



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE  
PACIENTES GERIÁTRICOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS  
HOSPITAL II VITARTE 2017**

PRESENTADA POR  
**GLICERIA ELIA CAMPO GOMEZ**

ASESOR  
**FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS**

**PROYECTO DE INVESTIGACION  
PARA OPTAR AL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**LIMA – PERÚ**

**2017**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**SECCION DE POSGRADO**

**SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE  
PACIENTES GERIATRICOS CON ENFERMEDADES CRONICAS**

**HOSPITAL II VITARTE 2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACION**

**PARA OPTAR**

**EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y**

**COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR**

**GLICERIA ELIA CAMPO GOMEZ**

**ASESOR:**

**GABRIEL NIEZEN MATOS**

**LIMA, PERU**

**2017**

## ÍNDICE

	página
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.3.1 Objetivo general	
1.3.2 Objetivos específicos	
1.4 Justificación de la investigación	
1.4.1 Importancia de la investigación	6
1.4.2 Viabilidad del estudio	7
1.5 Limitaciones del estudio	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.2 Bases teóricas	14
2.3 Definición de términos	21
<b>CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES</b>	
3.1 Hipotesis	23
3.2 Variables y su operacionalización	24
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	
4.1 Diseño metodológico: Tipo y diseño del estudio	28
4.2 Diseño muestral	28
4.3 Procedimientos de recolección de datos	28
4.4 Procesamiento y análisis de los datos	29
4.5 Aspectos éticos	31
<b>CRONOGRAMA Y RECURSOS</b>	32
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	33
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ANEXO 1:</b> Matriz de contingencia.	40
<b>ANEXO 2:</b> Cuestionario de datos sociodemográficos.	41
<b>ANEXO 3:</b> Escala de Zarit.	42
<b>ANEXO 4:</b> Escala de Barthel.	43
<b>ANEXO 5:</b> Escala de Pfeiffer.	44
<b>ANEXO 6:</b> Consentimiento informado	45

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

El mundo está envejeciendo, la población adulta mayor está en aumento, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que entre el 2000 y el 2050 la población adulta mayor se duplicará pasando del 11% al 22%, lo que significa que pasara de 605 millones a 2000 millones de adultos mayores.<sup>1</sup>

América Latina y el Caribe es una de las regiones de más rápido envejecimiento, representando en el 2015 un 7,3% de la población mayor en el mundo, pronosticándose que al 2030 llegará al 16,5% del total de la región, lo que significa 113,4 millones de personas, esperándose que al 2050 estas cifras alcancen al 25,5% es decir 190,1 millones de personas.<sup>2</sup>

Los datos en el territorio peruano no escapan a esta realidad, según el último informe emitido por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú está experimentando grandes cambios demográficos en las últimas décadas, presentando un proceso de envejecimiento que aumenta la proporción adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% al año 2017.<sup>3</sup>

La encuesta nacional de hogares (ENAHOG) del segundo trimestre del 2017, revela que el 41,8% de hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona adulta mayor; además, el 80,9% de adultos mayores presentan algún tipo de seguro, de estos accediendo un 40,7% al seguro integral de salud (SIS) y el 34,4% a Essalud.<sup>3</sup>

El aumento del envejecimiento de la población va de la mano con el aumento enfermedades crónicas no transmisibles, tales como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, alzheimer y otras afecciones de

salud mental relacionadas con la edad, cáncer, neumopatías crónicas y problemas del aparato locomotor.<sup>4</sup>

En el Perú a nivel nacional un 78,7% de la población adulta mayor femenina presenta algún problema de salud crónico y en la población masculina este problema afecta al 72,9%, en lima metropolitana la población de adultos mayores con enfermedades crónicas son alrededor de 77,6% en las mujeres y de 77,4% en varones.<sup>3</sup>

El aumento de la población geronta y la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas, trae como consiguiente el incremento de las personas con incapacidades, las cuales dependerán de un cuidador, recayendo esta tarea principalmente en el hogar, en un familiar que inicialmente no está preparado física y psicológicamente para esta labor, lo que implica reorganizar su vida familiar, laboral y social, en función de las tareas que implica el cuidar.

El síndrome del cuidador se manifiesta cuando el cuidador principal presenta agotamiento y un desgaste físico y emocional ante la exigencia intensa de la persona necesitada de cuidados, este síndrome consiste en el deterioro físico y emocional experimentado por la persona que convive y cuida a una persona con enfermedad crónica.<sup>5</sup>

Existen varias guías de atención de salud en múltiples enfermedades, incluso guías destinados a los cuidadores para realizar una eficaz tarea, sin embargo en las bibliografías hay pocas guías de cuidado al cuidador, debido a que los servicios de salud muchas veces se olvida de este grupo de personas, que aunque no figuren en las principales estadísticas, son

parte de este sistema y necesitan también de intervenciones, ya que son el principal sostén de las personas adultas mayores.

Sin embargo el poco conocimiento de las características de esta realidad, no permite que se lleven a cabo planes de intervención que favorezcan a esta población.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Existe sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas del Hospital II Vitarte?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general:**

- Conocer la sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas del Hospital II Vitarte.

### **1.3.2 Objetivos específicos:**

- Determinar las características sociodemográficas de los familiares cuidadores de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas.
- Establecer la relación del nivel de sobrecarga del cuidador con las enfermedades crónicas del paciente adulto mayor.
- Identificar la relación del nivel de sobrecarga del cuidador con el grado de funcionalidad del paciente geriátrico con enfermedad crónica.
- Señalar la relación del nivel de sobrecarga del cuidador con el grado de deterioro cognitivo del paciente geriátrico con enfermedad crónica.

## **1.4 Justificación de la investigación:**

### **1.4.1 Importancia de la investigación:**

La finalidad de una investigación es encontrar respuestas a problemas que vemos en nuestro entorno, los cambios que vivimos en el tiempo debe de encaminarnos a investigar en campos que nos permitan tomar ciertas medidas ante situaciones que se pueden pronosticar.

El cambio demográfico actual con un envejecimiento que cada día está en aumento, trae consigo el deber de prestar atención a sus implicancias, una de ellas es el aumento de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas que requieren de cuidados, cuya tarea recae principalmente en la familia.

La importancia de esta investigación está en conocer no solo las características sociodemográficas de las personas cuidadoras, sino también el nivel de afectación física y emocional que trae consigo con el cuidado, la denominada sobrecarga del cuidador; así como, la relación de esta sobrecarga con el funcionamiento, el grado de deterioro cognitivo y el tipo de enfermedad del geronte cuidado.

Es de nuestro interés que esta investigación sirva como base, en este campo que cuenta con pocos trabajos publicados en nuestro medio, lo cual permita a futuro intervenciones preventivas promocionales con objetivo principal en el cuidador, para un mejor desenvolvimiento de esta labor pero con una salud física y psicológica adecuada.

### **1.4.2 Viabilidad de la investigación:**

La presente investigación es viable ya que se cuenta con los recursos a utilizar, el recurso material es mínimo y no requiere de mucho recurso



humano, además que la población a estudiar es numeraria, el Hospital II Vitarte presta servicio de hospitalización, siendo principalmente utilizado por personas adultas mayores con enfermedades crónicas, así mismo se cuenta con el programa de enfermedades crónicas que cuenta también con población adulta mayor, además de los consultorios externos de geriatría.

