



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EVALUACIÓN DE SOBRECARGA EN CUIDADORES  
INFORMALES DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE, EN EL  
POLICLÍNICO “CHICLAYO-OESTE”, OCTUBRE – DICIEMBRE  
2011**

PRESENTADA POR  
**JORGE URBANO CÉSPEDES MENDOZA**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

CHICLAYO – PERÚ

2013



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
PRE GRADO**

**EVALUACIÓN DE SOBRECARGA EN CUIDADORES INFORMALES  
DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE, EN EL POLICLÍNICO  
“CHICLAYO-OESTE”, OCTUBRE – DICIEMBRE 2011**

**TESIS**

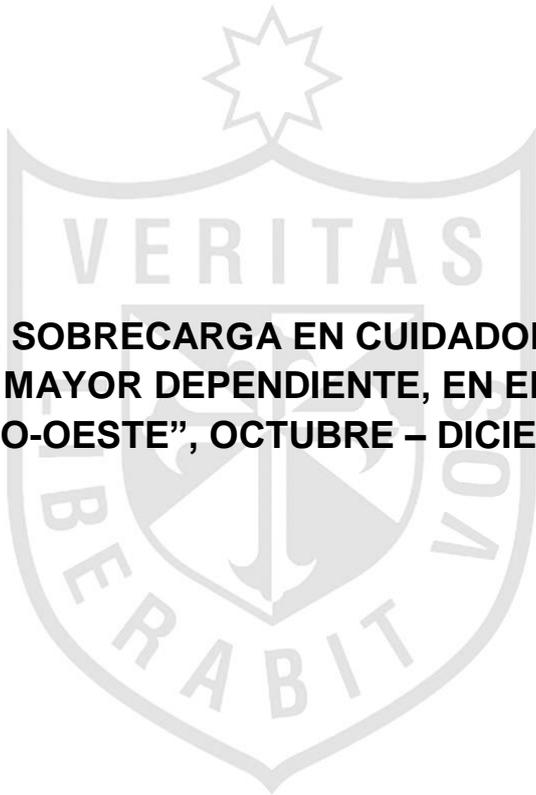
**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**

**CÉSPEDES MENDOZA JORGE URBANO**

**CHICLAYO – PERÚ**

**2013**



**EVALUACIÓN DE SOBRECARGA EN CUIDADORES INFORMALES  
DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE, EN EL POLICLÍNICO  
“CHICLAYO-OESTE”, OCTUBRE – DICIEMBRE 2011**

**ASESORES Y MIEMBROS DEL JURADO:**

**ASESOR CLÍNICO:**

Médico Geriatra. Eloy Gonzales Vera.

**ASESOR METODOLÓGICO:**

Médico Epidemiólogo Clínico. Cristian Díaz Vélez.

**PRESIDENTE DEL JURADO**

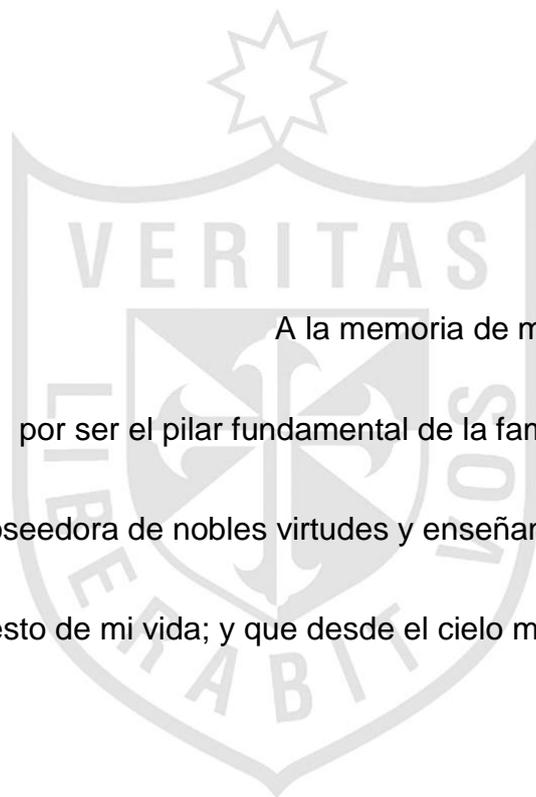
Dr. Víctor Soto Cáceres.

