseverancia para culminar este proyecto. A mi familia, por su amor y apoyo constante. A mis docentes de la Universidad Nacional del Santa, por su guía y enseñanzas. A todos los cuidadores que participaron en el estudio, por compartir con nosotros sus historias y confiar en nuestro trabajo.

Brigham Joseph Alva Mostacero

AGRADECIMIENTO

A *Dios*, porque nos ha dado la sabiduría y conocimiento para finalizar esta etapa de nuestra vida.

A nuestros *padres*, por el apoyo constante durante nuestra formación académica y por ser nuestra inspiración para salir adelante.

Al *Dr. Ricardo Salazar Ramírez*, nuestro asesor, por su disposición a apoyarnos durante todo este proceso de investigación.

Al *Dr. Deivi More Valladares*, por su gran labor como co-asesor de tesis, por todo el tiempo que dedicó a la orientación para el desarrollo de esta investigación.

A la *Universidad Nacional del Santa*, por brindarnos la oportunidad de ser profesionales competentes.

Al *Hospital EsSalud III Chimbote*, por brindarnos la oportunidad y las facilidades para ejecutar nuestro proyecto de investigación.

A los **cuidadores de los pacientes de PADOMI**, por darse el tiempo y paciencia de participar de esta investigación.

ÍNDICE

CAPITULO I: GENERALIDADES	14
1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
2. OBJETIVOS	16
3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	16
4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	16
5. LIMITACIONES	17
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	18
1. ANTECEDENTES	18
2. MARCO CONCEPTUAL	23
3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS	29
CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	31
1. MATERIALES	31
2. METODOLOGÍA	32
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
1. RESULTADOS	44
2. DISCUSIONES	55
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
1. CONCLUSIONES	60
2. RECOMENDACIONES	61
CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
CAPITULO VII: ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 01. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADORES EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL DE ESSALUD, 2024	44
TABLA 02. FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL DE ESSALUD, 2024	45
TABLA 03. PRINCIPALES FACTORES DEL CUIDADOR ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL DE ESSALUD, 2024	46
TABLA 04. PRINCIPALES FACTORES DEL PACIENTE ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL DE ESSALUD, 2024	49
TABLA 05. PRINCIPALES FACTORES POR PARTE DEL APOYO SOCIAL ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL DE ESSALUD, 2024.....	51
TABLA 06. ANÁLISIS DE REGRESIÓN BIVARIADO Y MULTIVARIADO (REGRESIÓN DE POISSON CON VARIANZA ROBUSTA) DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE UN HOSPITAL DE ESSALUD, 2024	52

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA	70
ANEXO 2: CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA EPMH	70
ANEXO 3: AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL ESSALUD III CHIMBOTE	71
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	72
ANEXO 5: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	73

RESUMEN

Introducción: La sobrecarga del cuidador es un síndrome que afecta múltiples dimensiones de la vida del cuidador, como la física, psicológica, familiar, laboral y económica, se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad, apatía, irritabilidad, etc. No se ha descrito una causa específica, sino la influencia de múltiples factores. **Objetivo:** Determinar los principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el programa de atención domiciliaria en un hospital de EsSalud Chimbote, 2024. **Materiales y métodos:** Es un estudio de diseño observacional, analítico, transversal y exploratorio. La muestra estuvo conformada por 303 cuidadores en quienes se aplicó un cuestionario que contenía la ficha de recolección de datos, la escala de Zarit, el índice de Barthel y el APGAR familiar. Los datos obtenidos se procesaron en el programa SPSS v.26. **Resultados:** El 60.1% de los cuidadores padecían de algún grado de sobrecarga, y mediante la regresión multivariada de Poisson con varianza robusta se observó que ingresos familiares insuficientes (RP ajustado=1.165; IC95% 1.081-1.255), la percepción de salud del cuidador (regular percepción del estado de salud [RP ajustado=1.120; IC95% 1.021-1.229] y mala percepción del estado de salud [RP= 1.167; IC95% 1.052-1.298]), las horas de cuidado (8-12 horas de cuidado [RP ajustado=1.109; IC95% 1.011-1.216] y >12 horas de cuidado [RP ajustado=1.131; IC95% 1.024-1.248]), el grado de dependencia del paciente (dependencia leve [RP ajustado=1.367; IC95% 1.249-1.497], dependencia moderada [RP ajustado=1.458; IC95% 1.310-1.623] y dependencia grave [RP ajustado=1.351; IC95% 1.207-1.513] y dependencia total [RP ajustado=1.470; IC95% 1.315-1.644]) y la disfunción familiar (disfunción familiar leve [RP ajustado=1.180; IC95% 1.085-1.284], disfunción familiar moderada [RP ajustado=1.282; IC95% 1.171-1.404] y disfunción familiar severa [RP ajustado=1.277; IC95% 1.171-1.393]) son los principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador. **Conclusión:** los principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador son la dependencia funcional del paciente, la disfunción familiar, los ingresos familiares insuficientes, la percepción del estado de salud del cuidador y las horas dedicadas al cuidado del paciente

Palabras clave: cuidador, cuidador principal, sobrecarga del cuidador, factor.

ABSTRACT

Introduction: Caregiver overload is a syndrome that affects multiple dimensions of the caregiver's life, such as physical, psychological, family, work and economic, it is characterized by the presence of stress, anxiety, apathy, irritability, etc. No specific cause has been described, but the influence of multiple factors. **Objective:** To determine the main factors associated with caregiver overload in the home care program at an EsSalud Chimbote hospital, 2024. **Materials and methods:** It is an observational, analytical, cross-sectional and exploratory study. The sample consisted of 303 caregivers who were administered a questionnaire containing the data collection form, the Zarit scale, the Barthel index and the family APGAR. The data obtained were processed in the SPSS v.26 program. **Results:** 60.1% of caregivers suffered from some degree of overload, and through multivariate Poisson regression with robust variance it was observed that insufficient family income (adjusted PR = 1.165; 95% CI 1.081-1.255), the caregiver's perception of health (fair perception of health status [adjusted PR = 1.120; 95% CI 1.021-1.229] and poor perception of health status [PR = 1.167; 95% CI 1.052-1.298]), hours of care (8-12 hours of care [adjusted PR = 1.109; 95% CI 1.011-1.216] and >12 hours of care [adjusted PR = 1.131; 95% CI 1.024-1.248]), the degree of dependence of the patient (mild dependence [PR caregiver burden. **Conclusion:** The main factors associated with caregiver burden are patient functional dependence, family dysfunction, insufficient family income, caregiver perception of health status, and the number of hours spent caring for the patient.

Keywords: caregiver, primary caregiver, caregiver burden, factor.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La sobrecarga del cuidador es un “síndrome que afecta a diversas dimensiones de la persona: física, psicológica, emocional, familiar y laboral” (Garandal, 2017) y se percibe una influencia negativa en el cuidado (Bello et al., 2019). En este síndrome, el cuidador carece de estrategias para adaptarse a las diferentes situaciones para las que no está preparado (Cabada & Martínez, 2017), inicialmente se relacionó a cuidadores de pacientes con demencia, luego este término, sobrecarga del cuidador, se ha usado para cuidadores de pacientes dependientes en diferentes ámbitos (Zambrano & Ceballos, 2007).

El cuidador es aquella “persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo” (Expósito, 2008). El papel de cuidadores ha sido desempeñado sobre todo por miembros de la familia del paciente, como hijos, cónyuge, hermanos, etc. (Zambrano & Ceballos, 2007).

La prevalencia de sobrecarga del cuidador a nivel mundial es desconocida, pero se estima que está relacionado con el número adultos mayores (Cabada & Martínez, 2017) ya que es este grupo etéreo el que más requiere cuidados prolongados debido a la diversidad de patologías que presentan. En el 2021 la población geriátrica es aproximadamente 671 millones de personas en todo el mundo (ONU, 2023) y en el Perú en el año 2020 4 millones 140 mil adultos mayores de 60 años. La OMS estima que para el 2050 la población adulta mayor será el 20%, estimándose 1600 millones de personas, generándose el cambio denominado envejecimiento poblacional. (OMS, 2022; ONU, 2023).

En estudios individuales, un estudio Iraní encontró que el 91,6% presentó cierto grado de sobrecarga del cuidador (Adib-Hajbaghery & Ahmadi, 2019a), en España se encontró que la frecuencia sobrecarga del cuidador fue del 32,2% (Hernández et al., 2019), en un estudio Mexicano se encontró que la frecuencia de sobrecarga del cuidador fue 52% (Cabada & Martínez, 2017) y en un estudio Peruano se encontró que la frecuencia de sobrecarga de cuidador fue de 56% (Timaná, 2019).

Los cuidadores tienen la responsabilidad de realizar diferentes tareas a lo largo del día, pese a la gran responsabilidad que estos tienen la mayoría carece de apoyo, entrenamiento

y conocimientos adecuados, trayendo como consecuencia sobrecarga en los cuidadores, esta requiere mayor atención ya que afecta en todas las esferas de la persona, incluso ha sido catalogada como la enfermedad oculta ya que la situación a la que los cuidadores se enfrentan va desgastando su salud sin que estos y aun su entorno se percate de ello (Toapanta & Abril, 2022). La sobrecarga del cuidador puede repercutir negativamente sobre la calidad de atención hacia el paciente, y afectar la salud del cuidador, disminuyendo su calidad de vida, deteriorando su salud física y psicológica (Liu et al., 2020) y afectando su situación económica y sus relaciones sociales (Roger-García, 2010).

El impacto en la salud física incluye el agotamiento y la falta de tiempo para el autocuidado, entre las consecuencias emocionales están la pérdida de la sensación de control y autonomía, además pueden presentarse sentimientos de culpa y frustración. En el aspecto económico la productividad del cuidador en el mercado laboral puede verse reducida debido a el abandono del trabajo y la reducción de horas de trabajo (Cruz Roja Española, s/f) y generando dependencia económica (Roger-García, 2010). En el aspecto social, el cuidador suele tener dificultades para mantener y establecer relaciones sociales, alteraciones de la vida familiar debido al tiempo dedicado al cuidado del paciente (Roger-García, 2010).

Diversos estudios indican que existen múltiples factores que desencadenan el desarrollo de sobrecarga del cuidador (57.2%), y estos están asociados tanto a los cuidadores como a los pacientes u otros orígenes (Portillo, 2020). De parte de los cuidadores, el mal estado de salud del cuidador (42%), el desempleo (70%), la no capacitación previa (57%), el poco apoyo familiar, la disfuncionalidad familiar (84%), el número de horas de cuidado, etc. De parte de los pacientes, el diagnóstico principal, el estar postrado, el grado de dependencia (64%) y la edad del paciente. Además se considera factor de riesgo el intervalo de visitas médicas (80%) (Achilike et al., 2020b; Adib-Hajbaghery & Ahmadi, 2019; Bekdemir & Ilan, 2019; Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea, 2019)

Debido a los diferentes resultados que muestra la evidencia científica y a la carencia de estudios a nivel nacional y local surge la pregunta de investigación:

¿Cuáles son los principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un Hospital de EsSalud, 2024?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Determinar los principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de atención Domiciliaria en un Hospital de EsSalud, 2024

2.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los cuidadores en el Programa de Atención Domiciliaria en un hospital de EsSalud, 2024
- Identificar la frecuencia de sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un Hospital de EsSalud, 2024
- Determinar los principales factores del cuidador asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un Hospital de EsSalud, 2024.
- Determinar los principales factores del paciente asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un Hospital de EsSalud, 2024
- Determinar los principales factores por parte del apoyo social asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un Hospital de EsSalud Chimbote, 2024.

3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Ho: La situación ocupacional de cuidador, los ingresos familiares, la dependencia del paciente y la funcionalidad familiar no son los principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un Hospital de EsSalud, 2024

Hi: La situación ocupacional de cuidador, los ingresos familiares, la dependencia del paciente y la funcionalidad familiar son los principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un Hospital de EsSalud, 2024

4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Con el paso de los años la población geriátrica irá incrementado, con ello mayor número de personas dependientes, así mismo un mayor número de personas que hagan el papel de cuidadores, atendiendo diversas necesidades para los que no están capacitados,

trayendo consigo incremento de cuidadores con cierto grado de sobrecarga afectando diferentes áreas de su vida.

Los factores asociados y la prevalencia no son uniformes, estos varían según el tiempo y el área geográfica donde se aplique el estudio, es por ello que consideramos necesario conocer los factores que están asociados a sobrecarga del cuidador en cuidadores de pacientes inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria del Hospital III de EsSalud Chimbote, en donde se atiende a 1500 personas aproximadamente, siendo este el primer estudio de este tipo que se desarrollará en Ancash.

Conocer los principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador serviría de base para que las instituciones puedan implementar apoyo multidisciplinario, como charlas educativas sobre diferentes aspectos acerca del cuidado de la persona dependiente como de sí mismo, terapias psicológicas, facilitar material de apoyo para el cuidado, además, los resultados pueden ayudar para tener un mejor panorama de la situación de sobrecarga en los cuidadores de pacientes que se atienden por EsSalud, de manera que se planteen políticas públicas que permitan incluir a los cuidadores y su rol dentro del sistema, para que se disminuya la sobrecarga y un mejor desempeño.

El presente estudio procura brindar información verídica y fehaciente a todo el personal de salud, en especial al personal encargado del Programa de Atención Domiciliaria y estudiantes que lo requiera, sirviendo como base para el desarrollo de futuras investigaciones a nivel local en diferentes instituciones del MINSA.

5. LIMITACIONES

Debido al diseño transversal de nuestro estudio no se puede concluir relaciones de causa efecto entre las variables, se necesitaría de un estudio longitudinal para poder comprender como los factores pueden influir en la carga del cuidador en diferentes momentos

Difícil acceso a los cuidadores de pacientes, ya que no todos pueden acudir al Hospital, por lo que el entrevistador optará por acudir a la vivienda de estos para realizar la encuesta.

La veracidad y fiabilidad de los datos brindados depende netamente de la sinceridad del cuidador, pudiendo haber brindado información falsa.

El estudio se realizará en un solo hospital, esto limita la generalización de los hallazgos de este estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

Internacionales

Díaz-García y colaboradores., en México en el año 2022, realizaron una investigación de tipo cuantitativo explicativo con el objetivo de explicar la influencia de factores asociados en el nivel de sobrecarga del cuidador, mediante muestreo aleatorio se tomaron 182 cuidadores de un centro de rehabilitación infantil. Los resultados informaron que el 75.3% de los cuidadores presentaba algún grado de sobrecarga, además que el 84.7% de los cuidadores fue de sexo femenino. Mediante el análisis de regresión multivariado se encontró que en los cuidadores “el tener pareja actualmente” ($P= 0.018$, $OR= 4.419$, $IC\ 95\%= 1.476 - 13.233$), el número de hijos ($P= 0.019$, $OR= 2.778$, $IC\ 95\%= 1.179 - 6.543$), el número de horas al cuidado ($P= 0.002$, $OR= 2.116$, $IC\ 95\%= 1.326 - 3.327$) y la autopercepción del estado de salud ($P= 0.046$, $OR= 4.320$, $IC\ 95\%= 1.029 - 18.139$) tenían un riesgo potencial para el desarrollo de sobrecarga (Díaz-García et al., 2022).