### **1.5 Limitaciones del estudio**

Una limitación del estudio es que se tomará en cuenta en la investigación solo a las personas que acepten participar y firmen un consentimiento informado, generando en alguna población perdida con importante información. Sin embargo es nuestro deber respetar los derechos de las personas y los códigos de ética.

Otro de los aspectos que podría limitar el estudio es conseguir el permiso institucional ya que si bien contamos con un comité de investigación en el Hospital II Vitarte, el cual está comprometido con la tarea de incentivar y promover la investigación, sin embargo no contamos con un comité de ética, lo cual dilataría y repercutiría en el tiempo de la investigación. Por ello la medida a tomar será la solicitud de exoneración del comité de ética ya que el presente trabajo no incumple normatividad alguna, no afecta en los derechos de las personas y se encuentra dentro de las excepciones descritas en el anexo 6 de la Directiva N°04-IETSI-ESSALUD-2016.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de la investigación**

Como antecedentes de la investigación mencionaremos en las siguientes líneas estudios revisados cuya variable principal es el síndrome o sobrecarga del cuidador.

*Ocampo et al*, desarrollaron un estudio piloto comparativo y observaciones de corte transversal, donde se evaluaron 35 pacientes adultos mayores de la ciudad de Buenaventura, Colombia, con un índice de Barthel menor de 85 puntos, la investigación determinó que el promedio de edad de los pacientes fue  $78.9 \pm 10$  años. El promedio de edad de los cuidadores fue de  $49,4 \pm 18.8$  años, siendo el 91% mujeres.<sup>6</sup>

Se encontró que el 54,2% no tenía sobrecarga, 40% presentaba sobrecarga leve y el resto sobrecarga intensa. Se realizó un análisis bivariado entre la presencia de sobrecarga con número de enfermedades crónicas del paciente, prueba de minimal, depresión geriátrica y APGAR familiar encontrándose asociaciones estadísticas significativas. Concluyendo que los ancianos dependientes en las actividades básicas cotidianas en el aspecto físico se correlaciona significativamente con la presencia de sobrecarga del cuidador.<sup>6</sup>

*Prieto-Miranda et al*, en el año 2015, en México, realizaron un trabajo descriptivo trasversal, en 170 cuidadores principales de pacientes geriátricos, el estudio determinó que el 48% de la población estudiada presentaba síndrome del cuidador, los límites de edad de los cuidadores estuvieron entre los 18 y 86 años, teniendo como media de  $50.42 \pm 13.5$  años, con el predominio femenino con un 72%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el género femenino y la sobrecarga del cuidador y entre sobrecarga con

dedicación de más de 6 horas días. Concluyeron que la frecuencia del síndrome del cuidador es alta con asociación con el número de horas de cuidado.<sup>7</sup>

*Gonzales et al*, en Chimbote Perú, en el año 2014, desarrollaron un estudio descriptivo correlación de corte trasversal, en una muestra de 30 usuarios adultos mayores del programa atención domiciliaria del Hospital I Essalud con sus respectivos cuidadores familiares. Se encontró que el 90% de usuarios presentaba dependencia funcional medida mediante el índice de Barthel, siendo la dependencia total la más frecuente 33%, el 63,3% de los cuidadores familiares presenta sobrecarga del cuidador, 40% con sobrecarga intensa, 23% ligera y el 36,7% con ausencia de sobrecarga, además de hallar una relación estadísticamente significativa entre el nivel de sobrecarga del cuidador con el grado de dependencia funcional.<sup>8</sup>

*Romero Z y Cuba M*, en Independencia Perú, 2013, realizan un estudio de relación, trasversal, basado en la aplicación de escalas de medición, en 93 cuidadores de pacientes geriátricos, obteniendo que el 77% tenía entre 25 a 59 años. El 61, 29% tenía un tiempo entre 1 a 8 años de cuidador y el 68% cuidaba menos de 8 horas diarias. El 90% no tenía capacitaciones para el cuidado. 75% tenían sobrecarga intensa y el 40% tuvo síntomas somáticos de alta severidad, con asociación estadística en estas 2 variables. Teniendo como conclusión que hay relación entre el desarrollo de síntomas somáticos y la presencia de sobrecarga en cuidadores de pacientes geriátricos del área urbano marginal de Payet.<sup>9</sup>

*Hurtado L et al*, Cuenca Ecuador, en el año 2017, desarrollaron un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo en 70 cuidadores, el estudio determinó que el 80%

de cuidadores son del género femenino, con edad promedio en 45 años, 91% con nivel de instrucción primario, con un salario por debajo del básico, se encontró un 19% de cuidadores con sobrecarga leve, 34% con sobrecarga intensa. Concluyendo que la presencia del síndrome del cuidador en los cuidadores de adultos mayores fue estadísticamente significativa.<sup>10</sup>

*Palome G et al*, Quetaro México, 2014, realizaron un estudio cuantitativo de tipo transversal descriptivo, con un muestreo no probabilístico, en un total de 48 cuidadores, obteniendo que la edad mínima de los cuidadores es de 18 años y la máxima de 70 años, con un predominio del género femenino con un 81%, el síndrome de sobrecarga se encontró ausente en el 44% de los cuidadores, un 44% con sobrecarga leve, un 10% con sobrecarga moderada y 2% sobrecarga severa. Finalmente los autores concluyen que a pesar de los niveles de sobrecarga los familiares desean continuar con el cuidado de su familiar.<sup>11</sup>

*López J et al*, Madrid España, 2009, desarrollaron un estudio de tipo observacional y analítico de casos y controles, con una muestra de 156 cuidadores principales versus 156 de grupo control, emparejadas por edad, sexo y número de patologías crónicas parecidas. Se encontró que el 66% presentaba sobrecarga en el test de Zarit. Un 48% respondió que su salud era mala o muy mala frente a un 31% grupo control. Se observó una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo de cuidadores, así como una mayor frecuencia de posible disfunción familiar y de sensación de apoyo social insuficiente. Los autores concluyen que hay necesidad de actuaciones multidisciplinarias en apoyo a los cuidadores tanto preventiva como de soporte.<sup>12</sup>

*Silva P y Pérez V*, Quito Ecuador, en el 2015, realizaron un estudio de cohorte transversal, en una muestra de 138 adultos mayores y sus cuidadores, la investigación determinó que el 55% de los cuidadores presentaron algún grado de sobrecarga, el 64% presentaron probabilidad de ansiedad y 55% probabilidad de depresión. 19% de adultos mayores tenían algún grado de dependencia, 62% de depresión y un 41% redes de apoyo deficientes. Concluyendo que la depresión y ansiedad en los cuidadores resultaron factores predisponentes para síndrome del cuidador, así como la mala autopercepción de la salud y los bajos recursos económicos. El adulto mayor dependiente tiene una mayor probabilidad de repercutir en sobrecarga de sus cuidadores.<sup>13</sup>