**MIEMBROS DEL JURADO:**

Dra. Sonia Valverde Mejía.

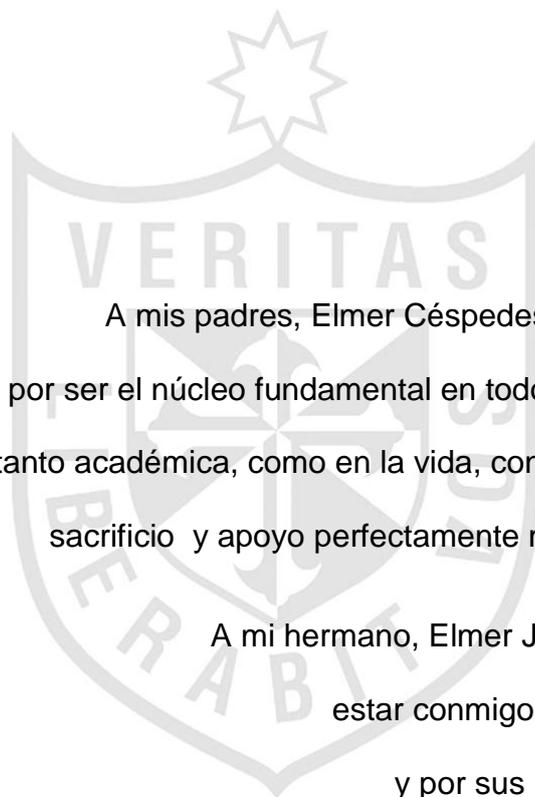
Dra. Susana Puicón Pérez.





## **DEDICATORIA**

A la memoria de mi abuelita Inés Zamora;  
por ser el pilar fundamental de la familia Céspedes Zamora,  
poseedora de nobles virtudes y enseñanzas que las mantendré  
conmigo el resto de mi vida; y que desde el cielo me cuida como un ángel.



## **AGREDECIMIENTOS**

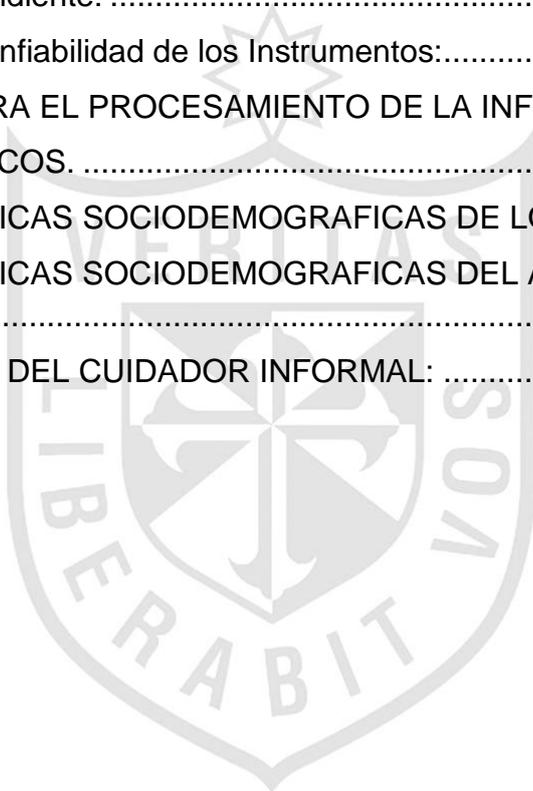
A mis padres, Elmer Céspedes y Francisca Mendoza, por ser el núcleo fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como en la vida, con su incondicional amor, sacrificio y apoyo perfectamente mantenido en el tiempo.

A mi hermano, Elmer Jesús, por ser mi amigo; estar conmigo en las buenas y malas, y por sus innumerables consejos.