Achilike y colaboradores, en México en el año 2020, realizaron un estudio observacional transversal con el objetivo investigar el grado de sobrecarga del cuidador y los factores asociados a este, mediante un muestreo por conveniencia se tomaron a 88 cuidadores informales de supervivientes de accidente cerebrovascular. La sobrecarga del cuidador se determinó usando la escala de Zarit, además se estudiaron los síntomas depresivos del cuidador, usando el Cuestionario de Salud del Paciente-9 y la discapacidad funcional de los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular, usando el Índice de Barthel. Se utilizó la regresión logística ordinal para identificar factores independientes asociados con la carga del cuidador. En el estudio se identificó que el 51% de los cuidadores tenían sobrecarga y que el 69% de los cuidadores eran mujeres. Mediante el análisis de regresión logística ordinal ajustado por sexo y edad se evidenció que las probabilidades de tener sobrecarga del cuidador leve a moderada son 3.7 veces para los cuidadores de sobrevivientes de ictus con discapacidad funcional moderada a grave ($OR: 3.7$, $IC= 1.265-10.760$, $p= 0.0168$) (Achilike et al., 2020a).

Adib-Hajbaghery y Ahmadi, en Irán en el año 2019, realizaron un estudio de tipo transversal, con el objetivo de evaluar la carga del cuidador y los factores asociados a este, se realizó un muestreo por conveniencia, en donde fueron seleccionados 385 cuidadores de primer grado de niños y adolescentes con trastornos crónicos. La

sobrecarga del cuidador se determinó usando la escala de Zarit. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y Chi-cuadrado, pruebas exactas de Fisher, prueba t, análisis de varianza y análisis de regresión múltiple. El estudio concluyó que el 8.5% de los cuidadores tenía sobrecarga severa, el 35.1% tenía sobrecarga moderada y el 47% tenía sobrecarga leve, también se observa que el 50.1% de los cuidadores fueron varones. El análisis de regresión lineal múltiple mostró que los ingresos insuficientes de los familiares ($p < 0.001$), la falta de apoyo de los miembros de la familia ($p < 0.001$), el nivel de educación de los cuidadores ($p < 0.001$), tener dos o más hijos enfermos ($p = 0.002$), más de una enfermedad crónica ($p < 0.001$), la necesidad de visitas médicas cada semana ($p < 0.001$) y cuatro o más hospitalizaciones en los últimos seis meses ($p < 0.001$) se asociaron de manera significativa con el desarrollo de sobrecarga del cuidador (Adib-Hajbaghery & Ahmadi, 2019b).

Bekdemir e Ilan, en Turquía en el año 2019, llevaron a cabo un estudio transversal, con el objetivo de identificar la carga del cuidador y sus factores relacionados, se realizó un muestreo aleatorio simple en donde fueron seleccionados 312 pacientes postrados registrados en la unidad de atención médica domiciliaria en un hospital de Estambul y sus cuidadores. Utilizaron un cuestionario sociodemográfico, la Escala de Zarit y el Índice de Katz para recopilar datos. El análisis involucró estadísticas descriptivas, prueba t, análisis de varianza y regresión múltiple stepwise. Los resultados muestran que el 65.1% de los cuidadores eran de sexo femenino; en el análisis de regresión logística multivariado se observa que factores asociados a la sobrecarga del cuidador fueron: los problemas de salud del cuidador ($p < 0.001$), la situación laboral ($p < 0.001$), el tipo de hogar ($p < 0.001$), la capacidad para autocuidar la salud ($p < 0.001$) y la dependencia del paciente ($p = 0.003$) (Bekdemir & Ilan, 2019)

Toledano-Toledano y Domínguez-Guedea, en México en el 2019, llevaron a cabo un estudio transversal, con el objetivo de identificar los factores psicosociales relacionados con la carga del cuidador en familias de niños con enfermedades crónicas, para el estudio participaron 416 cuidadores de niños con enfermedades crónicas en el Instituto Nacional de Salud de la Ciudad de México. En los resultados se observa que el 81.7% de los cuidadores eran féminas, en el análisis de regresión multivariado reveló que las variables que tuvieron una capacidad predictiva positiva sobre la sobrecarga del cuidador fueron: las premisas socioculturales históricas, ($p < 0.01$) factores estresores ($p < 0.01$) y ansiedad ($p < 0.01$); los predictores negativos incluyeron la educación media superior o superior

($p < 0.01$), las redes de apoyo social ($p < 0.01$), apoyo familiar ($p < 0.05$) y funcionamiento familiar ($p < 0.01$). Este estudio no se especifica el tipo de muestreo realizado. (Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea, 2019)

Nacionales

Cordano y Bustamante, en su tesis realizada en el año 2020, estudio de tipo transversal analítico que buscó valorar si existía relación entre el síndrome de sobrecarga del cuidador y la funcionalidad familiar, para este estudio se entrevistaron a 204 cuidadores de pacientes pediátricos del Instituto Nacional de enfermedades Neoplásicas, cuidadores fueron seleccionados mediante un muestreo por conveniencia, los materiales utilizados en la recolección de datos fueron la ficha sociodemográfica, la historia clínica del paciente, la escala de Zarit y el APGAR familiar, para el análisis se utilizaron métodos univariados, bivariados y multivariado. En los resultados se observó que el 75% de los cuidadores eran de sexo femenino, el 72.06% eran madres de los pacientes, el 57,4% no eran de Lima, el 66.67% de los cuidadores tuvieron algún nivel de sobrecarga, el 67,16% tenía disfunción familiar el 72% tenía ansiedad y el 73.53% tenía depresión; En el análisis multivariado se evidenció que existe 35% más probabilidades de desarrollar sobrecarga del cuidador en cuidadores con disfunción familiar leve ($p = 0.038$; $RP = 1.35$; $IC95\% 1.02-1.78$), 53% más probabilidades en cuidadores con disfunción familiar moderada ($p = 0.003$; $RP = 1.53$; $IC95\% 1.16-2.01$) y 60% más probabilidades en cuidadores con disfunción familiar severa ($p = 0.003$; $RP = 1.60$; $IC95\% 1.17-2.20$), además de encontré que en los cuidadores con depresión hay 40% mayor probabilidad de desarrollar sobrecarga del cuidador ($p = 0.042$; $RP = 1.40$; $IC95\% 1.03-1.91$) (Cordano & Bustamante, 2020)

Ccanto, en su tesis realizada en el año 2022, estudio de tipo básico y descriptivo con el objetivo de evaluar el nivel de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas en el área de geriatría de un hospital. La investigación incluyó a 84 cuidadores como muestra, y para la recolección de datos se emplearon una ficha sociodemográfica y la escala de Zarit. Los hallazgos revelaron que el 33.3% de los cuidadores presentaban una sobrecarga intensa, el 27.4% una sobrecarga leve, y el 39.3% no presentó sobrecarga. En cuanto a las dimensiones evaluadas, el 60.3% reportó sobrecarga en el impacto del cuidado, el 76.2% no mostró sobrecarga en la calidad de la relación interpersonal, y el 89.3% presentó sobrecarga en la expectativa de autoeficacia. (Ccanto, 2022).

Fernández y colaboradores, en su tesis realizada en el año 2022, estudio de tipo descriptivo, no experimental, prospectivo y cuantitativo de corte transversal que buscó determinar el nivel de sobrecarga en cuidadores de pacientes adultos mayores usuarios del centro materno infantil de Lima, para medir el nivel de sobrecarga los investigadores utilizaron la escala de Zarit, la cual fue aplicada a 50 cuidadores. Los resultados informaron que el 74% de los cuidadores eran mujeres; respecto a la sobrecarga de los cuidadores el, 34% no presentaron sobrecarga el 36% sobrecarga leve y el 30% un nivel se sobrecarga intensa. Además, se evaluó por apartados la sobrecarga, el 50% presentó sobrecarga física, el 58% presentó sobrecarga emocional y el 66% presentó sobrecarga social; el estudio no especifica el tipo de muestreo utilizado (Fernández et al., 2022).

Zeballos, en su tesis realizada en el año 2022, un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal que tuvo como objetivo identificar el nivel de sobrecarga en cuidadores de personas con multidiscapacidad, para el estudio se utilizó un muestreo censal y la muestra estuvo constituida por 29 cuidadores. Para la recolección de datos los investigadores utilizaron la escala de Zarit. Los resultados muestran que casi el 90% eran cuidadoras, el 74.2% no trabajaba y 86.2% era la madre del paciente, respecto a la sobrecarga, más del 90% presentó algún grado de sobrecarga, 69% sobrecarga intensa y 24% sobrecarga leve, y tan solo el 7% no presentó sobrecarga. (Zeballos, 2022)

Segura, en su tesis realizada en el año 2022, un estudio descriptivo correlacional de corte transversal que tuvo como objetivo identificar la relación entre el nivel de dependencia funcional y la carga del cuidador, el estudio se realizó con 35 cuidadores de niños con parálisis cerebral infantil, seleccionados mediante un muestreo por conveniencia. La información se obtuvo utilizando dos instrumentos: la medida de independencia funcional y la escala de Zarit. Los resultados indicaron que el 85.7% de los cuidadores eran mujeres, el 77.1% dedicaba las 24 horas al cuidado, el 85.7% de los niños presentaban dependencia total y el 14.3% dependencia parcial. En cuanto a la sobrecarga, el 82.9% de los cuidadores mostraron una sobrecarga intensa, el 11.4% una sobrecarga leve y el 5.7% no evidenció ningún nivel de sobrecarga. Además, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de independencia funcional del paciente y la sobrecarga del cuidador ($p=0.009$) (Segura, 2022).

Quispe, en su tesis realizada en el año 2020, un estudio de tipo básico descriptivo, enfoque cuantitativo y de corte transversal que tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos en la sobrecarga de cuidadores, este estudio se llevó a cabo con la

participación de 57 cuidadores de niños con habilidades especiales. Para la recopilación de datos se utilizó el cuestionario de Zarit y una ficha sociodemográfica. Los resultados muestran que 49.1% de los cuidadores presentaron sobrecarga intensa, el 26.3% sobrecarga leve y el 24.5% no presentaron algún grado de sobrecarga; como datos adicionales durante el estudio, la sobrecarga fue mayor en adultos jóvenes (58%), en cuidadores con estudios con secundaria incompleta (50.3%) y en cuidadores que son convivientes o tienen una relación consensuada (72.5%). En este estudio no se especificó el tipo de muestreo (Quispe, 2020).

Asencios-Ortiz y Pereyra-Zaldívar, en su estudio realizado en el año 2019, de enfoque observacional, descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue establecer la relación entre el nivel de funcionalidad de la persona con discapacidad y la sobrecarga del cuidador, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia se calculó un tamaño de la muestra que estuvo representado por 50 cuidadores en el distrito de Puente Piedra. Para la recolección de datos los autores utilizaron la escala de Zarit y la escala funcional Independence Measure. Los resultados mostraron quemas de la mitas de los cuidadores, 58%, presentó sobrecarga intensa, el 32% presentó sobrecarga ligera y tan solo el 10% no presentó algún grado de sobrecarga, sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la sobrecarga del cuidador con el nivel de dependencia ($p= 0.137$) (Asencios-Ortiz & Pereyra-Zaldívar, 2019).

Locales

Vega, en su tesis realizada en el año 2021, un estudio de tipo básico, descriptivo, cuantitativo, correlacional de corte transversal, con el propósito de evaluar la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador y la dependencia funcional del paciente. La investigación incluyó a 104 cuidadores de pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) atendidos en un hospital público de Chimbote, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Para la evaluación, se aplicaron la escala de Zarit y el índice de Barthel. Los resultados indicaron que el 100% de los cuidadores presentaba algún grado de sobrecarga: 29.5% leve, 37.2% moderada y 33.3% intensa. Asimismo, se evidenció que todos los pacientes tenían algún nivel de dependencia: 28.6% leve, 45.7% moderada y 25.7% total. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la dependencia del paciente y la sobrecarga del cuidador ($p=0.029$)(Vega, 2021).

2. MARCO CONCEPTUAL

El envejecimiento según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el resultado de la “acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo”, que en la persona genera una disminución paulatina de las capacidades físicas y mentales, de tal manera que la persona tienen mayor riesgo de enfermar o morir (OMS, 2022).

En el 2020 a nivel mundial se estimó que habían aproximadamente 1000 millones de adultos mayores y se estima que para el 2030 serán 1400 millones y para el 2050 casi se habrá duplicado esta cifra (OMS, 2022). En 2023 en el Perú los adultos mayores de 60 años representan el 13,6% de la población, 4 millones 598 mil personas, casi triplicado la cifra desde 1950, y el 38,3% de la población tiene un adulto mayor en casa (Carhuavilca et al., 2023).

Se describen afecciones asociadas al envejecimiento como lumbalgia, dolores de cuello, pérdida de audición, cataratas, osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) diabetes mellitus (DM), depresión, demencia, etc, de manera que en esta etapa de vida se presenta la pluripatología y estado de salud complejos (OMS, 2022). En el Perú el 80% de los mayores de 60 años padece de alguna enfermedad crónica como artritis, hipertensión arterial, asma, enfermedad reumatoidea, DM, tuberculosis u otras (Carhuavilca et al., 2023). Todo esto hace que cuando se evalúa al paciente geriátrico es necesario realizarlo de manera integral, clínica, funcional, mental y social, para realizar una oportuna intervención, correcto tratamiento y un seguimiento por largo tiempo de manera que disminuyan la dependencia y las discapacidades (Wanden-Berghe, 2021). Todo lo dicho antes puede hacernos ver que a consecuencia de aumento en la longevidad trae consigo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, lo que finalmente conlleva a un aumento de las tasas de discapacidad y dependencia a nivel mundial.

La discapacidad es definida por la OMS como “cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano” y es consecuencia de la interacción entre afecciones como demencia, lesiones medulares, ceguera y factores ambientales y personales (OMS, 2023), engloba deficiencias en el funcionamiento o estructuras corporales, fisiológicas y psicológicas, limitaciones en algunas actividades y restricciones de las actividades sociales que no permite una adecuada participación ciudadana. Existen 4 tipos de discapacidad, como la física, sensorial, mental e intelectual (MINSa, 2021).