*Navarro C et al*, México, en el 2015, desarrollaron un estudio trasversal descriptivo con muestreo no probabilístico, a 76 cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física. Se determinó que el 55,3% de los cuidadores se encontraba sin depresión, el 32,9% presentaba depresión leve, el 11,8% depresión moderada, además de acuerdo a la escala de Zarit el 40,8% no presentaba sobrecarga, el 44,7% presentaban sobrecarga ligera y el 14,5% presentaron sobrecarga intensa. Los autores concluyeron que el rol del cuidador primario es una tarea estresante, que puede interferir en la salud familiar.<sup>14</sup>

*Morales M et al*, Huánuco Perú, en el año 2017, realizaron un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, de corte transversal y diseño no experimental, con una muestra de 172 cuidadores familiares de adulto mayor frágil atendidos por PADOMI. El estudio demostró que el 55% de cuidadores familiares presentan agotamiento leve, 29% agotamiento intenso y el 16% no presentaron

agotamiento, concluyendo que los cuidadores de familiares de adulto mayor frágil atendido por PADOMI, presentan un agotamiento leve.<sup>15</sup>

*Tripodoro V et al*, Buenos Aires Argentina, en el año 2015 desarrollaron un estudio prospectivo consistiendo en una evaluación psicométrica de la escala de Zarit, evaluando a 54 cuidadores de pacientes asistidos en cuidados paliativos de un hospital universitario, encontrando una edad media de 48 años, siendo el 70% mujeres. Se detectó un 67% de cuidadores con sobrecarga, el 43% intensa, 24% leve y un 33% sin sobrecarga. Se concluye que en la población del estudio ha sido factible implementar la escala de Zarit, sin reportar barreras de aplicación y con similitud en resultados a otros estudios latinos.<sup>16</sup>

*Bello J*, Xalapa México, en el año 2014, realizó un estudio descriptivo prospectivo, mediante una encuesta a 281 cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, encontrándose que el 79% de los cuidadores eran de sexo femenino, con edad promedio de 48 años, 58% eran hijos del paciente cuidado, el 59% tenía 1 a 3 años como cuidador. El 52% de los cuidadores tenían algún grado de sobrecarga de acuerdo a escala de Zarit y el 88% de los pacientes cuidados presentaron algún grado de dependencia. La autora concluye que hay una prevalencia de sobrecarga del cuidador en más de la mitad de cuidadores de pacientes crónico degenerativos, lo cual está estrechamente relacionado con el tiempo de ejercer esta función, enfermedades del cuidador y el grado de dependencia del paciente cuidado.<sup>17</sup>

*Mendoza G*, San Juan de Lurigancho Perú, realizó un estudio descriptivo de casos clínicos, aplicándose la escala de Zarit a 68 familiares cuidadores de pacientes con enfermedad neurológica crónica, donde determinó que el 77,7%

eran ama de casa con una edad promedio de 45 años, la enfermedad crónica más frecuente que necesitaba de un cuidador fue la secuela por enfermedad cerebro vascular en el 46,4% de los casos. Se encontró sobrecarga del cuidador intensa en el 72% y el mayor nivel de sobrecarga fue proporcional a la mayor discapacidad del paciente cuidado. Concluye que existe una relación directa entre el grado de dependencia con enfermedad neurológica crónica y el grado de sobrecarga del cuidador.<sup>18</sup>

*Guzmán E et al*, Ibagué Colombia, en el año 2014, desarrollaron un estudio cualitativo de tipo descriptivo, incluyendo a 15 cuidadores informales, se demostró que el 87% eran de sexo femenino, con edades de 41 a 60 años, con un 73% de nivel socioeconómico bajo, realizando el rol de cuidador de 5 años o más en un 60%. Se encontró que el 80% presentaban síndrome del cuidador, el 93% presentaba ansiedad, el 67% presentaban depresión. Concluyen que es necesario una propuesta de intervención que busque el fortalecimiento de habilidades del cuidador, teniendo en cuenta las dimensiones personal, familiar, social, laboral y económica.<sup>19</sup>

*Salazar S y Torres J*, Cuenca Ecuador, en el año 2015, realizaron un estudio cuantitativo analítico transversal, cuya población fue de 222 cuidadores primarios de adultos mayores, encontrándose que el promedio de edad de los cuidadores fue de 53 años, la mayoría de sexo femenino, con parentesco más frecuente de hijo en el 60% y 11% fueron conyugues adultos mayores, el 26% de adultos mayores presento dependencia moderada, 38% dependencia severa, las autoras concluyen que de acuerdo al Test de Zarit el 18,7% de cuidadores presento sobrecarga leve y el 14% sobrecarga intensa.<sup>20</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

### **Síndrome del cuidador**

El cuidador de pacientes geriátrico puede tener recompensas positivas y reconfortantes por el vínculo generado con el paciente, pero a su vez también trae múltiples inconvenientes de salud en el cuidador, al llegar al ser un trabajo exigente y estresante pudiendo alterar el estilo de vida generando hábitos negativos, desestabilidad económica y hasta descuido en la salud.<sup>21</sup>

El síndrome del cuidador es un trastorno en las personas que se desempeñan como cuidador principal de una persona dependiente, los cuales presentan un cuadro plurisintomático por desgaste físico, psicológico, repercusión económica entre otras, llevando al “cuidador” a claudicar sus labores de cuidado o en otros casos desembocar en el síndrome “Burn-out” (Cuidador Quemado) o el síndrome de “fatiga de compasión”.<sup>22</sup>

La primera aparición que reporta el síndrome Burnout, fue en año 1961 por Graham Greens, en la publicación de su artículo “a burnout case”. Posterior en 1974, el psiquiatra Herbert J. Freudenberger realiza la primera conceptualización de esta patología al observar a en compañeros de trabajo, que laboraban con más de 10 años de antigüedad, presentando síntomas de pérdida gradual de energía, idealismo, empatía hacia los pacientes, además de ansiedad, cansancio físico, depresión y desmotivación laboral. En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud declara el síndrome de Burnout como un factor de riesgo laboral por su afcción a la calidad de vida, salud mental e incluso su puesta en riesgo la vida.<sup>23</sup>



La rotación del cuidador principal es poco usual, recayendo esta tarea en su mayoría en un único cuidador asignado fortuitamente. Siendo el cuidador un familiar se puede perfilar en 2 principales situaciones: Esposo/a; los maridos del conyugue suelen recibir más ayuda familiar que las esposas cuidadoras, inclusive es muy frecuente que las mujeres cuidadoras se resistan a buscar ayuda o acepten ayuda. Hijas o Hijos; En su mayoría suele haber preferencia por la hija soltera, la de menor carga familiar, la de mayor cercanía o la única mujer entre los hermanos.