## INDICE

Portada.....	i
Título.....	ii
Asesores y miembros del jurado .....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
INDICE.....	vi
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCCIÓN .....	x
I.1.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA .....	1
I.1.1.- Descripción de la realidad problemática .....	1
I.1.2.- Formulación del Problema .....	3
I.1.2.1.- Problema general: .....	3
I.1.3.- Objetivos de la Investigación .....	3
I.1.3.1.- Objetivo General:.....	3
I.1.3.2.- Objetivos Específicos: .....	3
I.1.4.- Justificación de la Investigación.....	4
I.1.5.- Limitaciones del estudio.....	5
I.1.6.- Viabilidad .....	5
I.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
I.2.1.- Antecedentes Internacionales.....	6
I.2.2.- Antecedentes Nacionales .....	8
I.2.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	8
I.3.- DEFINICIÓN OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE VARIABLES .....	9
I.3.1.- Operacionalización de Variables.....	9
I.3.2.- Definiciones de variables: .....	10
I.4.- BASES TEÓRICAS.....	12
I.4.- DEFINICIONES CONCEPTUALES .....	15
II.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	16
II.1.1.- Descripción del Estudio: .....	16
II.1.2.- Tipo – nivel:.....	16

II.1.3.- Enfoque: .....	16
II.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	16
II.2.1.- Población: .....	16
II.2.2.- Muestra: .....	16
II.2.3.- Criterios de Inclusión y Exclusión: .....	17
II.3.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. ....	17
II.3.1.- Descripción de los Instrumentos: .....	18
II.3.1.1.- Entrevista de Sobrecarga de Zarit y Zarit:.....	18
II.3.1.2.- Cuestionario de información general sobre el Cuidador informal y Adulto mayor dependiente: .....	20
II.3.2.- Validez y Confiabilidad de los Instrumentos:.....	21
II.4.- TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	21
II.5.- ASPECTOS ÉTICOS. ....	22
III.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS CUIDADORES .	23
III.2.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE:.....	29
III.2.- SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL: .....	32



## RESUMEN

**Objetivos:** El objetivo es evaluar el nivel de sobrecarga que se ejerce sobre el Cuidador informal en el cuidado del Adulto mayor dependiente. **Metodología:** Es un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo; se aplicó la Escala de entrevista de sobrecarga de Zarit y Zarit, Escala de incapacidad física de la Cruz Roja y un Cuestionario de información general sobre el Cuidador informal y Adulto mayor dependiente. **Resultados:** Del total de 85 Cuidadores informales, el 56.5% fue sexo femenino, siendo los hijos en un 49.4%, el 45.8% con educación superior y el 74.2% poseen conocimientos básicos sobre la enfermedad. El 14.13% refieren a la ansiedad como problema psicoemocional a consecuencias de los cuidados y el 18.56% de Lumbalgia como problema físico. Solo el 11.7% de los Cuidadores informales presentaron sobrecarga. Los Adultos mayores tuvieron una preponderancia en el sexo femenino, el 75.6% presentó un grado de dependencia severo; presentando una pluripatología, siendo las enfermedades Cardiovasculares las más frecuentes. No se evidencia significancia estadística en la asociación con el nivel de sobrecarga y las características sociodemográficas de ambos. **Conclusión:** El nivel de sobrecarga encontrado en la población estudiada es bajo. Es necesario extender estudios a Hospitales Estatales, y Cuidadores de estratos socioeconómicos bajos. Aumentar el tamaño muestra para lograr una mejor asociación entre el nivel de sobrecarga y las variables sociodemográficas. Establecer programas preventivo y de intervención que además de enfocarse al Adulto mayor dependiente incluya al Cuidador informal, con la identificación de los que poseen riesgo o presentan sobrecarga. **Palabras claves:** Impacto, Sobrecarga, Adulto mayor dependiente, Cuidador informal.