A nivel mundial el 15% de las personas presenta una o más condiciones discapacitantes, en el Perú el 5,2% que es 1 millón 575 mil personas, presentan discapacidad (MINSA, 2021). En el Perú, de las personas que presentan discapacidad más del 50% son adultos mayores, el 29,7% de los discapacitados tiene dificultades para usar piernas y brazos, el 16% tiene dificultades para oír y el 32% presenta más de dos discapacidades y más del 40% son adultos mayores (INEI, 2022).

En el Perú más de 600 mil personas con discapacidad tiene enfermedades crónicas, afectando aún más su actividad diaria, como DM, obesidad, taquicardia, artritis, etc. el 76% recibe tratamiento para su dolencia crónica y el 40,6% depende de una persona para realizar sus actividades cotidianas, esta persona cuidadora generalmente es parte de su familia, como hijos o conyugues. Estos cuidadores al realizar un cuidado permanente de la persona discapacitada pueden dejar de realizar sus quehaceres del hogar, dejar de trabajar, abandonar la atención de sus negocios, abandonar sus actividades sociales, etc. (INEI, 2013).

Se considera **persona dependiente** a quien, debido a una enfermedad, discapacidad o envejecimiento, ha perdido su autonomía física, sensorial o mental, y requiere de manera continua la asistencia de otra persona para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, es decir, necesita de un cuidador. (Hospital San José Teruel, s/f; Muñoz et al., 2015; Padilla-Muñoz, 2010), generalmente son los ancianos. Para valorar la dependencia se utilizan cuestionarios que valoran las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y/o las actividades instrumentales de la vida Diaria (AIVD). En las ABVD se consideran el comer, control de esfínteres, asearse, vestirse y bañarse, en las AIVD se consideran el usar el teléfono, comprar, cocinar, tomar medicamentos, etc (Hospital San José Teruel, s/f). Uno de los cuestionarios utilizados es el índice de Barthel, esta escala tiene un puntaje de 0 a 100, y clasifica a la dependencia en total, severa, moderada, escasa y nula (Rubiales, 2018).

Existen diferentes tipos de dependencia, como dependencia afectiva, psíquica y física. Dependencia afectiva se desencadena por un golpe emocional, los pacientes experimentan cambios en el comportamiento y sienten la necesidad de estar acompañados. Dependencia psíquica, tiene una evolución progresiva, uno de los ejemplos más destacados es la demencia, en esta dependencia hay pérdida del sentido, la coherencia y la eficacia en la comunicación. La dependencia física puede ser agudo o progresivo, se asocia frecuente mente a la edad y la necesidad de cuidador es vital (Hospital San José Teruel, s/f)

El cuidador es aquella persona encargada de ayudar en las ABVD en una persona afectada por cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide desempeñar esas funciones por sí misma, o en términos más sucintos, el encargado de ayudar a una persona dependiente (Fundación Caser, s/f). Generalmente los que asumen el rol de cuidador los las mujeres, de manera voluntaria, el tiempo que cuidan es duradero y no reciben remuneración (Rodríguez et al, 2014)

Un cuidador brinda atención, generalmente dentro del hogar, a un padre anciano, cónyuge, otro pariente o persona no relacionada, o a una persona enferma o discapacitada. Estas tareas pueden incluir el apoyo para realizar ABVD y AIVD, apoyo para desplazarse, controlar la toma de medicamentos, realizar pequeñas labores de enfermería, etc (Cruz Roja Española, s/f; Johns Hopkins Medicine, 2022). Los cuidadores son parte fundamental, aunque poco reconocidos en la estructura social, es por ello que el autocuidado de estos es fundamental, de esta manera tendrán una mayor capacidad para brindar cuidados y esto hará que el cuidador sienta satisfacción al hacerlo (Rodríguez et al, 2014).

Existen características comunes en la mayoría de casos donde se presta cuidador, como dedicarse por largo tiempo, aumento de gasto de energía, las tareas a realizar no son sencillas ni agradables, cuidadores no capacitados, cuidadores que se enfrentan a diferentes problemas de salud, experiencias positivas y a la vez negativas (FIAPAM, 2014).

Las personas en situación de dependencia pueden recibir cuidados por parte de sus familiares, del personal de salud o de ambos. A quienes pertenecen al ámbito sanitario se les denomina cuidadores formales, mientras que los familiares u otras personas cercanas que asumen esta tarea sin recibir remuneración son conocidos como cuidadores informales. Estos últimos suelen encargarse principalmente del cuidado dentro del entorno doméstico. (Garandal, 2017; Rogero, 2010; Wolff et al., 2016).

Los cuidadores formales, se definen como aquellos profesionales capacitados que se encargan de cuidar a una persona dependiente a cambio de una remuneración económica, brindan apoyo funcional y ayudan con las tareas de salud, como observar e informar problemas, brindar apoyo emocional y comunicarse con las familias. Estos normalmente incluyen asistentes de salud en el hogar, asistentes de atención personal u otros trabajadores de atención directa (Rogero, 2010).

Los cuidadores pueden a su vez ser “cuidadores primarios o principales” si realizan la mayoría de las tareas de cuidado, “cuidadores secundarios”, si complementan la atención

que brinda el cuidador principal y también influyen en la toma de decisiones sobre la persona dependiente, “cuidadores terciarios”, si su ayuda es solo intermitente y no toman decisiones sobre la persona dependiente, y “cuidadores auxiliares”, si solo se limitan a brindar compañía y satisfacer las necesidades emocionales y sociales de la persona dependiente (D’Amen et al., 2021).

Durante el proceso de cuidar el cuidador experimenta 4 diferentes etapas o fases mediante un proceso de ajuste, estas etapas no las experimentan todos. Fase 1 o negación del problema, en esta etapa el cuidador no acepta el deterioro del familiar ni que este necesite ayuda para realizar sus actividades cotidianas, además presenta enfado, frustración debido a no poseer el control de la situación y el miedo. Fase 2 o búsqueda de información, el cuidador poco a poco entiende y acepta la condición de dependencia del familiar, y como repercutirá en su vida y en la de los demás miembros de la familia que lo rodea, además de eso el cuidador se informa sobre la condición de su familiar y las maneras de cómo cuidarlo, empero aun persistirán los sentimientos negativos de la fase 1. Fase 3 o reorganización de los cuidados, el cuidador va tomando más control de la situación y la aceptará de mejor manera, además este tendrá mayor conocimiento de los problemas de salud a los que tiene que enfrentarse, sin embargo, algunos experimentarán la carga y una disminución paulatina de su estado de salud. Fase 4 o adaptación, hay total control de la situación y el cuidador es capaz de manejar muy bien las demandas del familiar, hay mayor estabilidad emocional y confianza en sí mismo, lastimosamente esta etapa no es lograda por todos los cuidadores (Rodríguez et al., 2014)

La presencia de una persona dependiente que precisa cuidado dentro del hogar puede provocar importantes cambios dentro de la estructura y relaciones familiares, en los roles y patrones de conducta de sus integrantes., cambios en el trabajo, en el tiempo libre y estado de ánimo del cuidador (Cruz Roja Española, s/f) Estos cambios pueden impactar la estabilidad familiar, repercutiendo en todos sus miembros, siendo el cuidador principal el más afectado, ya que asume la mayor carga tanto física como emocional derivada del cuidado (Hernández et al., 2019). Además de esto en muchos casos las personas que requieren cuidados experimentan cambios de conducta como agitación, agresividad, hostilidad, etc. que contribuye en la sobrecarga del cuidador (Rodríguez et al., 2014).

El síndrome de sobrecarga del cuidador es el impacto de la sobrecarga en el cuidador (Martínez, 2020), definiéndose de manera más precisa como el conjunto de alteraciones que afecta en todas las esferas del ser humano, como física, psicológica, emocional, familiar, laboral y económico , que por lo general, es el resultado de una persona que

descuida su propia salud física y emocional porque se concentra en cuidar a otra persona (Ingber, 2017; Martínez, 2020). Se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad, apatía irritable, insomnio, depresión, etc. (Tirado et al., 2011)

La sobrecarga se clasifica en objetiva y subjetiva. La parte objetiva hace referencia al conjunto de actividades que se tiene que realizar como cuidador y las herramientas que este posee, con esta se puede valorar el grado de limitación que posee el cuidador para su vida familiar, social, su salud física, su situación laboral y el impacto económico (Mazón, 2021) La parte subjetiva, es la percepción que el cuidador tiene acerca de las demandas de los cuidados y de los recursos que dispone, esta se relaciona con las afecciones de índole emocional (Garandal, 2017; Mazón, 2021).

Existen diferentes escalas que permiten medir la sobrecarga en el cuidador, la más utilizada y validada a nivel mundial es la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, esta escala incluye 22 ítems y su puntuación total varía entre 22 y 110. Un resultado de 46 o menos indica ausencia de sobrecarga, mientras que una puntuación entre 47 y 55 sugiere una sobrecarga leve, y una puntuación de 56 o más señala una sobrecarga severa (Garandal, 2017). El índice de esfuerzo del cuidador es fiable para ser utilizado, mide la percepción de carga de los cuidadores, consta de 13 preguntas que evalúan la percepción de salud del cuidador, características de la persona que necesita cuidado y la situación emocional y física del cuidador, existe sobrecarga cuando hay de 7 puntos a más (Mazón, 2021).

Aunque no se ha identificado una causa específica para el desarrollo de este síndrome, se han reconocido diversos factores que pueden influir en su aparición. Estos factores están relacionados con las características de la persona que recibe los cuidados, del cuidador y del entorno de apoyo social. En cuanto al paciente, influyen aspectos como su nivel de dependencia, la duración y gravedad de su enfermedad, los síntomas vinculados a la discapacidad y su comportamiento. Por parte del cuidador, intervienen factores personales, sociales y laborales, tales como conflictos familiares, problemas en el trabajo o desempleo, dificultades económicas, la cantidad de tiempo dedicada al cuidado, la posibilidad de descanso, bajo nivel educativo y el tipo de relación con la persona cuidada, ya que las relaciones positivas tienden a generar menos estrés que las conflictivas. En cuanto al apoyo social, el síndrome puede verse favorecido por la falta o ausencia de ayuda por parte de familiares, amigos o vecinos, la convivencia con la persona dependiente, la falta de formación para brindar cuidados y las barreras para acceder a los servicios de salud. (Martínez, 2020; Mazón, 2021)

La sobrecarga, en el cuidador repercute en su calidad de vida en diferentes áreas debido al agotamiento que experimenta este (Martínez, 2020), como en la salud física y psíquica, en las relaciones familiares, en el ámbito social, en el área laboral y económica (Garandal, 2017; Gobierno de Cantabria, 2008). El grado de afectación depende de las características de la persona que ejerce los cuidados y/o de la persona que necesita de los cuidados. Además de que la sobrecarga afecte al cuidador también afecta a la persona que necesita de cuidados (Mazón, 2021).

En la afectación física o somática el cuidador experimenta peor percepción de salud, disminución del apetito, alteraciones en el ritmo vigilia-sueño, cansancio, cefalea, problemas gastrointestinales, problemas cardiovasculares (Garandal, 2017), dolores osteo-musculares, malestar y carga física, afectación progresiva del sistema inmunológico y descontrol de comorbilidades (Mazón, 2021). Estos cambios que se dan en la salud afecta en sobre todo si hay un solo cuidador y/o este ya tiene problemas de salud (Gobierno de Cantabria, 2008)

Psíquicamente el cuidador experimenta temor y en fado en las primeras etapas, estrés, impotencia, desmotivación, despersonalización, ansiedad, incluso depresión mayor. (Garandal, 2017) irritabilidad e ira, sentimientos de culpa, labilidad emocional, codependencia, trastornos obsesivo compulsivos, consumo de psicofármacos (Mazón, 2021). También existen cuidadores que experimentan sentimientos positivos como satisfacción (Gobierno de Cantabria, 2008).

A nivel social puede haber más conflictos familiares, aislamiento y soledad, menor tiempo para realizar actividades de ocio y recreación, pérdida de interés por otras actividades menor tiempo para la intimidad (Garandal, 2017), menor tiempo para las relaciones sociales, dificultad para expresar los sentimientos, falta de autorrealización (Martínez, 2020).

Por el tiempo que se dedica al cuidado se generan repercusiones en el área laboral y económica, en muchas oportunidades los cuidadores se ven en la necesidad de abandonar su trabajo, con ello disminución de ingresos, o puede haber un descuido del trabajo fuera del hogar (Mazón, 2021). El cuidador no recibe remuneración por la labor que realiza e incluso tiene que asumir los gastos de forma permanente. Además de esto hay un incremento en los gastos (Garandal, 2017).

Desempeñar el rol de cuidador de forma permanente, sin apoyo y con incremento de las exigencias y necesidades por parte del enfermo puede generar un desempeño inadecuado del cuidador, incluso malos tratos que podría ocasionar una institucionalización

prematura (Mazón, 2021) todo esto repercute de manera directa en el curso de la enfermedad del paciente (Martínez, 2020).

Así es como que en algunas situaciones la sobrecarga genera en el cuidador padecimientos que pueden ser mayores que de los “enfermos”, por lo que se denomina al cuidador como el “paciente oculto” y necesita de un diagnóstico e intervención oportuna (Martínez, 2020).

El abordaje antes del desarrollo del síndrome de carga del cuidador se basa en la creación de programas individuales o grupales dirigido por profesionales de la salud y de otras áreas para el soporte a los cuidadores, de manera que estos tengan un mejor conocimiento de la enfermedad de la persona que requiere cuidado, adquisición de habilidades básicas para el cuidado, entre otros para evitar el colapso del cuidador (Campos et al., 2019).

El abordaje cuando se instale este síndrome en los cuidadores también debe de ser multidisciplinario, en el que debe de participar un médico, psicólogo, enfermera y trabajador social. El manejo médico se enfoca en identificar, evaluar y dar tratamiento a los trastornos del estado de ánimo, físicos y en el descontrol de las comorbilidades asociadas al cuidador. El manejo por parte del psicólogo se aboca a realizar entrevistas diagnósticas y en promover el cuidado de la salud mental. El manejo por parte de enfermería es orientar y capacitar a los cuidadores en habilidades prácticas de los cuidados. El trabajo social se enfoca en realizar entrevistas y tratamiento del área social del cuidador (IMSS, 2015).