El cuidador sometido a una sobrecarga puede manifestar varios síntomas los cuales los dividiremos en físicos y psicológico.<sup>24</sup>

Como síntomas físicos encontramos: Trastornos osteoarticulares; en su mayoría dolor crónico de características mecánicas del aparato locomotor, riesgo cardiovascular, trastornos gastrointestinales, problemas respiratorios y deterioro de la función inmunitaria.<sup>24</sup>

Los síntomas psicológicos suelen ser más relevantes: problemas clínicos como la depresión, hipocondría, estrés, ansiedad, etc. Problemas sicosomáticos como cefaleas, pérdida de apetito, temblor, problemas gástricos, palpitaciones, vértigo, alergia, inmotivada, insomnio, problemas de memoria y concentración, etc. Problemas emocionales como tristeza, preocupación, soledad, irritabilidad, culpabilidad, depresión.<sup>24</sup>

Por otra parte, el cuidador también tiende a contraer problemas familiares, cambios laborales, problema económico e inclusive abandono de actividades sociales y de recreación. En consecuencia, la carga o sobrecarga del cuidador tiene una respuesta multidimensional de deterioro físico, psicológico, social y económico, llegando a su máxima expresión clínica con el denominado

síndrome del “cuidador quemado” (burnout), punto en donde continuar con dicha tarea no es viable o saludable.<sup>17</sup>

### **Enfermedades crónicas**

Las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades de duración larga y de progresión mayormente lenta, siendo las principales causas de muerte e incapacidad en el mundo. Entre las enfermedades más comunes están las cardiovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer, la diabetes y los accidentes cerebrovasculares. Según la OMS en el 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.<sup>25</sup>

Como proyección para el 2020, las enfermedades crónicas corresponderán al 73% de las muertes a nivel mundial y el 60% de la carga de enfermedad. Las enfermedades crónicas en su mayoría suelen ser incurables, es por ello por lo que no solo debe ser tratado, sino debe ser manejado de forma global.<sup>25</sup>

Según informe del Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas - España (OPIMEC), estas enfermedades deben ser manejadas de manera sistemática, mejorando el cuidado de la salud de forma efectiva y eficiente, induciendo a los pacientes a tomar un papel activo en su propio cuidado y apoyando al cuidador con los recursos necesarios.<sup>26</sup>

A medida que la población envejece aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas, en su mayoría por un mal hábito de consumo de alimentos con abundante contenido graso, productos de origen animal y poca fibra, sumando a ella la inactividad física. Trayendo como consecuencia enfermedades como la

obesidad, hipertensión Arterial (HTA), diabetes mellitus tipo II y cardiopatía isquémica.<sup>27</sup>

En el Perú “El 65% de las causas de muerte en el 2025 será a consecuencia de enfermedades crónicas debido a la mala alimentación y hábitos de vida”<sup>28</sup>

### **Envejecimiento**

Cada día la esperanza de vida aumenta y la población en el mundo está envejeciendo, actualmente la esperanza de vida es igual o mayor de los 60 años y proyectándose al año 2050, se espera que la población de esta edad llegue a los 2000 millones, teniéndose un aumento de 900 millones con respecto al año 2015. En la actualidad se calcula que hay 962 millones de personas igual o mayor a 60 años lo que corresponde al 13% de la población mundial, con una tasa de crecimiento anual del 3%.<sup>29</sup>

Este envejecimiento de la población puede significar el éxito de las políticas de salud pública y progreso socioeconómico, pero a su vez también es un reto para la sociedad al tener que adaptarse para mejorar la salud, la capacidad funcional, contribución social y la seguridad del adulto mayor.<sup>30</sup>

Existen varios modos de contribución de personas mayores en la familia y comunidad, pero a su vez estas dependen en gran medida del factor salud. Si se vive en buena salud y en un ambiente propicio, un adulto mayor puede hacer las actividades que valora de una forma muy similar a un joven, en cambio sí en estos años se cuenta con una salud deteriorada, incapacidad física y mental, la implicancia para las personas mayores y la sociedad es más negativa.<sup>30</sup>

Definimos desde un punto biológico al envejecimiento como el resultado de la acumulación variada de daños moleculares y celulares en el tiempo, que conlleva al descenso paulatino de las capacidades físicas y mentales, aumento del riesgo de enfermedades, y por último a la muerte.<sup>30</sup>

Entre las afecciones usuales que se presentan en la vejez tenemos la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia, siendo muy común experimentar más de una afección a la vez. Se presentan también los “Síndromes geriátricos” como la fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.<sup>30</sup>

El ambiente influye en el proceso del envejecimiento desde nuestros primeros inicios de vida, el medio que se vive en la infancia, inclusive desde la fase embrionaria, incluyendo las características personales, determinaran los efectos en el modo de envejecer. A su vez es importante llevar hábitos saludables como una dieta equilibrada, efectuar actividad física de forma periódica y el no consumo de tabaco, lo que conducirá a no padecer de enfermedades no transmisibles y mejorar las facultades físicas y mentales.<sup>30</sup>

La OMS trabaja una estrategia y plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud, abordando cinco objetivos:

1. **Compromiso con un envejecimiento saludable:** Exige sensibilizar el valor del envejecimiento saludable, un compromiso y medidas sostenibles para formular políticas de base científica a favor de las capacidades del adulto mayor.

2. **Alinear los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores:** Se requiere reorganizar los sistemas de salud en base a las necesidades y preferencias del adulto mayor, reforzando la capacidad intrínseca de los ancianos e incluirse en los diferentes ambientes y personal de atención.
3. **Establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica:** Las personas mayores necesitan sistemas de atención crónica en todos los países. Esto implica fomentar, o inclusive crear, sistemas de gobierno, contar con infraestructuras y capacitación del personal. El trabajo de la OMS para la atención crónica corresponde con las iniciativas para fortalecer la cobertura sanitaria universal, afrontar las enfermedades crónicas no transmisibles y establecer servicios integrados centrados en el adulto mayor.
4. **Desarrollar entornos adaptados a las personas mayores:** Implica tomar medidas para eliminar la discriminación por razones de edad, permitir la autonomía y apoyar el envejecimiento saludable en todas las políticas y en todos los ámbitos de gobierno. La OMS fomenta la “Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores” como una plataforma para impartir información de forma interactiva de un Mundo Adaptado a las Personas Mayores.
5. **Mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión:** Este objetivo busca lograr investigaciones más centradas, crear mecanismos de medición y métodos analíticos para todas las cuestiones relacionadas en el envejecimiento.<sup>30</sup>

## **Funcionalidad del adulto mayor y deterioro cognitivo**

La funcionalidad del adulto mayor es la capacidad de realizar de forma independiente o autónoma las actividades básicas de la vida cotidiana como es la alimentación, continencia, uso del sanitario, transferencia, el vestirse y asearse. También actividades instrumentales como el cocinar, comprar, participación de labores domésticas: limpieza del hogar, uso del teléfono, lavado de ropa, viajar, tomar medicamentos y administración financiera personal.<sup>31</sup>

Este estado funcional del individuo corresponde la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales, constituyendo el reflejo de la integridad del adulto mayor. El indicador clave en la salud del adulto mayor es su estado funcional, su deterioro es indicador pronóstico de discapacidad y dependencia de servicios de salud, en consecuencia, es de importancia su evaluación.<sup>31</sup>