## ABSTRACT

**Objectives:** The objective is to estimate the level of overload that is exerted on the Informal caregiver in the care of the elderly dependent. **Methodology:** A cross-sectional, descriptive and quantitative; Scale was applied overload interview Zarit and Zarit, disability scale of the Red Cross and a general information questionnaire informal caregiver and elderly dependent. **Results:** A total of 85 informal caregivers, 56.5% were female, with children in a 49.4%, 45.8% with higher education and 74.2% have basic knowledge about the disease. The 14.13% relate to anxiety and psycho problem consequences of care and 18.56% of low back pain and physical problems. Only 11.7% of informal caregivers present some level of overhead. The older adult had a preponderance in females, 75.6% had a severe dependence, presenting a comorbidity, cardiovascular disease being the most frequent. No statistically significant evidence for association with the overload level and sociodemographic characteristics of both. **Conclusion:** The level of overcharge found in the studied population is low. It is necessary to extend studies to State Hospitals, and Keepers of socioeconomic low strata. To increase the size shows to achieve a better association between the level of overload and the variables sociodemográficas. To establish programs preventively and of intervention that beside focusing the major dependent Adult includes to the informal Keeper, with the identification of those who possess risk or present overload. **Keywords:** Impact, Burden, Elderly dependent Informal caregiver.

## I.- INTRODUCCIÓN

### I.1.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

#### I.1.1.- Descripción de la realidad problemática

Los cambios en la sociedad, el aumento de la esperanza de vida, han ido aumentando las tasas de Adultos mayores, es así que a principios del siglo pasado, el porcentaje mundial de la población Adulta mayor era 5,2 %, cifra que con el pasar de los años ha ido en aumento, siendo, según la OMS en el año 2000, el porcentaje de adultos mayores 18 %; de los cuales 91 millones de adultos mayores se encuentran distribuidos en las Américas, con una tasa de incremento del 3 al 5 % anual (1). Según el CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), entre el 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores se sumarían a los 91 millones existentes. En Perú, según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), en el año 2007, de la población total los adultos mayores fueron el 9,1 %, y se estima que para el año 2020 será aproximadamente 11 % de la población total.

En el mismo año según el INEI en el departamento de Lambayeque la población de adultos mayores fue de 86,545 habitantes (7,58%) del total de la población. Lo cual guarda una relación con el aumento de la razón de dependencia; en 1990 el 6.8% de la población total dependiente eran adultos mayores y se estima que para el 2050 será el 24,4%. Este

envejecimiento poblacional hará que la sociedad adopte nuevas acciones, desde el punto de vista de su funcionamiento económico, social, cultural, etc.; generando nuevas demandas sociales y de atención en salud.

Los datos antes mencionados, revelan el impacto del perfil poblacional del Adulto Mayor, siendo necesarios para su atención y cuidado, no solamente los servicios básicos de salud; sino que también la familia cumple un rol muy importante en el cuidado del Adulto mayor dependiente, influyendo directamente sobre la calidad de salud que presenta el receptor de cuidado, convirtiéndose en los cuidadores de estos Adultos mayores. Se entiende por cuidador aquella persona que asiste a una persona que presente algún tipo de enfermedad que le genere dependencia y que lo limite en sus actividades vitales (2), pero estos familiares serían en su mayoría Cuidadores informales, pues no poseen conocimiento ni habilidades básicas de cuidados como los que si tienen los cuidadores formales (enfermeras, técnicos de salud, etc.).

Estudios muestran que los Cuidadores informales representan casi el 70 % de los cuidadores totales. Este problema genera que haya efectos negativos en los cuidadores informales, en su esfera física, mental y socioeconómica, a dichos efectos se denominan sobrecarga, colapso o impacto físico y sicosocial. La sobrecarga generada en los cuidadores interfiere en el cuidado adecuado del enfermo; debido a que el cuidador prioriza la salud de la persona dependiente que tiene a su cuidado, dejando de lado la ayuda médica para sus enfermedades (3).

## **I.1.2.- Formulación del Problema**

### **I.1.2.1.- Problema general:**

¿Cuál es el nivel de sobrecarga que ejerce en el Cuidador informal el cuidado del Adulto mayor dependiente en el programa de PADOMI del Policlínico “Chiclayo-Oeste” de EsSalud?

## **I.1.3.- Objetivos de la Investigación**

### **I.1.3.1.- Objetivo General:**

Estimar el nivel de sobrecarga que se ejerce sobre el Cuidador informal en el cuidado del Adulto mayor dependiente en el programa de PADOMI del Policlínico “Chiclayo-Oeste”.