3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Cuidador: Persona que asiste a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Rivas & Ostiguín, 2018)
- Cuidador principal: cuidadores que realizan la mayoría de las tareas de cuidado (D’Amen et al., 2021).
- Cuidador informal: miembros de la familia u otros allegados que realizan la mayor parte del cuidado de las personas dependientes dentro del hogar de forma no remunerada (Wolff et al., 2016)
- Cuidador formal: aquellos profesionales capacitados que se encargan de cuidar a una persona dependiente a cambio de una remuneración económica (Reckrey et al., 2019)

- Sobrecarga del cuidador: conjunto de alteraciones que afecta en todas las esferas del ser humano, como física psicológica, emocional, familiar, laboral y económico (Garandal, 2017; Martínez, 2020)
- Dependencia: Se refiere a la situación de aquellas personas que, debido a la ausencia o disminución de su autonomía física, mental o intelectual, requieren apoyo y/o asistencia significativa para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. (Consejo Europeo, 1998)
- Discapacidad: Toda limitación o dificultad para llevar a cabo una actividad de manera habitual o dentro de los parámetros considerados normales para una persona (OMS, 2023)
- Actividades básicas de la vida diaria: Son acciones que implican alimentarse, ponerse o quitarse la ropa, acostarse o levantarse de una cama o silla, asearse mediante el baño o la ducha, y hacer uso del inodoro (NCI, 2011)
- Actividades instrumentales de la vida diaria: Se trata de tareas vinculadas a la autonomía personal, como cocinar, manejar el dinero, hacer compras, encargarse de las labores del hogar y utilizar el teléfono.

CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

1. MATERIALES

1.1.Universo

Todos los cuidadores de pacientes inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote

1.2.Población

Cuidadores de pacientes inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria del hospital III EsSalud Chimbote hasta el 2024, los que son 1500 aproximadamente.

1.3.Unidad de análisis

Cuidadores principales de pacientes inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria.

1.4.Marco muestral

Cuidadores principales adultos mayores de 18 años de pacientes inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria del hospital III EsSalud Chimbote, 2024

1.5.Muestra

a. Diseño muestral

Muestreo aleatorio simple

b. Tamaño muestral

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó el programa WinEpi , considerando un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5%, para una población finita (1500), y de acuerdo a la proporción de 56% de pacientes con sobrecarga del cuidador estimada en el estudio de Timaná (2019), obteniendo como resultado una muestra de 303 cuidadores (ANEXO 1)

1.6.Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de inclusión

- Cuidadores principales de pacientes inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria del Hospital III EsSalud Chimbote
- Cuidadores de 18 años a más.
- Tiempo como cuidador de un mes a más.

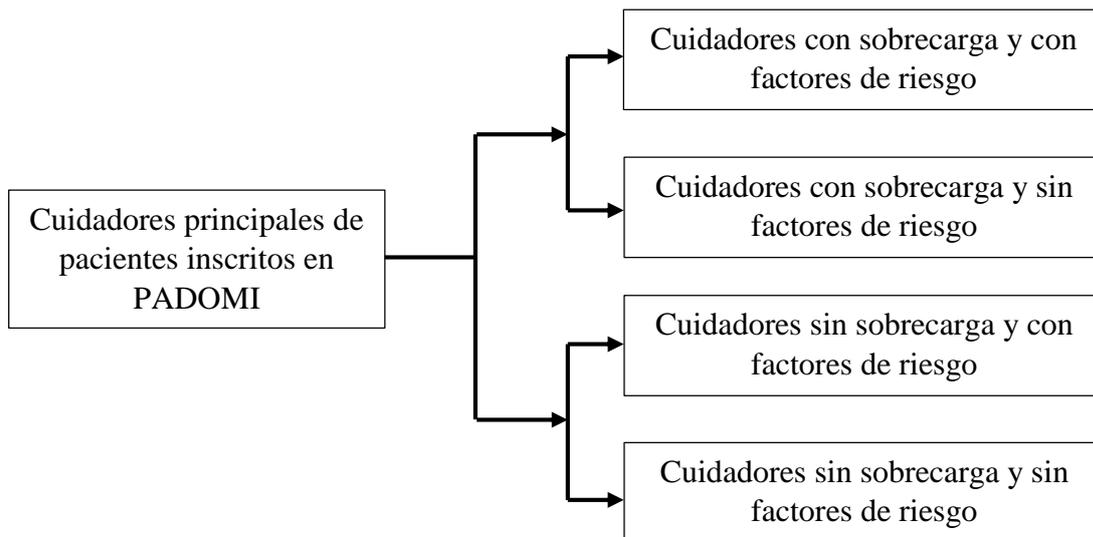
b. Criterios de exclusión

- Cuidador principal que tenga limitación para comprender el cuestionario.
- Cuidador principal que no brinde su consentimiento de participación en la encuesta.
- Cuidadores que manifiesten tener inconvenientes para contestar la encuesta.

2. MÉTODOLÓGÍA

2.1. Diseño del estudio

Es un estudio observacional, analítico, transversal, y exploratorio. Es un estudio observacional, porque no hubo intervención por parte de los investigadores. Debido a que se comparó entre dos grupos poblacionales, cuidadores con sobrecarga y cuidadores sin sobrecarga, es un estudio analítico. Es transversal porque los datos se recolectaron en un momento determinado. Y, por último, es un estudio exploratorio porque el problema de investigación ha sido poco abordado.



2.2. Variables

a. Variables de estudio

- Variable dependiente: Síndrome de sobrecarga del cuidador
- Variable independiente: Factores asociados
 - Factores asociados al cuidador
 - Sexo
 - Edad
 - Nivel de instrucción
 - Estado civil

- Situación ocupacional
- Promedio de horas al cuidado
- Duración del cuidado
- Percepción de salud
- Enfermedades crónicas
- Compartir sol de cuidador
- Motivación para brindar el cuidado
- Ingreso familiar
- Factores asociados al paciente
 - Edad
 - Sexo
 - Nivel de instrucción
 - Duración de atención domiciliaria
 - Número de enfermedades
 - Hospitalizaciones en los últimos 6 meses
 - Dependencia
- Factores asociados al soporte social.
 - Funcionalidad familiar
 - Capacitación previa

2.3. Definición y operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	FUENTE DE MEDICIÓN
Sexo del cuidador	Características biológicas que diferencian a hombre y mujeres (RAE, s/f)	Sexo del cuidador en el momento del estudio	Cualitativa Dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Ficha de recolección de Datos
Edad del cuidador	Tiempo que ha vivido una persona (RAE, s/f)	Cantidad de años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha en que se realizó el estudio.	Cuantitativa Discreta	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • 18-26 • 27-59 • ≥ 60 	Ficha de recolección de datos
Nivel de instrucción	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso (EUSTAT, s/f)	Grado más elevado de estudios realizado por el cuidador	Cualitativa Politómica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior técnico • Superior universitario 	Ficha de recolección de datos
Estado civil	Condición de una persona en relación con su matrimonio (RAE, s/f)	Situación civil del cuidador al	Cualitativa Politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero/a • Casado/a • Divorciado/a • Viudo/a 	Ficha de recolección de datos

		momento de la encuesta			<ul style="list-style-type: none"> • Conviviente 	
Situación ocupacional	Situación de una persona económicamente activa en relación a su empleo actual (o anterior si está desempleada) (OIT, s/f)	Situación ocupacional en el que se encuentra el cuidador en el momento de la encuesta	Cualitativa Politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado • Negocio propio • Desempleado • Jubilado 	Ficha de recolección de datos
Promedio de horas de cuidado	Cantidad igual o más próxima a la media aritmética de las horas diarias dedicadas al cuidado (RAE, s/f)	Promedio de horas al día que dedica el cuidador al cuidado del paciente.	Cuantitativa Discreta	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • <8h • 8-12h • >12h 	Ficha de recolección de datos
Duración del cuidado	Tiempo que transcurre entre el comienzo y fin del cuidado (RAE, s/f)	Tiempo que ha transcurrido hasta el momento de la encuesta en el cuidado del paciente	Cuantitativa Discreta	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • 1-6 meses • 7-12 meses • >1-2 años • > 2 años 	Ficha de recolección de datos
Capacitación	Acción y efecto de capacitar (RAE, s/f)	Acciones formativas sobre el cuidado de pacientes que ha recibido el cuidador	Cualitativa Dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Ficha de recolección de datos

Percepción de salud del cuidador	Concepción individual y subjetiva producto de la intersección entre factores biológicos, sociales y psicológicos, que proporciona una evaluación única e inestimable del estado general de salud de una persona (Cortese, 2018)	Percepción que el cuidador tiene del estado de su salud	Cualitativa Politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Regular • Mala 	Ficha de recolección de datos
Enfermedad crónica del cuidador	Enfermedad o afección que por lo general dura 3 meses o más, y es posible que empeore con el tiempo (NIH, 2011)	Padecimiento de alguna enfermedad crónica que tenga el cuidador	Cualitativa Dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Ficha de recolección de datos
Compartir el rol de cuidador	Hacer partícipe a otra persona la función de cuidador (RAE, s/f, s/f)	Rol de cuidador es compartido con otras personas	Cualitativa Dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Ficha de recolección de datos
Motivación para brindar cuidado	Conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona (RAE, s/f), es este caso que determinaron el brindar cuidado.	Motivo principal por el que empezó a cuidar de su paciente	Cualitativa Politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Obligación • Afecto • Ambos 	Ficha de recolección de datos
Ingreso Familiar	Total de ingresos económicos que el hogar y sus miembros con ingresos reciben de forma regular, sin importar su	Entradas de dinero para cubrir las necesidades	Cualitativo Dicotómico	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Suficientes • Insuficientes 	Ficha de recolección de datos

	procedencia, después de descontar las contribuciones a la Seguridad Social y otros pagos similares (INE, s/f)	alimentarias y no alimentarias				
Edad del paciente	Tiempo que ha vivido una persona (RAE, s/f)	Cantidad de años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha en que se realizó el estudio.	Cuantitativa Discreta	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • < 60 años • 60-74 años • 75-90 años • >90 años 	Ficha de recolección de datos
Sexo del paciente	Características biológicas que diferencian a hombre y mujeres (RAE, s/f)	Características biológicas que distinguen a hombre y mujeres	Cualitativa Dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Ficha de recolección de datos
Nivel de instrucción del paciente	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso (EUSTAT, s/f)	Grado más elevado de estudios realizado por el paciente	Cualitativa Politómica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior técnico • Superior universitario 	Ficha de recolección de datos
Duración de la atención domiciliaria	Tiempo de asistencia que se presta a domicilio a aquellas personas que no pueden asistir a su centro de salud por su	Tiempo que el paciente es parte del programa de	Cuantitativa Discreta	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • ≤12 meses • >12 meses 	Ficha de recolección de datos

	estado de salud (De la Revilla & Espinosa, 2003)	atención domiciliaria					
Número de enfermedades	Cantidad de estados producidos en un ser vivo por la alteración de la función de uno de sus órganos o de todo el organismo (RAE, s/f)	Número de enfermedades crónicas diagnosticadas por el médico	Cualitativa Dicotómica	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • ≥ 2 	Ficha de recolección de datos	
Número de hospitalizaciones en 6 meses	Cantidad de ocasiones que se ha internado a un enfermo en un hospital o clínica (RAE, s/f)	Número de hospitalizaciones del paciente en los 6 últimos meses al momento de la visita	Cuantitativa Discreta	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • 0-1 • 2-3 • ≥ 4 	Ficha de recolección de datos	
Sobrecarga del cuidador	Conjunto de alteraciones que afecta en todas las esferas del ser humano, como física psicológica, emocional, familiar, laboral y económico (Ingber, 2017; Martínez, 2020)	Puntaje obtenido según la escala de Zarit	Cualitativa politómica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin sobrecarga: < 47 puntos • Sobrecarga leve: 47-55 puntos • Sobrecarga intensa: > 55 puntos 	Escala de Zarit	
Dependencia del paciente	Condición de las personas que, debido a la ausencia o disminución de su autonomía física, mental o intelectual, requieren apoyo y/o asistencia significativa para llevar a cabo las actividades básicas de la	Puntaje obtenido según el índice de Barthel	Cualitativa politómica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total: < 20 puntos • Dependencia grave: 20-35 puntos 	Índice de Barthel	

	vida diaria (Consejo Europeo, 1998)					<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia Moderada: 40-55 puntos • Dependencia leve ≥ 60 puntos • Independencia 100 puntos
Funcionalidad familiar	Conjunto de características que la familia posee para fomentar una adaptación saludable y el bienestar de sus miembros (Reyes & Oyola, 2022)	Puntaje obtenido según el APGAR familiar	Cualitativa Politómica	Ordinal		<ul style="list-style-type: none"> • Normal: 17-20 puntos • Disfunción leve: 13-16 puntos • Disfunción moderada: 10-12 puntos • Disfunción severa: 0 a 9 puntos

2.4.Métodos de recolección de datos

Para poder realizar esta investigación se hizo lo siguiente:

- a. Se envió una solicitud al comité de ética de la Escuela de Medicina Humana y del Hospital EsSalud III Chimbote para la aprobación de este protocolo de investigación y las observaciones que se hicieron fueron subsanadas (ANEXO 2)
- b. Se gestionó una solicitud a la jefatura de la oficina de capacitación, investigación y docencia del Hospital EsSalud III Chimbote para tener acceso a las historias clínicas de los pacientes inscritos en el programa de atención domiciliaria (PADOMI), con el objetivo de poder acceder al número telefónico y dirección del paciente (ANEXO 3).
- c. Se generó una base de datos con el número de historia clínica de los pacientes que se encuentren inscritos en PADOMI.
- d. La base de datos se subió al programa EpiDat donde se seleccionó aleatoriamente la muestra.
- e. Nos comunicamos a los números telefónicos que estaban registrados en las historias clínicas seleccionadas, se explicó al cuidador el objetivo de nuestro estudio, con los que aceptaron participar de este estudio se coordinó una fecha para que el cuidador acuda al hospital o el investigador acuda a la vivienda de este para realizar la encuesta.
- f. Coordinada la fecha el cuidador ratificó su disponibilidad de participar firmando el consentimiento informado (ANEXO 4).
- g. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario impreso o el aplicativo de Google forms, dependiendo de la elección del cuidador.
- h. Posterior a la recolección de datos se verificó que la ficha esté completamente respondida y se subsanó cualquier dato faltante en el mismo instante.
- i. Se consideraron válidas todas aquellas fichas de recolección de datos que fueron respondidas por completa y de manera correcta.
- j. Al no completar la muestra requerida, el proceso de muestreo continuó hasta que se completó el tamaño de la muestra necesaria.
- k. Los datos obtenidos en el material impreso fueron transcritos a la encuesta electrónica de Google forms y los datos fueron visualizados de manera automática en el Excel autogenerado de la plataforma de Google forms

2.5.Instrumentos de medición

Como instrumentos de medición se utilizó una ficha de recolección de datos tanto físico como virtual en el programa de Google Forms (ANEXO 5) elaborada por los investigadores de este estudio, en esta se recopilarán los datos sociodemográficos del cuidador (sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil y situación ocupacional), número de horas al cuidado del paciente, capacitación previa, percepción de salud, cuestionario del APGAR familiar que valorara la funcionalidad familiar, índice de Barthel que valora el nivel de dependencia del paciente, la escala de Zarit que valora la sobrecarga del cuidador y algunos datos básicos del paciente.