La función cognitiva de la persona es el resulta del funcionamiento integral de sus diferentes áreas intelectuales como el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, desarrollo de cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. En el envejecimiento es muy probable que las funciones cognitivas sufran disminución como es el aprendizaje de nueva información y la ejecución de movimientos motores rápidos, a su vez algunos adultos mayores sufren de la enfermedad de Alzheimer, el cual deteriora severamente su funcionamiento cognitivo provocando una limitación funcional y posterior la discapacidad global.<sup>32</sup>

Es habitual que la funcionalidad del adulto mayor se vaya deteriorando como consecuencia natural de la continua declinación cognitiva, siendo así la demencia un poderoso determinante de la discapacidad funcional.<sup>32</sup>

El nivel de capacidad cognitiva y el movimiento motor son los indicadores principales para considerar a un adulto mayor como sano. Según investigación se ha reportado que sujetos que posteriormente desarrollaran demencia, cuentan con restricciones en actividades instrumentales, en el especial manejo financiero, inclusive 10 años previos al diagnóstico clínico de demencia.<sup>33</sup>

El deterioro cognitivo es muy frecuente en adultos mayores hospitalizados asociado a su vez con varios síndromes y problemas geriátricos en consecuencia es de naturaleza compleja y de difícil manejo.<sup>33</sup>

### **2.3 Definición de términos:**

- **Cuidador:** Persona que brinda asistencia a otra que se encuentra afectada de discapacidad, minusvalía o incapacidad, lo cual le dificulta o imposibilita el desenvolvimiento normal de sus actividades vitales o sociales y sobre la cual se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro.<sup>20</sup>
- **Cuidador principal:** Persona que está al cuidado del paciente la mayor parte del día, ya sea de forma obligatoria o por propia voluntad, que perciba o no de remuneración alguna.<sup>20</sup>
- **Cuidador informal:** Persona que desempeña el cuidado de salud de personas dependientes que viven en su domicilio, sin pertenecer a alguna institución sanitaria o social y que no reciben remuneración a cambio.<sup>20</sup>
- **Sobrecarga del cuidador:** Es la valoración negativa de sentimientos y percepciones como resultado del cuidado a una persona, animal o cosa,

el cuidador tiene sentimientos de agobio, frustración o enojo al sentirse incapaz de cumplir con las demandas de la persona cuidada.<sup>20</sup>

- **Enfermedad crónica:** Es una enfermedad de larga data y progresión generalmente lenta. Estas enfermedades son la causa principal de muerte y de incapacidad en el mundo.<sup>26</sup>
- **Actividades básicas de la vida diaria:** Actividades que son necesarias para la subsistencia, lo cual exige funcionamiento tanto mental y físico básico, estas actividades incluyen: la alimentación, el aseo personal, el reconocimiento de personas, el uso del retrete, el traslado etc.
- **Dependencia:** Estado en el que se encuentran algunas personas debido a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual por lo que necesitan algún tipo de asistencia para la realización de sus actividades de la vida diaria.<sup>20</sup>
- **Funcionalidad del adulto mayor:** Es la capacidad del adulto mayor de realizar de forma independiente o autónoma sus actividades básicas de la vida cotidiana.<sup>31</sup>
- **Cognición:** Es la capacidad del ser humano para conocer por medio de la percepción y los órganos del cerebro.<sup>34</sup>
- **Deterioro cognitivo:** Es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y la velocidad del procesamiento en la información.<sup>34</sup>



## CAPÍTULO III: VARIABLES

### 3.1 Variables y su Operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN					
		TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Sobrecarga del cuidador	Estado resultante de la acción de cuidar que amenaza la salud física y mental del cuidador.	Cualitativa	Grado de sobrecarga en Escala de Zarit	Ordinal	Ausencia de sobrecarga.  Presencia de sobrecarga: Leve Intensa	< 47 puntos  >47 puntos  47-55 ≥56	Aplicación de cuestionario.
Edad del cuidador	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la fecha actual	Cuantitativa	Años cumplidos a la fecha	De razón			Aplicación de cuestionario.

Genero del cuidador	Condición orgánica que distinguen al varón de la mujer	Cualitativa	Tipo de sexo	Nominal	Femenino Masculino		Aplicación de cuestionario.
Estado civil del cuidador	Situación personal en relación a otra con quien se crea lazos jurídicos	Cualitativa	Pregunta directa	Nominal	Soltero Conviviente Casado Viudo Divorciado		Aplicación de cuestionario
Grado de instrucción del cuidador	Ultimo nivel educativo alcanzado del cuidador.	Cualitativa	Pregunta directa.	Nominal	Sin estudios  Primario incompleto  Primario completo  Secundario incompleto  Secundario		Aplicación de cuestionario

					completo		
					Superior completo		
					Superior incompleto		
Ocupación del cuidador	Dedicación u oficio diario del cuidador.	Cualitativa	Pregunta directa.	Nominal	Ama de casa Obrero Técnico Profesional Comerciante		Aplicación de cuestionario
Parentesco	Vínculo que tiene el cuidador primario en relación al paciente dependiente	Cualitativa	Pregunta directa.	Nominal	Hijo Nieta Sobrino Conyugue Yerno		Aplicación de cuestionario

					Nuera Otros		
Tiempo ejerciendo el cuidado	Tiempo transcurrido de ejercer la función de cuidado primario	Cuantitativa	Años o meses cumplidos desde el inicio del cuidado	De razón	3m – 1 año 1 - 3 años 3 - 5 años >5 años		Aplicación de cuestionario
Edad del adulto mayor	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la fecha actual	Cuantitativa	Años cumplidos a la fecha	De razón			Aplicación de cuestionario
Genero del adulto mayor	Condición orgánica que distinguen al varón de la mujer.	Cualitativa	Tipo de sexo.	Nominal	Femenino Masculino		Aplicación de cuestionario
Morbilidades del adulto mayor	Enfermedades que padece el adulto mayor cuidado.	Cualitativa	Pregunta directa	Nominal	DM HTA EPOC		Aplicación de cuestionario

					ERC Cardiopatía Cirrosis Osteoartrosis Fracturas Otras		
Funcionalidad del adulto mayor	Grado de independencia del adulto mayor.	Cualitativa	Puntaje en Escala de Barthel	Ordinal	Independencia  Dependencia leve  Dependencia moderada  Dependencia grave  Dependencia total	100  91-99  90-61  21 - 60  0 - 20	Aplicación de cuestionario

Deterioro cognitivo del adulto mayor	Es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y la velocidad del procesamiento en la información.	Cualitativa	Puntaje en la Escala de Pfeiffer	Ordinal	Sin deterioro cognitivo	0-2 errores	Aplicación de cuestionario
					Deterioro cognitivo Leve	3-4 errores	
					Deterioro cognitivo moderado	5-7 errores	
					Deterioro cognitivo severo	8-10 errores	

## **CAPITULO IV: METODOLOGIA**

### **4.1 Diseño metodológico: Tipo y diseño de estudio**

Para el presente proyecto se realizara un estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico - transversal.

### **4.2 Diseño muestral:**

**4.2.1 Población universo:** Familiares cuidadores de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas.

**4.2.2 Población de estudio:** Familiares cuidadores de los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas atendidos en el Hospital Essalud II Vitarte en noviembre del año 2017.