### **I.1.3.2.- Objetivos Específicos:**

- Describir las características socio demográficas de los Cuidadores informales y de los Adultos mayores dependientes en el programa de PADOMI del Policlínico “Chiclayo-Oeste”.
- Determinar el impacto del cuidado, sobre los Cuidadores informales del Adulto mayor dependiente asegurado, en el Policlínico “Chiclayo-Oeste”, según nivel de dependencia de los Adultos mayores.
- Determinar el rechazo de los Cuidadores Informales para cuidar al Adulto mayor dependiente asegurado, en el Policlínico “Chiclayo-Oeste”, según nivel de dependencia de los Adultos mayores.

- Determinar las expectativas de auto eficacia, sobre los cuidados brindados por el Cuidador informal al Adulto mayor dependiente asegurado, en el Policlínico “Chiclayo-Oeste”, según nivel de dependencia de los Adultos mayores.

#### **I.1.4.- Justificación de la Investigación**

Actualmente con los constantes avances en la salud y el descubrimiento de nuevos esquemas terapéuticos de enfermedades crónicas se observa el incremento del grupo poblacional Adulto mayor, y un incremento de la razón de dependencia, esto hace que se genere un incremento de la demanda de cuidados de salud en este grupo poblacional. Por razones económicas en nuestro país, no se cuenta con los servicios de cuidadores formales, razón por la cual esta tarea es realizada por un Cuidador informal, generalmente una sola persona sobre la cual recae toda la carga de los cuidados, afectando sus esferas en salud física y sicoemocional y socioeconómicamente. La sobrecarga que existe en el cuidador informal es un tema poco investigado a nivel local, es por esto, mi decisión de abordar este estudio con el propósito de determinar el nivel de sobrecarga que asumen estas personas al convertirse en cuidadores; asimismo determinar las características socio demográficas de los cuidadores informales.

Esta determinación nos llevará a saber cómo se ve afectada la vida del cuidador informal, y en qué esfera se ven más afectados, que se busque estrategias de apoyo dirigidas a mejorar la calidad de vida de ellos, para así tomar conciencia de cuán importante son estas personas cuidadoras en el sistema de salud.

### **I.1.5.- Limitaciones del estudio**

En la búsqueda de bibliografía sobre el tema a investigar, se observa insuficientes referencias bibliográficas; contando en su mayoría con referencias linkográficas o virtuales, posiblemente debido a que el tema de investigación es relativamente nuevo en nuestro país y en especial a nivel local.

### **I.1.6.- Viabilidad**

Este estudio transversal, descriptivo, se efectuará en base a un Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), perteneciente a un Policlínico del Seguro Social, donde se accederá al registro del Adulto mayor dependiente y de sus Cuidadores, de dicho programa, no se emplearán instrumentos costosos para la recolección de datos, sino por el contrario los datos se obtendrán mediante una ficha de recolección de datos.

La ubicación de los cuidadores de los adultos mayores dependientes, se hará sin dificultad, a través de las direcciones de sus domicilios y teléfonos. Se cuenta con la aprobación del Comité Científico de la Red Asistencial Lambayeque de EsSALUD, para desarrollar el procedimiento, acceder a la fuente de información, y permitiendo emplear el consentimiento informado; respetando siempre los protocolos expresados por la ley en el Código de Ética Médica.