El APGAR Familiar es un instrumento que busca valorar la percepción de una persona sobre la funcionalidad de su familia en un momento determinado. La encuesta consta de cinco preguntas específicas, cada una de las cuales evalúa un aspecto particular de la relación familiar como adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad y recursos y capacidad resolutive. Cada pregunta se califica en una escala de 0 a 4, siguiendo una clasificación de cinco opciones que varía de “nunca” a “siempre”. Por lo tanto, la puntuación máxima que se puede obtener es de 20 puntos, y la puntuación más baja es 0. Un resultado de 0 a 9 puntos indica disfunción familiar severa, de 10 a 12 puntos indica una disfunción moderada, de 13 a 16 indica una disfunción leve, y de 17 a 20 puntos indica una funcionalidad normal (Suarez & Alcalá, 2014). El contenido de este cuestionario fue validado en nuestro país por integrantes del programa de psicología de la universidad Cesar Vallejo con un alfa de Cronbach de 0.85 (Iparraguirre et al., 2022)

El índice de Barthel se emplea para medir el grado de autonomía de una persona en ciertas actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Esta escala incluye 10 ítems que evalúan aspectos como la alimentación, el traslado entre la silla y la cama, la higiene personal, el uso del inodoro, la capacidad para bañarse, el desplazamiento, el uso de escaleras, vestirse, y el control de esfínteres (heces y orina). Cada actividad recibe una puntuación que puede ser 0, 10, 15 o 20. Los resultados se interpretan así: < 20 puntos indican dependencia total; de 20 a 35, dependencia severa; de 44 a 55, dependencia moderada; de >60, dependencia leve; y 100 puntos reflejan independencia completa. La escala presenta un coeficiente alfa de Cronbach entre 0.86 y 0.92, lo que refleja una alta consistencia interna (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997). Un estudio realizado en Chimbote valoró la consistencia interna de este índice obteniendo un alfa de Cronbach de 0.904 (Vega, 2021)

La escala de Zarit es un instrumento creado para medir la carga o el estrés que sienten los cuidadores de personas con enfermedades crónicas o discapacidades. Está compuesta por

22 ítems que exploran la percepción del cuidador sobre las dificultades y el estrés relacionados con el cuidado. Las respuestas se califican en una escala de 0 a 4, donde 0 significa "nunca" y 4 "casi siempre". La puntuación total varía entre 0 y 88. Un puntaje inferior a 47 indica que no hay sobrecarga, entre 47 y 55 refleja una sobrecarga leve, y más de 55 puntos señala una sobrecarga intensa.

Un estudio Peruano valoró la consistencia interna de la escala de Zarit con un alfa de Cronbach de 0.908 (Marchena et al., 2023)

2.6. Procesamiento, análisis e interpretación de datos

Cuando se culminó con la recolección de datos, estos se visualizaron de manera automática en el programa Microsoft Excel 2016 obteniéndose así una base de datos, la estadística se realizó en el programa SPSS v.26

Estadística descriptiva

En el análisis estadístico descriptivo, para las variables categóricas se calcularon las frecuencias absolutas y proporciones relativas, para las variables numéricas se evaluó la normalidad mediante la prueba de Kolmogorow Smirnow, valorando medidas de tendencia central (media, mediana y moda) si la distribución fue paramétrica y medidas de dispersión (varianza, desviación estándar y coeficiente de variación) si la distribución es no paramétrica.

Estadística inferencial

Se realizó un análisis univariado mediante la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2) para determinar si existe asociación entre las variables independientes con la dependiente, con un intervalo de confianza del 95%, considerándose un valor $P < 0.05$ estadísticamente significativo, las variables con un valor $P < 0.20$ se incluyeron para el análisis de regresión. Para el análisis de regresión bivariado y multivariado se empleó el modelo de regresión de Poisson (MRP) con varianza robusta para obtener una razón de prevalencias crudo (RPc) y razón de prevalencias ajustado (RPa), con un intervalo de confianza de 95% y una significancia de $p < 0.05$, para este análisis la variable dependiente categórica politómica (sobrecarga del cuidador) se manejó como dicotómica, uniando en una sola categoría la sobrecarga leve e intensa.

2.7. Aspectos éticos

Este proyecto de investigación fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Nacional del Santa de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa y del Hospital en donde se realizó el estudio.

En lo que respecta a este, nuestro estudio sigue los 3 principios generales según el reporte de Belmont: respeto a las personas, beneficencia y justicia. Con respecto al principio de respeto hacia las personas, se respetó la autonomía del cuidador haciendo uso del consentimiento informado, en el cual se explicó de manera clara y precisa en que consiste la investigación, los cuidadores que aceptaron participar de manera voluntaria este estudio firmaron el consentimiento informado. Además, se respetó la confidencialidad asegurando la protección de la identidad y la información que se recopiló. Con respecto al principio de beneficencia esta investigación no trajo consigo ningún tipo de riesgo de daño psicológico, físico, legal, social ni económico para tanto para el cuidador como para paciente ya que solo recopilaron datos mediante una ficha y esta información se utilizó para el análisis estadístico. Con respecto al principio de justicia , cada uno de los participantes fueron seleccionados mediante sorteo aleatorio y estos recibieron el mismo trato (Ryan et al., 1979)

En este estudio se siguieron las pautas éticas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias médicas (CIOMS), se respetó la **pauta 9** ya que se dio la información pertinente y la oportunidad de dar su consentimiento informado y voluntario a los cuidadores o abstenerse a hacerlo. Se respetó la **pauta 12** ya que los datos obtenidos se realizaron de manera anónima, es decir no se recopiló nombre ni apellidos de los participantes, de manera que se generó un código para cada uno, y los datos obtenidos solo estuvieron disponibles para los investigadores. Se respetó la **pauta 22** ya que se utilizó herramientas digitales para obtener datos para la investigación tomando en cuenta medidas de seguridad para evitar que se revelen datos personales, los datos obtenidos solo estuvieron a disposición de los investigadores y fué solo de uso académico manteniendo la privacidad del participante (CIOMS, 2017).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. RESULTADOS

Tabla 1: Características sociodemográficas de los cuidadores en el Programa de Atención Domiciliaria en un hospital de EsSalud 2024.

	Variable	Subvariable	Frecuencia	Porcentaje
Características sociodemográficas de los cuidadores	Sexo	Femenino	248	81.8
		Masculino	55	18.2
	Edad agrupada	18 – 26 años	6	2.0
		27 – 59 años	184	60.7
		≥ 60 años	113	37.3
	Nivel de instrucción	Primaria	31	10.2
		Secundaria	116	38.3
		Superior	69	22.8
		Técnico	87	28.7
		Universitario	140.4	[21.4]
	Estado civil	Casado	136	44.9
		Conviviente	33	10.9
		Divorciado	19	6.3
		Soltero	105	34.7
		Viudo	10	3.3
	Situación ocupacional	Desempleado	141	46.5
		Empleado	72	23.8
		Jubilado	17	5.6
		Negocio propio	73	24.1
	Edad ¹		140.4 (11.85)	[21.4]

¹ Varianza (DE) [CV]

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de 303 cuidadores de pacientes atendidos en el Programa de Atención Domiciliaria del Hospital EsSalud III Chimbote. Se evidencia que 248 cuidadores (81.8%) son mujeres. En cuanto a la edad, la varianza es 140.4, esta varía respecto a la media (55.39) en 11.85 años, la edad de los cuidadores tienen un comportamiento homogéneo ($CV < 30\%$), de estos 184 cuidadores (60.7%) están

entre 27 y 60 años y tan solo 6 cuidadores (2%) son menores de 27 años. Respecto al nivel de instrucción, predomina la educación secundaria con 116 cuidadores (38.3%) y 31 cuidadores (10.2%) refieren tener solo estudios primarios. En lo referente al estado civil, 136 cuidadores (44.9%) referían estar casados y tan solo 10 (3.3%) referían estar viudos. En cuanto a la situación ocupacional, 141 cuidadores (46.5%) estaba desempleados y tan solo 17 (5.7%) eran jubilados.

Tabla 2: Frecuencia de sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un hospital de EsSalud 2024.

		Frecuencia	Porcentaje
Clasificación según sobrecarga	Sin sobrecarga	121	39.9
	Sobrecarga leve	70	23.1
	Sobrecarga intensa	112	37.0
	Total	303	100.0

En la Tabla 2 muestra la frecuencia se sobrecarga del cuidador de 303 cuidadores de pacientes atendidos en el Programa de Atención Domiciliaria del Hospital EsSalud III Chimbote. Se identificó que 182 cuidadores (60.1%) experimentan algún grado de sobrecarga: el 23.1% presenta una sobrecarga leve y el 37.0% una sobrecarga intensa. En contraste, el 39.9% no muestra signos de sobrecarga. Estos resultados indican que más de la mitad de los cuidadores de pacientes atendidos en el programa de atención domiciliaria enfrentan cierto nivel de carga asociado a sus funciones de cuidado.

Tabla 3: Principales factores del cuidador asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un hospital de EsSalud 2024.

		Sobrecarga			X ²	p valor
		Ausente	Leve	Intensa		
		(121)	(70)	(112)		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Sexo	Femenino	97 (80.2)	58 (82.9)	93 (83.0)	0.385	0.825
	Masculino	24 (19.8)	12 (17.1)	19 (17.0)		
Edad	18 – 26 años	3 (02.5)	1 (01.4)	2 (01.8)	*6.875	0.143
	27 – 59 años	79 (65.3)	48 (68.6)	57 (50.8)		
	≥ 60 años	39 (32.2)	21 (3.0)	53 (47.3)		
Nivel de instrucción	Primaria	11 (9.1)	8 (11.4)	12 (10.7)	11.063	0.086
	Secundaria	43 (35.5)	26 (37.1)	47 (42.0)		
	Superior Técnico	35 (28.9)	8 (11.4)	26 (23.2)		
	Superior Universitario	32 (26.4)	28 (40.0)	27 (24.1)		
Estado civil	Casado	50 (41.3)	36 (51.4)	50 (44.6)	5.563	0.696
	Conviviente	15 (12.4)	7 (10.0)	11 (9.8)		
	Divorciado	7 (5.8)	3 (4.3)	9 (8.0)		
	Soltero	46 (38.0)	23 (32.9)	36 (32.1)		
	Viudo	3 (2.5)	1 (1.4)	6 (5.4)		
Situación ocupacional	Desempleado	47 (38.8)	36 (51.4)	58 (51.8)	7.323	0.292
	Empleado	31 (25.6)	19 (27.1)	22 (19.6)		
	Jubilado	8 (6.6)	7 (6.3)	7 (6.3)		
	Negocio propio	35 (28.9)	25 (22.3)	25 (22.3)		
Ingreso familiar	Insuficiente	55 (45.5)	54 (77.1)	100 (89.3)	55.05	<0.001
	Suficiente	66 (54.4)	16 (22.9)	12 (10.7)		

Tabla 3 (Continuación)

		Sobrecarga			X ²	p valor
		Ausente (121)	Leve (70)	Intensa (112)		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Percepción del estado de salud	Bueno	49 (40.5)	13 (18.6)	6 (5.4)	95.854	<0.001
	Malo	5 (4.1)	12 (17.1)	60 (53.6)		
	Regular	67 (55.4)	45 (64.3)	46 (41.1)		
Enfermedad crónica	Si	56 (46.3)	24 (34.3)	60 (53.6)	6.446	0.040
	No	65 (53.7)	46 (65.7)	52 (46.4)		
Compartir el rol de cuidador	Si	92 (76.0)	45 (64.3)	37 (33.0)	45.734	<0.001
	No	29 (24.0)	25 (35.7)	75 (67.0)		
Motivación para brindar cuidado	Afecto	81 (66.9)	43 (61.4)	44 (39.3)	35.90	<0.001
	ambos	33 (27.3)	24 (34.3)	37 (33.0)		
	obligación	7 (5.8)	3 (4.3)	31 (27.7)		
Promedio de horas de cuidado	< 8 horas	38 (31.4)	12 (17.1)	5 (4.4)	57.759	<0.001
	8-12 horas	47 (38.8)	26 (37.1)	21 (18.8)		
	>12 horas	36 (29.8)	32 (45.7)	86 (76.8)		
Duración del cuidado	1 - 6 meses	11 (9.1)	4 (5.7)	4 (3.6)	5.276	0.509
	7 – 12 meses	10 (8.3)	10 (14.3)	12 (10.7)		
	1 – 2 años	16 (13.3)	12 (17.1)	17 (15.2)		
	> 2 años	84 (69.4)	44 (62.9)	79 (70.5)		

*X² con corrección de continuidad de Yates.

La Tabla 3 detalla los principales factores del cuidador asociados a la sobrecarga en el Programa de Atención Domiciliaria del Hospital EsSalud III Chimbote. Se observa que los ingresos familiares insuficientes están significativamente asociados a mayores niveles de sobrecarga (p<0.001), con 89.3% de quienes tienen sobrecarga intensa refieren tener

insuficientes ingresos familiares. También se encontró una asociación significativa ($p < 0.001$) entre no compartir el rol de cuidador y la sobrecarga, donde el 67% de cuidadores con sobrecarga intensa no comparte el rol de cuidador. Otro factor con una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$), donde se observa que el 76.8% de los cuidadores con sobrecarga intensa brindan cuidado por más de 12 horas al día. Otros factores significativamente asociados a la sobrecarga fueron la percepción del estado de salud ($p < 0.001$), la presencia de enfermedad crónica ($p = 0.040$) y la motivación para brindar cuidado ($p < 0.001$), donde la sobrecarga intensa es más común cuando la motivación no es exclusivamente por afecto.

Tabla 4: Principales factores del paciente asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un hospital de EsSalud 2024.

		Sobrecarga			X2	p valor
		Ausente	Leve	Intensa		
		(121)	(70)	(112)		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Sexo	Femenino	74 (61.2)	35 (50.0)	59 (52.7)	2.785	0.248
	masculino	47 (38.8)	35 (50.0)	53 (47.3)		
Edad	< 60 años	3 (2.5)	2 (2.9)	5 (4.5)	*10.973	0.089
	60-74 años	10 (28.3)	9 (12.9)	6 (5.4)		
	75-90 años	95 (78.5)	42 (60.0)	83 (74.1)		
	>90 años	13 (10.7)	17 (24.3)	18 16.1		
Nivel de instrucción	Analfabeto	17 (14.0)	5 (7.1)	20 (17.9)	11.870	0.157
	Primaria	77 (63.6)	46 (65.7)	59 (52.7)		
	secundaria	17 (14.0)	11 (15.7)	16 (14.3)		
	Superior	3 (2.5)	4 (5.7)	12 (10.7)		
	Técnico					
	Superior Universitario	7 (5.8)	4 (5.7)	5 (4.5)		
Dependencia del paciente	Total	8 (6.6)	9 (12.9)	24 (21.4)	49.37	<0.001
	Grave	11 (9.1)	5 (7.1)	24 (21.4)		
	Moderada	14 (11.6)	19 (27.1)	26 (23.2)		
	Leve	80 (66.1)	37 (52.9)	38 (33.9)		
	Independiente	8 (6.6)	0 (0)	0 (0)		
Duración atención domiciliaria	3 – 12 meses	28 (23,1)	19 (27,1)	27 (24,1)	0.394	0.821
	+ 12 meses	93 (76,9)	51 (72,9)	85 (75,9)		

*X² con corrección de continuidad de Yates.