**4.2.3 Tamaño de la población de estudio:** Todos los cuidadores de los pacientes con enfermedades crónicas atendidos en el Hospital Essalud II Vitarte en noviembre del año 2017.

**4.2.4 Muestreo o selección de la muestra:** Muestreo no probabilístico e intencional. Se tomara como muestra a la totalidad de la población de estudio captada que cumplan con los criterios de selección.

### **4.2.5 Criterios de selección:**

- **Criterios de inclusión:**

- Familiares al cuidado de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas.
- Familiar cuidador principal del paciente, si existiese varios cuidadores se entrevistara a aquel que dedicaba más tiempo al cuidado.

- Tener tres o más meses al cuidado del paciente.
- Mayores de 18 años.
- No recibir remuneración económica por el cuidado.
- Cuidadores que cumplan con los criterios antes mencionados que deseen participar y firmen el consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión:**
  - Cuidadores no familiares del paciente.
  - Familiares cuidadores de pacientes no geriátricos con enfermedades crónicas.
  - Familiares con antecedentes psiquiátricos de fondo.
  - Familiares que no cumplan con los criterios de inclusión.

#### **4.3 Procedimientos de recolección de datos**

Para el procedimiento de la recolección se hará uso de un cuestionario de datos sociodemográficos y se aplicaran instrumentos de valoración estandarizados, se realizará de la siguiente manera:

- Se procederá a identificar a los cuidadores de los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas.
- Se verificará que los cuidadores cumplan con los criterios de selección.
- Se procederá a explicar y solicitar el consentimiento para la toma de datos.
- Se aplicará un cuestionario de datos sociodemográficos al cuidador (Ver Anexo 2), además de la escala de Zarit. (Ver Anexo 3)
- Se procederá a la aplicación del test de Barthel y Pfeiffer al adulto mayor cuidado. (Ver Anexo 4 y 5).



## **Instrumentos:**

- **Test de Zarit:** Este cuestionario se aplica al cuidador familiar principal con la finalidad de detectar situaciones de sobrecarga que necesiten de la actuación de los servicios sociales. Cuenta con tres factores o subdimensiones de la carga del cuidador: impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia.

La escala cuenta con 22 items que incluyen preguntas tipo Likert de 5 opciones: nunca (0), rara vez (1), algunas veces (2), bastantes veces (3) y casi siempre (4). (Ver Anexo 2)

La puntuación va desde 0 a 88 puntos y la sobrecarga se califica: ausencia de sobrecarga < o igual a 46 puntos, sobrecarga ligera de 47 a 55 puntos, sobrecarga intensa mayor o igual a 56 puntos.

El test de Zarit cuenta con pruebas psicométricas en español, una validez de 0,92 y una confiabilidad de 0,81.

Esta escala ha sido validada también en Colombia para el uso en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, en Argentina para la evaluación en cuidadores de pacientes en cuidados paliativos, en Perú en un estudio destinado para la evaluación de cuidadores de pacientes con esquizofrenia y entre otros países de América Latina.<sup>35 36</sup>

- **Indice de Barthel:** Es un instrumento mundialmente aceptado, la cual mide la dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria.

El Índice de Barthel valora 10 actividades básicas de la vida diaria: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado

sillón/ cama, deambulación y uso de escalera, asignándole una puntuación de acuerdo con la necesidad de ayuda para llevarla a cabo.

La puntuación va de 0 a 100. Obteniendo las categorías de Independiente: 100 (95 en silla de ruedas). Dependiente leve: 91-99. Dependiente moderado: 61-90. Dependiente grave: 21-60. Dependiente total: 0-20.

Este instrumento es recomendado por la British Geriatrics Society y el Royal Collage of Physicians of London. Ha sido validado al español y es ampliamente utilizado en estudios relacionados a la funcionabilidad del adulto mayor, lo cual permite su comparación. En nuestro país el estudio publicado por Castelo Vega et al Evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada concluye que el Índice de Barthel es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable.<sup>(37) (38) (39)</sup>

- **Escala de Pfeiffer:** Esta escala se utiliza para evaluar el estado cognitivo del paciente adulto mayor, valora un pequeño número de funciones relativamente básicas como son: memoria, orientación, atención; sin embargo debe recordarse sirve para una valoración inicial ya que no detecta alteraciones leves ni cambios pequeños durante la evolución. Esta escala ha sido adaptada y validada al castellano para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años.<sup>40</sup>

En nuestro país en el año 2000 Valera Pinedo et al, realiza una propuesta de addendum a la historia clínica geriátrica realizando un estudio donde

incluye varias escalas para la valoración integral del adulto mayor. Respecto a la evaluación del deterioro cognitivo inicialmente utiliza la prueba de mini-mental de Folstein que tiene una alta sensibilidad y valora diferentes funciones, sin embargo su principal limitación fue el nivel educativo mínimo para poder realizar la prueba, considerando que la prueba debía ser estandarizada para una población que en su mayoría contaba con educación primaria e incluso analfabeta, se utilizó la prueba de Pfeiffer sin embargo se encontraron cifras similares a la de otros estudios.<sup>41</sup>

Actualmente esta escala ha sido Estandarizada en nuestro país y forma parte de la historia clínica de atención integral del adulto mayor del ministerio de salud (MINSA) cuya guía técnica fue publicada en el año 2006.<sup>42</sup>

#### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

La presentación de los datos se realizará en forma de distribuciones de acuerdo a frecuencia y porcentaje de las variables estudiadas, representando los resultados en tablas y diagramas. Para medir la fuerza de asociación de variables se utilizará la prueba de chi cuadrado. La información se procesara mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.

#### **4.5 Aspectos éticos**

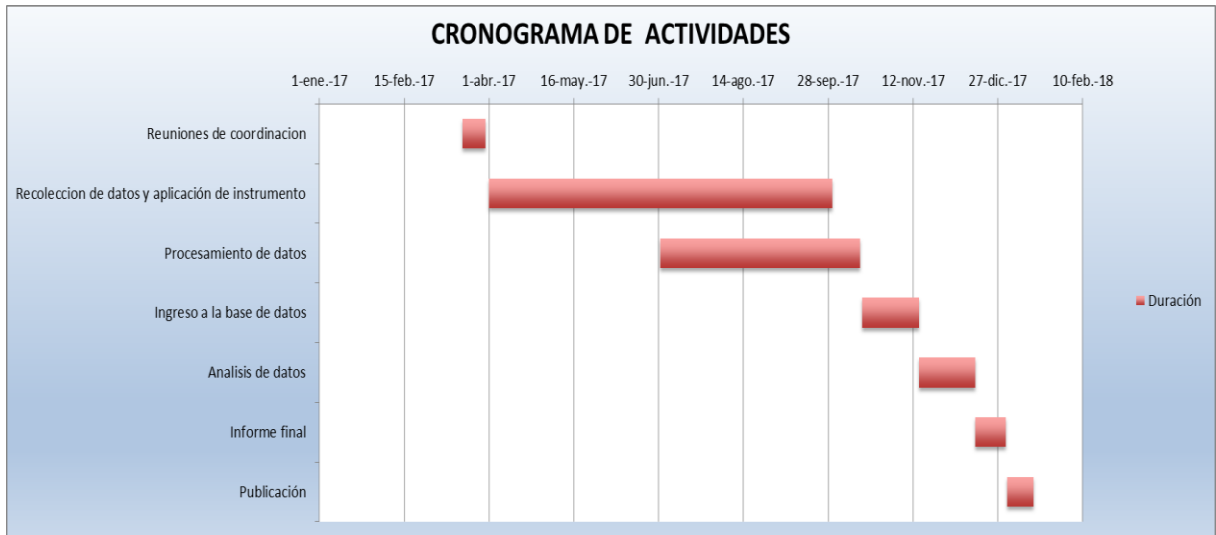
El presente proyecto no transgrede los derechos humanos, ni viola normatividad alguna en materia de investigación de seres humanos, no presenta riesgos y se cuidara en todo momento la confidencialidad de la

información. Se procederá a realizar la entrevista solo previo consentimiento informado.