## I.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

### I.2.1.- Antecedentes Internacionales

- El estudio: “Sobrecarga del Cuidador de Personas con Lesiones Neurológicas”, en la Unidad Kinesiología – Hospital General de Agudos”, realizado por González F, y col (2004) en España; un estudio observacional en donde se trabajó con 45 cuidadores de pacientes neurológicos aplicándoles la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit e Índice de Barthel. Encontrándose sobrecarga leve o nula en el 75,55% de los cuidadores, y la discapacidad leve provocó menor o ninguna sobrecarga en el 40% de estos. Además durante 5 años de actividad, el 53,32% de los cuidadores no presentaron sobrecarga o ésta fue leve (4).
- El estudio: “Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia”, realizado por Espín A. (2008) en Cuba, un estudio descriptivo en donde se trabajó con 61 cuidadores informales de personas que padecen demencia aplicándoles el Cuestionario de Caracterización y la Escala Psicosocial del cuidador. Los resultados mostraron que: los cuidadores informales en su mayoría fueron mujeres, con un rango de edades entre los 40-59 años; 73,8% eran hijos del mismo paciente a cargo de sus cuidados; 55,7% fueron casados; 34,4% no presentaron ningún otro vínculo laboral; 73,8% atendían a los adultos mayores por razones afectivas; 77,0% no tenían experiencia previa en cuidados; 36,1% llevaban menos de 1 año al cuidado del adulto mayor; 67,2% no tenían ningún tipo de información de la enfermedad; 31,1%

padecían de problemas nerviosos, 23,3% problemas óseo-musculares, la estrategia de afrontamiento era fundamentalmente, la búsqueda de apoyo por parte de los familiares en 42,5% (2).

- El estudio: “Evaluación del colapso del cuidador en el paciente adulto mayor con osteoartrosis”, realizado por Morales E, y col. (2010) en México, un estudio prospectivo, observacional y descriptivo, donde se aplicó escala Zarit e índice de Katz y Lawton-Brody a un total de 55 cuidadores, y que encontró que el principal cuidador fue la hija 58,18%, esposa 12,7%; el 36,6% sólo se dedica a tareas del hogar; del total el 30,91% presentó colapso, de los cuales 14,5% presentó colapso leve y 16,3% colapso moderado (1).
- El estudio: “Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales”, realizado por LLibre J y col (2010) en México un estudio descriptivo transversal, emplearon Escala de Zarit y Zarit, Cuestionario de caracterización del cuidador y Cuestionario de Goldberg; se visitaron 110 cuidadores de pacientes con demencia y enfermedad de Alzheimer y donde se encontró que los cuidadores cruciales de los pacientes con demencia correspondieron en su mayoría a mujeres casadas (esposa o hijas), en la quinta década de la vida, amas de casa, y con un nivel medio de escolaridad. El cuidador dedica alrededor de 12 h diarias al cuidado del paciente. Se evidenció afectación psicológica en el 89 % de los cuidadores. El 89% de la población estudiada mostro nivel de sobrecarga (5).

### **I.2.2.- Antecedentes Nacionales**

- El estudio: “Perfil epidemiológico del cuidador en el servicio de atención domiciliaria geriátrica de la clínica “San José” PNP”, realizado por Jiménez M. (2003) en la ciudad de Lima, un estudio descriptivo, observacional, transversal, en el se utilizó la Ficha de Evaluación del Cuidador y Escala de Zarit en 120 cuidadores; encontró que el 67,5% eran cuidadores informales, exclusivamente proporcionado por familiares. El cuidador generalmente era una mujer (85.8%), con una media edad de 45.4 años, ama de casa. El impacto del cuidado en la actividad laboral del cuidador fue moderada (25%), mientras que el impacto sobre la salud física y mental fueron considerables 36.7% y 86.6% respectivamente. La sobrecarga del cuidador valorada mediante la entrevista de Zarit revela un 48.4% de sobrecarga (6).

### **I.2.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

Los Cuidadores informales del Adulto Mayor dependiente, del programa del PADOMI del Policlínico “Chiclayo-Oeste, tienen una sobrecarga moderada.