Tabla 4 (Continuación)

		Sobrecarga			X ²	p valor
		Ausente	Leve	Intensa		
		(121) n (%)	(70) n (%)	(112) n (%)		
Número de enfermedades	1 enfermedad	7 (5,8)	5 (7,1)	3 (2,7)	2.123	0.346
	≥ 2 enfermedades	114 (94,2)	65 (92,9)	109 (97,3)		
Número de hospitalizaciones en 6 meses.	0 – 1 ingreso	112 (92.6)	66 (94.3)	97 (86.6)	*2.924	0.571
	2 – 3 ingresos	9 (07.4)	3 (04.3)	13 (11.6)		
	≥ 4 ingresos	0	1 (01.4)	2 (01.8)		

*X² con corrección de continuidad de Yates.

En la Tabla 4 se identifican los principales factores del paciente asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria del Hospital EsSalud III Chimbote. Se observa una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre el grado de dependencia del paciente y la sobrecarga del cuidador, adicionalmente se observa a mayores porcentajes de pacientes con dependencia severa (13.4%) y total (21.4%) en el grupo de cuidadores con sobrecarga intensa en comparación con los cuidadores sin sobrecarga y sobrecarga leve, de manera que a mayor dependencia, mayor sobrecarga.

Tabla 5: Principales factores por parte del apoyo social asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un hospital de EsSalud 2024.

		Sobrecarga			X2	p valor
		Ausente	Leve	Intensa		
		(121)	(70)	(112)		
		n (%)	n (%)	n (%)		
Capacitación	Si	21 (17.4)	10 (14.3)	10 (8.9)	3.574	0.167
	No	100 (82.6)	60 (85.7)	102(91.1)		
Funcionalidad familiar	Normal	62 (51.2)	12 (17.2)	9 (8)	103.565	<0.001
	Leve	39 (32.2)	25 (35.7)	18 (16.1)		
	Moderada	10 (8.3)	18 (25.7)	27 (24.1)		
	Severa	10 (8.3)	15 (21.4)	58 (51.8)		

En la Tabla 5 se identifican los principales factores por parte del apoyo social asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria del Hospital EsSalud III Chimbote. Se observó una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre la funcionalidad familiar y la sobrecarga del cuidador, adicionalmente se evidencia que el 51.8% de cuidadores con sobrecarga intensa tiene una disfunción familiar severa, de manera que mientras mayor sea la disfunción familiar mayor será la sobrecarga del cuidador.

Tabla 6: Análisis de regresión bivariado y multivariado (regresión de Poisson con varianza robusta) de los factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el programa de atención domiciliaria de un hospital de EsSalud, 2024.

Variables	Sobrecarga del cuidador		RP crudo			RP ajustado		
	No	Si	PR	IC 95%	Valor de p	PR	IC 95%	Valor de p
	N (%)	N (%)						
Ingreso								
Familiar								
Suficientes	66 (54.5)	28 (15.4)	1			1		
Insuficientes	55 (45.5)	154(84.6)	1.338	1.236 -1.448	<0.001	1.165	1.081-1.255	<0.001
Percepción del estado de salud								
Bueno	49 (40.5)	19 (10.4)	1			1		
Regular	67 (55.4)	91 (50)	1.232	1.118 -1.357	<0.001	1.120	1.021-1.229	0.017
Malo	5 (4.1)	72 (39.6)	1.512	1.385 -1.652	<0.001	1.167	1.052-1.298	0.004
Compartir el rol de cuidador								
Sí	92 (76)	82 (45.1)	1			1		
No	29 (24)	100 (54.9)	1.207	1.131-1.287	<0.001	1.067	1.000-1.138	0.05
Motivación para el cuidado								
Afecto	81 (66.9)	87 (47.8)	1			1		
Ambos	33 (27.3)	61 (33.5)	1.086	1.006-1.173	0.035	1.056	0.997-1.120	0.064
Obligación	7 (5.8)	34 (18.7)	1.205	1.112-1.306	<0.001	1.014	0.948-1.084	0.686
Promedio de horas al cuidado								
<8 horas	38 (31.4)	17 (9.3)	1			1		
8-12 horas	47 (38.8)	47 (25.8)	1.146	1.021-1.286	0.020	1.109	1.011-1.216	0.029
>12 horas	36 (29.8)	118 (64.8)	1.349	1.220-1.492	<0.001	1.131	1.024-1.248	0.015

Tabla 6 (Continuación)

Variables	Sobrecarga del cuidador		RP crudo			RP ajustado		
	No	Si	PR	IC 95%	Valor de p	PR	IC 95%	Valor de p
	N (%)	N (%)						
Dependencia del paciente								
Independiente	8 (6.6)	0 (0)	1			1		
Dependencia leve	80 (66.1)	75 (41.2)	1.484	1.407-1.565	<0.001	1.367	1.249-1.497	<0.001
Dependencia moderada	14 (11.6)	45 (24.7)	1.763	1.657-1.875	<0.001	1.458	1.310-1.623	<0.001
Dependencia grave	11 (9.1)	29 (15.9)	1.725	1.592-1.869	<0.001	1.351	1.207-1.513	<0.001
Dependencia total	8 (6.6)	33 (18.1)	1.805	1.688-1.930	<0.001	1.470	1.315-1.644	<0.001
Funcionalidad familiar								
Normal	62 (51.2)	21 (11.5)	1			1		
Disfunción leve	39 (32.2)	43 (23.6)	1.217	1.098-1.349	<0.001	1.180	1.085-1.284	<0.001
Disfunción moderada	10 (8.3)	45 (24.7)	1.451	1.322-1.593	<0.001	1.282	1.171-1.404	<0.001
Disfunción severa	10 (8.3)	73 (40.1)	1.5	1.380-1.631	<0.001	1.277	1.171-1.393	<0.001

En la tabla 06 se realizó el análisis bivariado mediante la regresión de Poisson con varianza robusta. Se evidenció que el ingreso familiar, la percepción del estado de salud del cuidador, el no compartir el rol de cuidador, la motivación para el cuidado, el promedio de horas al cuidado, la dependencia del paciente y la funcionalidad familiar tuvieron una asociación estadísticamente significativa con la sobrecarga del cuidador. En aquellos cuidadores con ingresos familiares insuficientes aumenta en un 34% la probabilidad de padecer sobrecarga del cuidador, que en aquellos que cuentan con ingresos familiares suficientes (RP crudo=1.338; IC95% 1.236–1.448), en los cuidadores con mala percepción de su estado de salud aumenta en un 51% la probabilidad de padecer

sobrecarga en aquellos con mala percepción de su estado de salud (RP crudo=1.512; IC95% 1.385 -1.652), en los cuidadores que no comparten el rol de cuidador con otras personas aumenta en un 21% la probabilidad de padecer sobrecarga (RP crudo=1.207; IC95% 1.131-1.287), en los cuidadores que brindan cuidado por obligación la probabilidad de sobrecarga aumenta en un 21% (RP crudo=1.205; IC95% 1.112-1.306), en los cuidadores que cuidan más de 12 horas al día aumenta en un 35% la probabilidad de padecer sobrecarga, que en aquellos que cuidan menos de 8h (RP crudo=1.394; IC95% 1.220-1.492), en los cuidadores de pacientes con dependencia total la probabilidad de padecer sobrecarga incrementa en un 81%, que en aquellos cuyos pacientes son independientes (RP crudo=1.805; IC95% 1.688-1.930) y en los cuidadores con disfunción familiar severa la probabilidad de padecer sobrecarga incrementa en un 50%, que en aquellos que tienen una funcionalidad familiar normal (RP crudo=1.5; IC95% 1.380-1.631).

Al realizar el análisis multivariado mediante la regresión de Poisson con varianza robusta se evidencia que los ingresos familiares insuficientes, la percepción del estado de salud, el promedio de horas al cuidado, el grado de dependencia del paciente y la disfunción familiar continúan siendo significativos. Se observa que la probabilidad de padecer sobrecarga aumenta en un 17% para aquellos cuidadores con ingresos familiares insuficientes, que en aquellos que cuentan con ingresos familiares suficientes (RP ajustado=1.165; IC95% 1.081-1.255), en los cuidadores con una mala percepción de su estado de salud aumenta en un 17% la probabilidad de padecer sobrecarga (RP ajustado=1.167; IC95% 1.052-1.298), en aquellos que cuidan más de 12 horas al día aumenta en un 13% la probabilidad de padecer sobrecarga, que en aquellos que cuidan menos de 8h (RP ajustado=1.131; IC95% 1.024-1.248), en los cuidadores de pacientes con dependencia total la probabilidad de padecer sobrecarga incrementa en un 47%, que en aquellos cuyos pacientes son independientes (RP ajustado=1.470; IC95% 1.315-1.644) y en los cuidadores con disfunción familiar severa la probabilidad de padecer sobrecarga incrementa en un 28%, que en aquellos que tienen una funcionalidad familiar normal (RP ajustado=1.277; IC95% 1.171-1.393).

2. DISCUSIONES

La sobrecarga del cuidador refleja el impacto de la sobrecarga que afecta al cuidador en todas las esferas de su vida, como la física, psicológica, familiar, laboral y económica; este síndrome se puede evidenciar con la presencia de estrés, ansiedad, apatía, etc. en el cuidador (Tirado et al., 2011). No existe una causa específica de este síndrome sino se han descrito factores que influyen en el desarrollo de este. (Martínez, 2020)

En la presente investigación se evidencia que la mayor parte de la población estudiada fueron mujeres (81.8%), con un grupo etario predominante (60.7%) entre los 27-59 años, la mayor parte de los cuidadores (38%) solo contaba con estudios secundarios, el 44.9% de la población estaba casado, además que casi la mitad de los cuidadores (46.5%) se encontraba sin empleo.

En lo que respecta al sexo, un estudio cuantitativo explicativo realizado en México reportó hallazgos similares, donde el 84.7% de los cuidadores eran mujeres. (Díaz-García et al., 2022), en el estudio realizado por Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea (2019) se observó que el 81.7% de los cuidadores eran de sexo femenino y en el estudio realizado por Segura (2022) también se observó que el 85.7% de los cuidadores eran mujeres, Sin embargo, resultados diferentes se evidencian en el estudio realizado por Adib-Hajbaghery y Ahmadi (2019) en donde el 50.1% eran cuidadores varones. En la gran mayoría de estudios revisados se observa generalmente un predominio de mujeres dedicadas al cuidado, al respecto la guía básica de autocuidado para personas cuidadoras en España menciona que se debe a como la composición familiar y a los valores que se comparten son los que determinan que en la mayoría de casos sea la mujer la que deba de hacer frente y cuidar a los familiares con necesidad de cuidados (Rodríguez et al., 2014).

En nuestro estudio el 60.7% de los cuidadores eran adultos, en estudios realizados por Bekdemir e Ilan (2019) se observa que el 57.4% de los cuidadores estaba en un rango de edad entre 30-55 años, así mismo la investigación realizada por Asencios-Ortiz y Pereyra-Saldívar (2019) muestra resultados similares, en donde la mayoría de los cuidadores (86.4%) se encontraba entre los 30-60 años. Estos resultados reflejan que las personas que asumen el rol de cuidador generalmente son los cónyuge o hijos del paciente (Rodríguez et al., 2014)

Respecto al nivel de instrucción en nuestro estudio el mayor porcentaje de cuidadores solo realizaron estudios secundarios, resultados similares se encontraron en el estudio realizado por Cordano y Bustamante (2020) donde se observa que la mayor cantidad (40.2%) de cuidadores contaban con estudios secundarios, resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por Leiva-Socualaya y colaboradores. (2023) donde el 46.2 % de los cuidadores contaban con estudios secundarios; resultados similares obtuvieron Asencios-Ortiz y Pereyra-Zaldivar (2019) donde el mayor cantidad de cuidadores contaban solamente con estudios secundarios (61.3%). Sin embargo, resultados diferentes se evidencia en la investigación realizada por Achilike y colaboradores. (2020) donde la mayor cantidad de cuidadores (45%) cuentan con estudios superiores universitarios, así mismo en el estudio de Toledano-Toledano y Dominguez-Guedea (2019) se observa que el 62.57% de los cuidadores solo cuentan con estudios básicos.

En lo referente al estado civil de los cuidadores, nuestros resultados concuerdan con los resultados obtenidos por Adib-Hajbaghery y Ahmadi (2019), Bekdemir e Ilan (2019), Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea (2019), Leiva-Socualaya y colaboradores. (2023) y Asencios-Ortiz & Pereyra-Zaldivar (2019) en donde se observa que el 95.8%, 72.8%, 76.5%, 61.7% y 38.6% de los cuidadores, respectivamente, refieren estar casados al momento del estudio. Por otro lado, no se encontraron resultados diferentes a los nuestros en ningún estudio revisado.

En nuestro estudio casi la mitad de cuidadores se encontraban desempleados, estos resultados son similares a los que se muestran en el estudio realizado por Bekdemir e Ilan (2019) donde el 69.6% de cuidadores no contaban con empleos; en los estudios realizados por Leiva-Socualaya y colaboradores. (2023) y Asencios-Ortiz y Pereyra-Zaldivar (2019) se observa mayores porcentajes de cuidadores no cuentan con empleo, 98.9% y 86.4% respectivamente. Pero difieren de los resultados que muestra la investigación realizada por Achilike y colaboradores (2020), donde observamos que tan solo el 13% de los cuidadores no contaban con empleo, estos resultados se debe a la que tanto desempleo y ama de casa estuvieron en diferentes opciones de respuesta, lo que difiere de nuestro estudio puesto que se tomó a la opción ama de casa dentro de la opción desempleo.