El presente proyecto se realizará bajo las normas éticas regidas en el código de Nuremberg, así como la declaración de Helsinki.

## CRONOGRAMA

### Cronograma:



## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Envejecimiento y Ciclo de Vida. Datos Interesantes Acerca Del Envejecimiento..
2. Atenea FC. Índice global de envejecimiento. Resumen ejecutivo. help age international; 2015.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. Informe Técnico. ; 2017. Report No.: N°3 - Septiembre.
4. OMS. La Organización Mundial de la Salud lanza una nueva iniciativa para afrontar las necesidades sanitarias que plantea el rápido envejecimiento de la población. Centro de prensa. 2004 Septiembre.
5. Concepción MM. El síndrome del cuidador quemado. In Maria AV. La familia ante la enfermedad. Madrid; 2010. p. 139-145.
6. Ocampo Jose HJTPRJ. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. Colombia Medica. 2007 Enero; 38(1).
7. Prieto Miranda Sergio APNVMEJBC. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. Medicina Interna Mexico. 2015 Noviembre; 31(6).
8. Gonzales Henostroza Dula RGK. Nivel de sobrecarga del cuidador familiar y su relación con el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del programa de atención domiciliaria del Hospital I Essalud, Nuevo chimbote. Tesis para optar el título profesional de enfermería. Chimbote Peru: Universidad Nacional del Santa; 2014.
9. Zoila Romero MC. Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Peru. Revista Medica Herediana. 2014; 24: p. 204-209.
10. Hurtado L ZE. Presencia del "Síndrome del cuidador" en encargados de la atención del adulto mayor. Centro de salud Biblián. Proyecto de investigación previa a la obtención del título de licenciada en enfermería. Cuenca Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias medicas, Carrera de enfermería; 2017.
11. Palome Vega G GTRXMAJLAPOM. Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado. Quetaro Mexico;; 2014.
12. Lopez Gil J OSRGCSOACdIMJAMF. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Revista Clinica Medicina Familiar. 2009; 2(7).
13. Silva Chavez P PVV. Identificación del síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo en pacientes de la consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Quito de la policía Octubre del 2014 y Enero 2015. Disertación previa la obtención del título de médico cirujano. , Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015.
14. Navarro Sandoval C UELDQESCM. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. Revista Medica del Instituto

- Mexicano del Seguro Social. 2017; 55(1).
15. M MC. Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor fragil, Del programa de atencion domiciliaria (PADOMI) Essalud. Para optar el titulo profesional de Licenciada en enfermeria. Huanuco Peru: Universidad de Huanuco, Facultad de ciencias de la salud. Escuela academico profesional de enfermeria; 2016.
  16. Tripodoro V VVLV. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Publicacion del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Investigaciones Medicas Alfredo Lanari. Universidad de Buenos Aires, Departamento de cuidados paliativos; 2015.
  17. J BP. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades cronico degenerativas. Xalapa Veracruz: Instituto Mexicano del seguro social. Delegación Veracruz Norte, Unidad medico familiar N°66; 2014.
  18. G MS. Sindrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurologica cronica. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2014; 27(I).
  19. Guzman Lopez E GRA. Manifestaciones del sindrome del cuidador en familiares de pacientes con enfermedades cronicas incapacitantes vinculados a COOMEVA EPS seccional Ibague. Trabajo de investigacion como obcion de grado para optar el titulo de Psicologo. Ibague: Universidad nacional abierta y a distancia. Escuela de ciencias sociales artes y humanidades, Programa de Psicologia; 2014.
  20. Salazar Ramirez S TAJ. Nivel de sobrecarga y factores asociados de los cuidadores primarios de los/as pacientes del centro de atencion ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Tesis previa a la obtencion del titulo medica. Cuenca Ecuador: Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Medicas , Escuela de Medicina; 2014.
  21. A CU. Sobrecarga del cuidador primario en pacientes mujeres mayores de 60 años con enfermedades cronico degenerativas en la UMF 18 Colonia militaar. Tesis para obtener el grado de licenciado en medicina general. Mexico: Universidad de Sonora. Instituto Mexicano del seguro social, Jefatura de prestaciones medicas. Coordinacion de planeacion y enlace institucional; 2016.
  22. Lara Perez L ea. Sindrome del cuidador en una poblacion atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Revista Cubana de enfermeria. 2001; 17(2).
  23. L SMLeHM. Sindrome de Burnot. Medicina Legal de Costa Rica. 2015 Enero/Marzo; 32(1).
  24. Modorra C. Sindrome del cuidador quemado. Jornadas La familia ante la enfermedad. Madrid: Universidad Pontifica Comillas, Unidad de Intervencion Psicosocial; 2009.
  25. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cronicas. [Online]. [cited 2017 octubre 21. Available from: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/).
  26. OPIMEC. Glosario sobre enfermedades cronicas complejas. [Online].; 2015 [cited 2017 octubre. Available from: <https://www.opimec.org/glosario/#ante-section-5928>.
  27. S SS. Relación entre enfermedades cronicas y la limitación funcional de adultos mayores perteneciente al Area de Salud 4 de Quito estudio comparativo en 2 unidades operativas