### I.3.- DEFINICIÓN OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE VARIABLES

#### I.3.1.- Operacionalización de Variables.

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicadores	Escala de Medición	
Sobrecarga en Cuidadores informales del Adulto mayor dependiente, en el Policlínico "Chiclayo-Oeste", Octubre – Diciembre 2011"	Impacto del cuidado	Escala de Zarit (ítems 2, 12, 22, 8, 3, 10, 11, 13, 1, 14, 17 y 7).	Ausencia de Sobrecarga: $\leq 47$	Ordinal	
	Interpersonal	Escala de Zarit (ítems 19, 9, 5, 4, 18 y 6)	Sobrecarga ligera: 48 – 56		
	Expectativas de autoeficacia	Escala de Zarit (ítems 21, 20, 15 y 16)	Sobrecarga intensa: $\geq 57$		
	Socio demográficas del cuidador	Edad del Cuidador		Años cumplidos	Razón
		Sexo del Cuidador		Masculino – Femenino	Nominal
		Estado civil del Cuidador		Soltero - Casado – Viudo – Divorciado	Nominal
		Relación con el Adulto mayor dependiente		Hijo – Cónyuge – Nieto – Hermano – Amigo	Nominal
		Nivel de Educación del Cuidador		Analfabeto/Inicial/Primaria/Secundaria/ Técnico Superior/Universitario	Nominal
		Vínculo laboral del Cuidador		Trabajador dependiente – jubilado – ama de casa	Nominal
		N° de personas que cuida		1, 2, 3, 4, 5,...,n	Razón
		Información acerca de la enfermedad		Sí – No	Nominal
		Tiempo de cuidado		Meses	Razón
		Tiempo de cuidado al día		Horas	Razón
		Experiencias previas		Sí – No	Nominal
		Enfermedad del Cuidador		Patología médica que presenta.	Nominal
		Cursos recibidos		Sí – No	Nominal
	Socio demográficas del adulto mayor	Edad del Adulto mayor		Años cumplidos	Razón
		Sexo del Adulto mayor		Masculino – Femenino	Nominal
		Enfermedad del Adulto mayor		Patología médica que presenta	Nominal
		Grado de dependencia del Adulto mayor		0: Independiente/1-2:Dependencia leve/3: Dependencia moderada, 4 - 5:Dependencia grave	Ordinal

### **I.3.2.- Definiciones de variables:**

- Sobrecarga: Conjunto de repercusiones físicas, psicológicas y socioeconómicas que expresan los Cuidadores informales de Adulto mayor dependiente.
- Impacto del cuidado: Relacionado con todas aquellas cuestiones asociadas con los efectos que tiene la provisión de cuidados sobre el Cuidador. Hace referencia a la falta de tiempo libre, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre su vida, deterioro de la salud, etc. Evaluada por los ítems 2, 12, 22, 8, 3, 10, 11, 13, 1, 14, 17 y 7.
- Interpersonal (Rechazo): Hace referencia a la relación del cuidador con el receptor de cuidado como deseo de delegar el cuidado en otros, sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar, sentimientos de indecisión acerca del cuidado. Evaluada por los ítems 19, 9, 5, 4, 18 y 6.
- Expectativas de autoeficacia: Reflejan creencias y expectativas del Cuidador sobre su propia capacidad para atender a la persona cuidada. Evaluada por los ítems 21, 20, 15 y 16.
- Edad del Cuidador: Cantidad de años.
- Estado civil del Cuidador: Relación en que se encuentra una persona en relación a la sociedad de acuerdo a las leyes.
- Relación con el Adulto mayor dependiente: Vínculo de unión entre el Cuidador y Adulto mayor.
- Nivel de Educación del Cuidador: Es el grado de instrucción académica que ha recibido el cuidador.

- Vínculo laboral del Cuidador: Ocupación laboral actual de la persona.
- Número de personas que cuida: Número de personas que cuida al día.
- Información acerca de la enfermedad: Conocimientos sobre características básicas acerca de la enfermedad.
- Tiempo de cuidado: Tiempo de duración del cuidado medido en meses, desde el momento que asumió el cuidado hasta el momento actual.
- Tiempo de cuidado al día: Tiempo medido en horas dedicadas al cuidado durante un día.
- Experiencias previas: Cuidados anteriores a pacientes con la misma patología.
- Enfermedad del Cuidador: Patología médica que cursa el Cuidador desde el cuidado.
- Cursos recibidos: Recibió algún curso por parte de profesionales de salud sobre técnicas básicas de cuidado relacionado con la enfermedad del Adulto mayor dependiente.
- Edad del Adulto mayor: Cantidad de años.
- Enfermedad del Adulto mayor: Patología que presenta el Adulto mayor.
- Grado de dependencia del Adulto mayor: Clasificación de la capacidad de autocuidado en 6 grados, desde la independencia (0) hasta la dependencia grave (5), según la Cruz Roja.