En nuestro estudio muestra que el 60.1% de los cuidadores presentó algún grado de sobrecarga, de manera específica se evidenció que el 23.1% de cuidadores tenía

sobrecarga leve y 37% sobrecarga intensa. La investigación realizada en Perú por Ccanto (2022) presentó resultados comparables, indicando que el 27.4% de los cuidadores experimentaban una sobrecarga leve y el 33.3% una sobrecarga intensa; de manera similar, el estudio llevado a cabo por Fernández y colaboradores (2022) mostró que el 36% de los cuidadores presentaban una sobrecarga leve y el 30% una sobrecarga intensa. También observamos resultados similares en el estudio realizado por Cordano y Bustamante (2020) donde 66.7% de los cuidadores tuvieron algún grado de sobrecarga. Sin embargo, en los demás estudios revisados se encontraron mayores porcentajes de cuidadores con sobrecarga, en el estudio realizado por Adib-Hajbaghery y Ahmadi (2019b) el 90.6% de cuidadores presentó algún grado de sobrecarga, en la investigación de Zeballos (2022) el 69% de los cuidadores tenía sobrecarga intensa y el 24% sobrecarga ligera, en el estudio hecho por Segua (2022) el 82.9% de cuidadores presentó sobrecarga intensa y el 11.4% sobrecarga leve, en el estudio que se realizó a nivel local por Verga (2021) se evidenció que el 100% de los cuidadores tenía sobrecarga. El único estudio donde se evidenciaron porcentajes mas bajos de cuidadores con sobrecarga fue el realizado por Achilike y colaboradores. (2020) en donde tan solo el 51% de los cuidadores tenían algún grado de sobrecarga. Estos resultados probablemente estén relacionados con las características de los pacientes al cuidado, ya que observamos que en aquellos estudios con mayor porcentaje de sobrecarga del cuidador los pacientes son portadores de secuelas de EVC, niños con PCI, niños y adolescentes con enfermedades crónicas y pacientes con multidiscapacidad, teniendo todos en común la dependencia funcional.

En esta investigación se identificó que entre los principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador se encuentran el nivel de dependencia funcional del paciente, la disfunción familiar, los ingresos económicos insuficientes, la percepción del cuidador sobre su propio estado de salud y la cantidad de horas dedicadas al cuidado

Respecto al grado de dependencia del paciente, en la investigación se observó que existen mayores probabilidades de sobrecarga en aquellos cuidadores de pacientes que presentan diferentes grados de dependencia funcional; dependencia leve (RP ajustado= 1.367; IC95% 1.249-1.497), dependencia moderada (RP ajustado= 1.458, IC95% 1.310-1.623) y dependencia grave (RP ajustado= 1.351; IC95% 1.207-1.513) y dependencia total (RP ajustado= 1.470; IC95% 1.315-1.644). Estos resultados concuerdan con las investigaciones realizadas por Achilike y colaboradores (2020), Bekdemir e Ilan (2019),

Segua (2022) y Vega (2021), donde cada uno de los investigadores concluyeron las probabilidades de padecer sobrecarga es mayor cuando los pacientes requieren mayor apoyo asistencial debido a la dependencia funcional que padecen. En el estudio de Achilike y colaboradores se encontró que existe 3.7 veces mayor probabilidad de sobrecarga en aquellos cuidadores de pacientes con dependencia moderada y grave, en el estudio de Bekdemir e Ilan se evidenció 15% mayor probabilidad de sobrecarga en cuidadores de personas dependientes. Diferentes resultados se observan en el estudio realizado por Asencios-Ortiz y Pereyra-Zaldivar (2019) donde no se observa una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($p= 0.137$). Estas diferencias en los resultados pueden estar determinadas por el número de muestra que se incluye en el estudio, ya que en este último la muestra fue constituida por 50 cuidadores, Nuestro estudio encontró una asociación estadísticamente significativa entre los diferentes grados de disfunción familiar y sobrecarga; disfunción familiar leve (RP ajustado= 1.180; IC95% 1.085-1.284), disfunción familiar moderada (RP ajustado= 1.282; IC95% 1.171-1.404) y disfunción familiar severa (RP ajustado= 1.277; IC95% 1.171-1.393). Nuestros resultados coinciden con el estudio realizado por Cordano y Bustamante (2020) en el cual se evidenció que la probabilidad de padecer sobrecarga aumenta mientras la funcionalidad familiar empeora, en la disfunción familiar leve hay 35% mayor probabilidad, en disfunción familiar moderada hay 53% mayor probabilidad y en la disfunción familiar severa hay 60% mayor probabilidad. Resultados similares se evidenciaron en el estudio hecho por Hernández-Piñero (2021) donde hay 3.21 veces más la probabilidad de padecer sobrecarga en aquellos cuidadores con disfunción familiar (OR= 3.21; IC95% 1.215-8.484). En la literatura revisada no se evidenció estudios con resultados contradictorios al nuestro.

En este estudio se encontró un pequeño incremento en probabilidad de padecer sobrecarga en aquellos cuidadores con ingresos familiares insuficientes (RP ajustado= 1.165; IC95% 1.081-1.255). La investigación realizada por Adib-Hajbaghery y Ahmadi (2019) muestra resultados similares al nuestro, concluyendo con una asociación estadísticamente significativa entre ingresos familiares insuficientes y sobrecarga del cuidador (OR= 8.76; $p< 0.001$). Por otro lado, se encontró un estudio que fue realizado por Bekdemir e Ilan (2019) donde se evidenciaron resultados diferentes a los nuestros, en este estudio no se encontró asociación estadística significativa entre las variables ($P= 0.138$).

Respecto a la percepción del estado de salud del cuidador, en este estudio encontramos que existen mayores probabilidades de padecer sobrecarga cuando el cuidador tiene una regular percepción de su estado de salud (RP ajustado= 1.120; IC95% 1.021-1.229) y cuando tiene una mala percepción de esta (RP ajustado= 1.167; IC95% 1.052-1.298). Se encontró un estudio realizado por Díaz-García y colaboradores (2022) donde se consideró la percepción como factor de riesgo a la sobrecarga, los resultados de este estudio mostraron que existe 4.3 veces mayor probabilidad de padecer sobrecarga en aquellos cuidadores que tienen una mala percepción de su estado de salud (OR= 4.320; IC95% 1.029-18.139).

Finalmente, se evidenció que las horas dedicadas al cuidado del paciente están relacionadas a la sobrecarga del cuidador, en aquellos cuidadores que dedican entre 8 a 12 horas al cuidado hay un 11% de mayor probabilidad de padecer sobrecarga (RP ajustado= 1.109; IC95% 1.011-1.216) y en los cuidadores que dedican más de 12 horas hay 13% mayor probabilidad de padecer sobrecarga (RP ajustado= 1.131; IC95% 1.024-1.248). Se encontró un estudio realizado por Díaz-García y colaboradores (2022) donde sus resultados son similares a los nuestros, en este estudio se observó que por cada hora dedicada al cuidado del paciente, la probabilidad de parecer sobrecarga es 2.1 veces más. Por otro lado, se encontró resultados diferentes en el estudio realizado por Hernández-Piñero (2021) donde no había asociación estadísticamente significativa entre el número de horas dedicada al cuidado y la sobrecarga del cuidador; estos resultados diferentes pueden estar relacionados con la categorización que se hizo a la variable cuantitativa.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

- En la presente investigación, se concluyó que, de los cuidadores 248 (81.8%) eran mujeres, 184 cuidadores (60.7%) pertenecían al grupo etario de adultos, respecto al nivel de instrucción 116 cuidadores (38.3%) refirieron tener estudios secundarios, respecto al estado civil 136 cuidadores (44.9%) refirieron estar casados y respecto a la situación ocupacional 141 cuidadores (46.5%) refirieron estar desempleados al momento de la encuesta.
- Se determinó que la frecuencia de sobrecarga leve en cuidadores de pacientes que se atienden en el Programa de Atención domiciliaria fue de 23.1% que representa 70 de los 303 cuidadores y la frecuencia de sobrecarga intensa fue de 37%, que representa 112 de los 303 cuidadores.
- Se evidenció que los principales factores de riesgo del cuidador asociados a la sobrecarga fueron la percepción del estado de salud ($p<0.001$), las horas dedicadas al cuidado ($p<0.001$) y los ingresos familiares insuficientes ($p<0.001$).
- Nuestro estudio de mostró que el principal factor del paciente asociado a la sobrecarga del cuidador fue la dependencia del paciente ($p<0.001$)
- Se evidenció que el principal factor por parte del apoyo social fue la disfunción familiar ($p<0.001$)

2. RECOMENDACIONES

De manera general, se sugiere extender las investigaciones a otros establecimientos, como hospitales del MINSA, con el fin de analizar si los factores relacionados con la sobrecarga del cuidador se repiten o difieren. Esto permitiría obtener una visión más completa sobre estos factores en las diversas instituciones de salud del país. Además, se recomienda que los estudios se realicen en cuidadores de pacientes con características similares, para garantizar mayor uniformidad en los resultados.

Al hospital, se recomienda que busquen la manera de brindar apoyo psicológico a los cuidadores principales, así mismo la capacitación de los cuidadores principales por el personal de enfermería y enfermería técnica en el cuidado básico del paciente.

A los cuidadores y familiares de pacientes, se recomienda a asumir y establecer la participación y compromiso de toda la familia en el cuidado del paciente, así mismo a reconocer y valorar el desempeño que realiza el cuidador principal. Además, se recomienda que el cuidador principal busque soporte psicológico y/o espiritual si así lo desean, para poder fortalecer el área emocional y así desempeñar mejor el rol de cuidador.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achilike, S., Beauchamp, J., Cron, S., Okpala, M., Payen, S., Baldrige, L., Okpala, N., Montiel, T. C., Varughese, T., Love, M., Fagundes, C., Savitz, S., & Sharrief, A. (2020). Caregiver Burden and Associated Factors Among Informal Caregivers of Stroke Survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*, 52(6), 277–283. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000552>
- Adib-Hajbaghery, M., & Ahmadi, B. (2019). Caregiver Burden and Its Associated Factors in Caregivers of Children and Adolescents with Chronic Conditions. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(4), 258–269. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.73893.0>
- Ahmadi, M., Rassouli, M., Gheibizadeh, M., Karami, M., & Poormansouri, S. (2019). Predictors of Caregiver Burden among Parents of Children with Cancer. *Iranian Journal of Pediatric Hematology & Oncology*, 9(4), 253–263. <https://doi.org/10.18502/ijpho.v9i4.1574>
- Asencios-Ortiz, R., & Pereyra-Zaldívar, H. (2019). Carga de trabajo del cuidador según el nivel de funcionalidad de la persona con discapacidad en un distrito de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(4), 451–456. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.16441>
- Bekdemir, A., & Ilan, N. (2019). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. *The Journal of Nursing Research*, 27(3), e24. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000297>
- Bello, L., León, G., & Covená, M. (2019). *Sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado*. 11(5), 385–395.
- Cabada, E., & Martínez, M. (2017). *Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor*. 27(1), 53–59.
- Campos, M., Durán, E. Y., Rivera, R., Páez, N., & Carrillo Gonzales, G. M. (2019). *Sobrecarga y apoyos en el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica*. 10(3), 641–649.
- Carhuavilca, D., Abad Altamirano, P., Gutiérrez, C., Arias, A., Castro, Z., & Ruiz, R. (2023). *Situación de la Población Adulta Mayor*. Instituto Nacional de Estadística e Informática. <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar-2023.pdf>

- Ccanto, J. (2022). *Sobrecarga del cuidador familiar en la atención del adulto mayor con enfermedad crónica en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima, 2022*. Universidad Privada del Norte.
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127–137. <https://doi.org/10.1590/S1135-57271997000200004>
- CIOMS. (2017). *International ethical guidelines for health-related research involving humans*. CIOMS.
- Consejo Europeo. (1998). *Recomendación N° (98)9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativos a la dependencia*. <https://sid-inico.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>
- Cordano, F., & Bustamante, D. (2020). *Asociación entre disfuncionalidad familiar y el síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales familiares de pacientes pediátricos con cáncer en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2018—2019* [Pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)]. <https://doi.org/10.19083/tesis/652079>
- Cortese, R. (2018). Percepción de salud y bienestar en la vejez. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 22(1), 17–42.
- Cruz Roja Española. (s/f). *Cuidate: Guía básica de autocuidado para personas cuidadoras*. Caser foundation. <https://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/guias-y-manuales>
- D'Amen, B., Socci, M., & Santini, S. (2021). Intergenerational caring: A systematic literature review on young and young adult caregivers of older people. *BMC Geriatrics*, 21(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01976-z>
- De la Revilla, L., & Espinosa, J. (2003). La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Atención Primaria*, 31(9), 587–591.
- Díaz-García, M. A., Madrid, P., Santiago, M., Cuellar, D., Ibarra, A., Arellano, J., & Altamira, R. (2022). Factores asociados a la sobrecarga del cuidador principal informal en un centro de rehabilitación infantil. *Lux Médica*, 17(50). <https://doi.org/10.33064/50lm20223198>

- EUSTAT. (s/f). *Nivel de instrucción* | Instituto Vasco de Estadística. Instituto Vasco de Estadística. Recuperado el 3 de diciembre de 2023, de https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_80/elem_2376/definicion.html
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cancer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3), 0–0.
- Fernández, N., Muñoz, T., & Ramírez, M. (2022). *Sobrecarga del cuidador primario en el cuidado del adulto mayor usuario del centro materno infantil de Lima, 2019*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- FIAPAM. (2014). *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente*. Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC. https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf
- Fundación Caser. (s/f). *Definición de cuidador familiar* | Fundación CASER. [fundacioncaser.org](https://www.fundacioncaser.org). Recuperado el 2 de junio de 2025, de <https://www.fundacioncaser.org/definicion-de-cuidador-familiar>
- Garandal, Á. (2017). *Sobrecarga del cuidador de pacientes con demencia* (pp. 1–34) [Fin de grado]. Universidad de Cantabria.
- Gobierno de Cantabria. (2008). *Guía para cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia*. Dirección General de Políticas Sociales. <https://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/guias-y-manuales>
- Hernández, M., Fernández, J., Blanco, M., Alves, M., Fernández, M. J., Souto, A. I., González, M. P., Clavería, A., Hernández Gómez, M. A., Fernández Domínguez, M. J., Blanco Ramos, M. A., Alves Pérez, M. T., Fernández Domínguez, M. J., Souto Ramos, A. I., González Iglesias, M. P., & Clavería Fontán, A. (2019). Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. *Revista Española de Salud Pública*, 93(1), 1–10.
- Hernández-Piñero, L. (2021). *Factores de riesgo de carga en cuidadores de ancianos con síndrome demencial*. 43(5), 1269–1284.
- Hospital San José Teruel. (s/f). *Guía de apoyo para cuidadores*. Caser Foundation. Recuperado el 25 de octubre de 2023, de <https://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/guias-y-manuales>
- IMSS. (2015). *Detección y Manejo del colpaso del cuidador* (Guía de Práctica clínica, p. 11). Instituto Mexicano del Seguro Social.