- del area. Informe final de proyecto de investigacion convocatoria 2011. Quito Ecuador;, Unidad Academica: Facultad de enfermeria; 2011.
28. Congreso nota de prensa El heraldo. Enfermedades cronicas seran principal causa de muerte en el Peru. [Online].; 2017 [cited 2017 octubre. Available from: <http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/Prensa/heraldo.nsf/CNtitulares2/672CD986A8127BAD05257E70000A4B85/?OpenDocument>.
  29. Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento. [Online]. [cited 2017 octubre. Available from: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>.
  30. OMS. Envejecimiento y salud. Notas descriptivas. Organizacion mundial de la Salud, Centro de prensa; 2015.
  31. al SFe. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Medico Quirurgicas. 2009; 14(4).
  32. al VPe. Caracteristicas del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Revista sociedad peruana de medicina interna. 2004; 17(2).
  33. G F. Funcionalidad y demencia. Revista de Hospitalizacion Clinica Universidad Chile. 2008; 19.
  34. M SS. Deterioro cognitivo en la vejez ¿ Fenomeno normal? Montevideo: Universidad de la Republica de Uruguay, Facultad de Psicología ; 2016.
  35. Barreto Osorio R CdAMCGGCIRCDLDPMRJRONV. Entrevista percepcion de carga del cuidador de Zarit: pruebas psicometricas para Colombia. Bogota Colombia;; 2015.
  36. Li Quiroga M APPOJLJF. Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital publico de Lambayeque. Revista de Neuropsiquiatria. 2015; 78(4).
  37. Monroe Diaz F TdMSTBM. Prevalencia y asociación entre la dependencia funcional y síntomas depresivos en el adulto mayor de un centro publico de atencion residencial geronto geriatico de Lima. Para optar el titulo profesional de Medico Cirujano. Lima Peru: Universidad peruana de ciencias aplicadas, Facultad de ciencias de la salud. Escuela de medicina; 2015.
  38. T DC. Capacidad funcional del adulto mayor y su relacion con sus caracteristicas sociodemograficas, Centro de atencion residencial geronto geriatico Ignasia Rodulfo Vda de Canevaro. Revista Peruana de obstetricia y enfermeria. 2014; 10(1).
  39. Castelo Vega J OHRVOA. Evaluación funcional y nivel de autonomía en el paciente ambulatorio de edad avanzada. 2002; 11(21).
  40. Martinez J DROMACCCLR. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años. Medicina Clinica. 2001 Enero; 117(4).
  41. Varela Pinedo L DPACJHCVO. Valoración geriatica integral: Propuesta de addendum a la historia clinica. Diagnostico. 2000 Mayo- Junio; 39(3).
  42. Ministerio de Salud. Guía técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor. Lima Peru: Minsa; 2006.

## ANEXOS



## ANEXO N°1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
<p><b>SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS</b></p> <p><b>HOSPITAL II VITARTE 2017</b></p>	<p><b>¿Existe sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas del Hospital II Vitarte?</b></p>	<p><b>Objetivo Principal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Conocer la presencia de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas del Hospital II Vitarte.</li> </ul> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Determinar las características sociodemográficas de los familiares cuidadores de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas.</li> <li>•Establecer la relación del nivel de sobrecarga del cuidador con las enfermedades crónicas del paciente adulto mayor.</li> <li>•Identificar la relación del nivel de sobrecarga del cuidador con el grado de funcionalidad del paciente geriátrico con enfermedad crónica.</li> <li>•Señalar la relación del nivel de sobrecarga del cuidador con el grado de deterioro cognitivo del paciente geriátrico con enfermedad crónica.</li> </ul>	<p>Estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico - transversal.</p>	<p>Familiares cuidadores de los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas atendidos en el Hospital Essalud II Vitarte en noviembre del año 2017.</p>	<p>Cuestionario de datos demográficos.</p> <p>Escala de Zarit.</p> <p>Índice de Barthel.</p> <p>Escala de Pfeiffer.</p>

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Primero agradecer por la colaboración con su participación, a continuación se procederá a llenar algunos datos, se le recuerda que tenga total confianza con la veracidad de las respuestas ya que la información brindada es estrictamente confidencial.

- Edad :
- Genero:
- Estado civil:
- Grado de instrucción:
- Ocupación:
- Parentesco con el adulto mayor:
- Tiempo ejerciendo el cuidado:
- Edad del adulto mayor cuidado:
- Genero del adulto mayor:
- Enfermedades del adulto mayor:

### ANEXO 3

#### ESCALA DE ZARIT

0= nunca    1= rara vez    2= Algunas veces    3= Bastantes veces    4= Casi siempre

1. Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?
2. Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?
3. Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?
4. Siente vergüenza por la conducta por la conducta de su familiar?
5. Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Vd. tiene con otros miembros de su familiar?
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de 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 su 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?

La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems y tiene un rango que va desde 0 a 88. Para cada ítem se utiliza una escala de cinco valores que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (casi siempre). Los puntos de corte propuestos por los autores de la adaptación y validación en español son:

- No sobrecarga: 0-46
- Sobrecarga leve: 47-55
- Sobrecarga intensa: 56-88

*Tomado de: Escalas de valoración funcional y cognitiva. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Aragon. Disponible en:*

<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACION+Y+COGNITIVA.PDF>

## ANEXO 4

### INDICE DE BARTHEL

Comer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Totalmente independiente</li> <li>- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	10 5 0
Lavarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente: entra y sale solo del baño</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	5 0
Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos</li> <li>- Necesita ayuda</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	10 5 0
Arreglarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	5 0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continencia normal</li> <li>- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas</li> <li>- Incontinencia</li> </ul>	10 5 0
Micción (Valórese la semana previa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta</li> <li>- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda</li> <li>- Incontinencia</li> </ul>	10 5 0
Usar el retrete	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...</li> <li>- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	10 5 0
Trasladarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para ir del sillón a la cama</li> <li>- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo</li> <li>- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	15 10 5 0
Deambular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente, camina solo 50 metros</li> <li>- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros</li> <li>- Independiente en silla de ruedas sin ayuda</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	15 10 5 0
Escalones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para bajar y subir escaleras</li> <li>- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	10 5 0

*Tomado de: Escalas de valoración funcional y cognitiva. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Aragon. Disponible en:*

<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACION+C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

## ANEXO 5 ESCALA DE PFEIFFER

ESCALA DE PFEIFFER	
PREGUNTA	ERRORES
Qué fecha es hoy (día, mes, año)	
Que día de la semana	
Nº teléfono o dirección	
Dónde estamos ahora	
Que edad tiene	
Cuando nació (día, mes, año)	
Quien es el presidente del gobierno	
Quien era anterior presidente gobierno	
Cuál era 1º apellido de su madre	
Reste de 3 en 3 desde 20 (cualquier error hace respuesta errónea)	
<b>TOTAL</b>	

### INTERPRETACION:

Se adjudica un punto por cada error.

- Entre 0-2: se considera normal
- Entre 3-4: deterioro cognitivo leve
- Entre 5-7: deterioro cognitivo moderado
- Más de 8 errores: deterioro cognitivo severo

Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo, y un error menos si tiene estudios superiores.

*Tomado de: Guía técnica para llenado de la historia clínica de atención integral del adulto mayor. Minsa Perú. 2006. Disponible en:*

<https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/MANUAL%20LLENADO%20HC%20ADULTO%20MAYOR%2006.10.2006.pdf>

## ANEXO 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “*Sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas del Hospital II Vitarte*” el propósito de este estudio es Determinar la existencia de sobrecarga del cuidador en los familiares de pacientes con enfermedades crónicas, además de estudiar la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar con la dependencia funcional, deterioro cognitivo y tipo de patologías del adulto mayor cuidado. El presente proyecto de investigación está siendo conducida la médico residente Glicería Elía Campó Gómez.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una entrevista, la que tomará 15 minutos de mi tiempo.

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

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio.

Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

---

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

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

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

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

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con: Campó Gómez Glicería Elía, Médico Residente del Hospital II Vitarte, Teléfono: 985254027, Email: glic\_9@hotmail.com

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

\_\_\_\_\_  
Firma del participante  
DNI

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

Huella Digital