- INE. (s/f). *Ingresos familiares / INE*. Instituto Nacional de estadística. Recuperado el 4 de diciembre de 2023, de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4620&tf=&op=>
- INEI. (2013). *Discapacidad*. www.inei.gob.pe. <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/np-178-2013.pdf>
- INEI. (2022). *El 52,7% de la población que tiene alguna discapacidad es adulta mayor*. [gob.pe](http://www.gob.pe). <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/676448-el-52-7-de-la-poblacion-que-tiene-alguna-discapacidad-es-adulta-mayor>
- Ingber, R. (2017). *Caregiver Stress Syndrome*. Tosay's caregiver. <https://caregiver.com/api/content/361e1fc0-fcc1-11e8-8be9-120e7ad5cf50/>
- Iparraquirre, N., Rosario, F., & Oblea, M. (2022). Análisis factorial confirmatorio e invarianza factorial de la escala APGAR – familiar en adultos mayores limeños. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(2), 73–87. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.22864>
- Johns Hopkins Medicine. (2022, enero 27). *Being a Caregiver*. Hopkinsmedicine.Org. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/caregiving/being-a-caregiver>
- Leiva-Socualaya, S. J., Guerra-Ramirez, L. N., & Carreazo, N. (2023). *Association between caregiver burden and the presence of neurological alterations in a Peruvian geriatric population*. 34(1), 30–37.
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Marchena, C., Merma, M., & Rosales, G. (2023). Propiedades Psicométricas de la Escala de Sobrecarga de Zarit en cuidadores formales e informales de personas con Esquizofrenia. *PsiqueMag*, 12(2), 67–78. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v12i2.2389>
- Martínez, S. (2020). *Síndrome del cuidador quemado*. 113(1), 97–100.
- Mazón, I. (2021). *Sobrecarga de cuidador informal, causas y cuidados de enfermería* (Trabajo de fin de grado 1; pp. 1–34). Universidad de Cantabria.
- MINSA. (2021). *Deficiencias y discapacidades de la población inscrita en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad a partir del Certificado de Discapacidad*. Biblioteca Nacional del Perú. <https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2021/05/Informe-CONADIS.pdf>

- Muñoz, C., Rojas, P., & Marzuca-Nassr, G. (2015). Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Revista médica de Chile*, 143(5), 612–618. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000500009>
- NCI. (2011). *Definición de actividades de la vida diaria—Diccionario de cáncer del NCI - NCI* (nciglobal,ncienterprise) [nciAppModulePage]. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/actividades-de-la-vida-diaria>
- NIH. (2011). *Enfermedad crónica—Diccionario de cáncer del NCI - NCI* (nciglobal,ncienterprise) [nciAppModulePage]. Instituto Nacional de Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/enfermedad-cronica>
- OIT. (s/f). *Situación ocupacional | OIT/Cinterfor*. Organización Internacional de trabajo. Recuperado el 4 de diciembre de 2023, de <https://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3693>
- OMS. (2022). *Envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OMS. (2023). *Discapacidad*. who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- ONU. (2023). *Una población que envejece exige más pensiones y más salud*. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2023/01/1517857>
- Padilla-Muñoz, A. (2010). *Discapacidad: Contexto, concepto y modelos*. 16, 381–414.
- Portillo, L. (2020). *Sobrecarga del cuidador primario y dependencia del adulto mayor con enfermedad renal crónica* [De Maestría]. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Quispe, N. (2020). *Factores sociodemográficos en la sobrecarga de cuidadores de niños con habilidades especiales en la comunidad Antúnez de Mayolo del distrito de Los Olivos, Lima 2020*. Universidad Cesar Vallejo.
- RAE. (s/f). *Capacitación | Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado el 4 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/capacitación>
- RAE. (s/f). *Compartir | Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado el 7 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/compartir>

- RAE. (s/f). *Duración* / *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado el 7 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/duración>
- RAE. (s/f). *Edad* / *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado el 3 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/edad>
- RAE. (s/f). *Enfermedad* / *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado el 7 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/enfermedad>
- RAE. (s/f). *Estado civil* / *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado el 3 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/>
- RAE. (s/f). *Hospitalizar* / *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado el 7 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/hospitalizar>
- RAE. (s/f). *Motivación* / *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado el 7 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/motivación>
- RAE. (s/f). *Promedio* / *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado el 7 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/promedio>
- RAE. (s/f). *Rol* / *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado el 7 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/rol>
- RAE. (s/f). *Sexo* / *Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado el 3 de diciembre de 2023, de <https://dle.rae.es/sexo>
- Reckrey, J., Tsui, E., Morrison, S., Geduldig, E., Stone, R., Ornstein, K., & Federman, A. (2019). Beyond Functional Support: The Range Of Health-Related Tasks Performed In The Home By Paid Caregivers In New York. *Health Affairs*, 38(6), 927–933. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00004>
- Reyes, S., & Oyola, M. (2022). Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comuni@cción: Revista de*

- Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 13(2), 127–137.
<https://doi.org/10.33595/2226-1478.13.2.687>
- Rivas, J., & Ostiguín, R. (2018). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería Universitaria*, 8(1), 54.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.1.273>
- Rodríguez, P., Díaz, P., Martínez, T., & García-Mendoza, A. (2014). *Cuidar, cuidarse y sentirse bien: Guía para personas cuidadoras según el modelo de atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
<https://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/guias-y-manuales>
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. (1a ed.). ARTEGRAF, S.A. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO23622/Rogero_Garcia_10.pdf
- Rogero-García, J. (2010). *Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria*. 19(1), 47–50.
- Rubiales, E. (2018). Índice de Barthel [<https://www.samiuc.es/>]. *SAMIUC*.
<https://www.samiuc.es/indice-de-barthel/>
- Ryan, K., Brady, J., Cooke, R., Height, D., Jonsen, A., King, P., Lebasqz, K., Louisell, D., Seldin, D., Stellar, E., & Turtle, R. (1979). *Informe Belmont (Principios Éticos y Directrices para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación)*. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/informe-belmont-spanish.pdf>
- Segura, A. (2022). *Independencia funcional y su relación con la carga del cuidador de niños con parálisis cerebral infantil, Lima 2021*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Suarez, M., & Alcalá, M. (2014). *APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar*. 20(1).
http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
- Timaná, S. (2019). *Nivel de sobrecarga en el cuidador familiar del adulto mayor del Centro de Salud Miraflores, 2017*. Universidad Alas Peruanas.
- Tirado, G., López-Saez, A., Capilla, C., Correa, A., & Geidel, B. (2011). *La Valoración en el Síndrome del Cuidador*. 19(3), 102–106.
- Toapanta, I., & Abril, R. (2022). Síndrome de sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(8), 156–166. <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i8.570>

- Toledano-Toledano, F., & Domínguez-Guedea, M. (2019). Psychosocial factors related with caregiver burden among families of children with chronic conditions. *BioPsychoSocial Medicine*, 13, 6. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0147-2>
- Vega, M. (2021). *Sobrecarga del Cuidador Familiar y Grado de Dependencia Funcional del Paciente con Enfermedad Vascul ar Cerebral, Hospital La Caleta, Chimbote, 2021*. Universidad Cesas Vallejo.
- Wanden-Berghe, C. (2021). Valoración geriátrica integral. *Hospital a Domicilio*, 5(2), 115. <https://doi.org/10.22585/hospdomic.v5i2.136>
- Wolff, J., Spillman, B., Freedman, V., & Kasper, J. (2016). A National Profile of Family and Unpaid Caregivers Who Assist Older Adults With Health Care Activities. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 372. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7664>
- Zambrano, R., & Ceballos, P. (2007). *Síndrome de carga del cuidador*. 36(1), 26–39.
- Zeballos, A. (2022). *Sobrecarga en cuidadores de personas con multidiscapacidad empadronados en la Municipalidad de San Martín de Porres, Lima-2021*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

CAPÍTULO VII: ANEXOS

ANEXO 1: Cálculo del tamaño de muestra

Tamaño de muestra :	379
Fracción de muestreo :	25.27%
Tamaño de muestra ajustado:	303
Fracción de muestreo ajustada:	20.20%

ANEXO 2: Constancia de aprobación por el Comité de Ética de la EPMH



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Constancia Nro. 30 - 2024

El presente proyecto de investigación titulado: "Principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el programa de atención domiciliar en un hospital de Essalud, 2024", cuyos investigadores son las Vásquez Torrealva Mardany Soledad Alva Mostacero Brigham Joseph ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias; pues considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad Nacional del Santa, los lineamientos éticos y científicos, el balance riesgo beneficio, la calificación del equipo investigador, la confidencialidad de los datos, entre otros.

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. Protocolo de investigación versión 02.

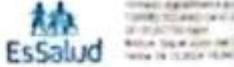
Cualquier enmienda, desviación o eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 03 de octubre del 2025.

Si aplica, los trámites para renovación deben iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Nuevo Chimbote 03 de octubre del 2024.

Mg. Guillermo Arana Morales
Presidente del Comité de Ética
en Investigación

ANEXO 3: Autorización para la ejecución del trabajo de investigación en el Hospital EsSalud III Chimbote.



"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA N° 000026-RANC - RAAN-ESSALUD-2024
Chimbote, 18 de Octubre del 2024

Señores
VÁSQUEZ TORREALVA MARDANY SOLEDAD
ALVA MOSTACERO BRIGHAM JOSEPH
Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a ustedes, para saludarlos cordialmente, y asimismo en respuesta a su solicitud se les **AUTORIZA**, el desarrollo del proyecto de Investigación titulado: **"PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL DE ESSALUD, 2024"**; a su vez, recalcar que la información recabada para dicho estudio es eminentemente con fines académicos, los mismos que serán de absoluta confidencialidad para el grupo en estudio; asimismo, los resultados deberán ser presentados a la institución al finalizar la investigación, para los fines que se estime pertinente.

Por lo antes expuesto, mediante el presente documento se les otorga las facilidades del caso, a fin, que puedan desarrollar sin contratiempos la respectiva investigación en la Red Asistencial Ancash, concediéndole la autorización para recopilar los datos necesarios que les permita concluir con éxito su trabajo de investigación; a su vez, se les recuerda que deberán en todos los procesos salvaguardar la integridad y seguridad de nuestros usuarios, respetando nuestras normas institucionales.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

DRA. CAROL GIOVANNA TORRES SOLANO
Gerente de la Red Asistencial Ancash-EsSalud
FIRMA DIGITALIZADA



EsSalud
Ministerio de Salud
Calle República
10100 Lima 10, Perú
Tel: 011 411 1000
www.gob.pe/essalud

Esta es una copia autorizada imprimible de un documento electrónico archívado por ESSALUD aplicando el estándar por el Art. 25 del D.L. 2711-2015 PCM y la Técnica Organización Computarizada por el D.L. 705-2014 PCM.

www.gob.pe/essalud

Av. Domingo Cueto N° 120
Área Mesa
01011 - Lima
Tel: 011 4080 1200 - 1000



GOBIERNO REGIONAL ANCAH
2024

ANEXO 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participar de la investigación “Principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria en un Hospital de EsSalud, 2024”, este tiene la finalidad de brindar información clara y precisa de la investigación y de su participación en ella.

La presente investigación está a cargo de Mardany Soledad Vasquez Torrealva (correo electrónico: 201724029@uns.edu.pe) y Brigham Joseph Alva Mostacero (correo electrónico: 201524022@uns.edu.pe), estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa, cuyo objetivo es identificar los principales factores asociados a la sobrecarga del cuidador en el Programa de Atención Domiciliaria, para lo cual se aplicará un cuestionario físico o virtual accesible a través de la plataforma Google Forms.

La información recopilada a través de la encuesta será almacenada por los investigadores utilizando códigos en lugar de nombres, lo que garantiza el anonimato de su participación. En caso de que los resultados del estudio sean publicados, no se divulgará ningún dato que permita identificar a los participantes.

Participar en este estudio no implica ningún costo para usted, ni tampoco recibirá compensación económica u otro tipo de incentivo, excepto la satisfacción personal de contribuir y conocer el estado de sus actitudes hacia la investigación.

SI tiene alguna duda, esta será absuelta por los investigadores ya sea de manera presencial o mediante los correos electrónicos de los investigadores

De este modo, si usted acepta participar de esta investigación se le pide que firme este consentimiento informado y responda a cada una de las preguntas del cuestionario, recuerde que la participación es voluntaria, confidencial y solo tiene fines de investigación.

ANEXO 5: Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS DEL CUIDADOR

1. ¿Es usted hombre o mujer?
 - a. Masculino
 - b. Femenino

2. ¿Qué edad tiene usted? _____

3. ¿Cuál es su Grado de Instrucción?
 - a. Analfabeto
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior técnico
 - e. Superior Universitario

4. ¿Cuál es su estado civil?
 - a. Soltero/a
 - b. Casado/a
 - c. Divorciado/a
 - d. Viudo/a
 - e. conviviente

5. ¿Cuál es su situación laboral actual?
 - a. Empleado
 - b. Negocio propio
 - c. Desempleado
 - d. Jubilado

6. ¿Sus ingresos son suficientes para cubrir las necesidades de su hogar?
 - a. Suficientes
 - b. Insuficientes

7. ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado del paciente? _____

8. ¿Por cuántos meses ha cuidado a esta persona desde que inició su enfermedad?

9. ¿Cómo percepción de salud?
 - a. Mala
 - b. Regular
 - c. Buena
10. ¿Sufre usted alguna enfermedad crónica? (cáncer, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades renales, etc)
 - a. Si
 - b. No
11. ¿Comparte el rol de cuidador con alguien más?
 - a. Si
 - b. No
12. ¿Qué le motivó en cuidar al paciente?
 - a. Obligación
 - b. Afecto
 - c. Ambos

DATOS DEL PACIENTE

13. ¿Qué edad tiene la persona que usted cuida? _____
14. ¿La persona que usted cuida es hombre o mujer?
 - a. Masculino
 - b. Femenino
15. ¿Qué grado de instrucción tiene la persona que usted cuida?
 - a. Analfabeto
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior Técnica
 - e. Superior Universitaria
16. ¿Cuánto tiempo la persona que usted cuida se atiende en PADOMI? _____
17. ¿Cuántas enfermedades el médico ha diagnosticado a la persona que usted cuida?

18. ¿Cuántas hospitalizaciones ha tenido la persona que usted cuida en los últimos 6 meses? _____
19. Sobrecarga del cuidador: ESCALA DE ZARIT

	Pregunta	Nunca	Rara vez	Alguna veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud 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	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?					
12	¿Siente 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 a 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 ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

20. Grado de dependencia del paciente, ÍNDICE DE BARTHEL

INDICE DE BARTHEL		
Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. <u>La comida</u> puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la <u>mantquilla</u> , pero es capaz de comer sólo/a
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de <u>ponerse y quitarse</u> la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita <u>ayuda para</u> colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (<u>botella, sonda, orinal ...</u>).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulación		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión
	0	Dependiente
Subir y bajar escaleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones

DATOS APOYO SOCIAL:

21. ¿Has sido usted capacitado para cuidar enfermos?
 - a. Si
 - b. No
22. Funcionalidad Familiar: APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					