#### I.4.- BASES TEÓRICAS

En el año de 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece el término, “Adulto mayor”, como toda persona mayor de 60 años de edad (7).

Según la tipología del anciano, siguiendo perfiles clínicos orientativos y a fin de ubicar adecuadamente los servicios socio sanitarios destinados a la personas Adulto mayores, es funcional clasificarlos: a) Persona Adulto mayor independiente , Autovalente o Anciano sano; b) Persona Adulto mayor frágil o Anciano frágil; y c) Persona Adulta mayor dependiente o Postrada (No Autovalente) o Paciente geriátrico.

La persona Adulto mayor Dependiente o Postrada (No Autovalente): “Es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas de salud mental y funcional”. El Paciente geriátrico, “es aquel de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social” (8).

La discapacidad generada por los problemas de salud mental y funcional genera dependencia, la definición más aceptada de dependencia es la propuesta por el Consejo de Europa, y la define como: “El estado en el cual se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan de una asistencia y/o ayuda importante – de otra persona – para realizar las actividades de la vida diaria”. La OMS establece que “La dependencia es la limitación en la

actividad para realizar algunas actividades claves que requiere una ayuda humana que no necesitaría de forma acostumbrada para un adulto sano” y que “es dependiente la persona que no es completamente capaz de cuidar de sí misma, de mantener una alta calidad de vida, de acuerdo con sus preferencias, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, satisfacción y dignidad posible”. Existen diversas variables (demográficas, sociales, culturales, económicas y de salud), que se asocian con el desarrollo de dependencia, no encontrándose una causa común. Cabe resaltar que la presencia de algún tipo de demencia, aumenta la posibilidad de desarrollar dependencia, así como la depresión y aislamiento social (9).

La valoración clínica de la capacidad funcional es medida por la Escala de Incapacidad de la Cruz Roja (ANEXO 02), utilizada por el PADOMI, la información se obtiene preguntando al paciente si es mentalmente competente o a su cuidador. Clasifica la capacidad de autocuidado en seis grados (0 a 5), desde la independencia hasta la dependencia grave (10).

Ante esta dependencia nace la demanda de cuidado de salud, ejercido por profesionales capacitados para ejercer los cuidados, ellos se llaman Cuidadores formales. La otra cara son los Cuidadores informales, quienes representan la mayoría de los cuidadores en total de personas dependientes. Los Cuidadores informales se definen como: personas que no poseen una formación a diferencia de los formales, pueden ser familiares o no. No pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas dependientes en sus domicilios (11). Estos

representan alrededor del 70% de toda la ayuda que reciben las personas mayores dependientes (12).

Estos Cuidadores tanto formales como informales, tienden a desarrollar “sobrecarga” definida como “el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los Cuidadores de enfermos crónicos que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad” (2). Esta carga no sólo afecta al Cuidador sino que también se ve alterada la calidad y continuidad del cuidado brindado hacia la persona dependiente, de manera negativa.

Los resultados de diversas investigaciones sobre el impacto ocasionado por la sobrecarga han llevado a que aparezca un “síndrome del cuidador”, viéndose en la actualidad como una entidad patológica. Siendo en mayor proporción los efectos sobre la salud mental y en menor proporción, pero no menos importantes la aparición de enfermedades físicas y afectaciones sociales. Los efectos de la salud mental que se manifiestan son: depresión, ansiedad, ira y hostilidad; lo cual se corrobora con estudios donde se encontraron que estas personas consumen entre 2 a 3 veces más fármacos sicotrópicos en comparación con los no cuidadores.

Los Cuidadores informales refieren que su salud se ha deteriorado desde que empezaron los cuidados, no hay un punto de quiebre en el tiempo, en el cual se puede decir que es donde empezaron a percibirlo, pero es obvio que a mayor prolongación del tiempo de cuidado, mayor será la percepción sobre su salud. Se presentan: a) Síntomas psicósomáticos; b) Problemas cardiovasculares (hipertensión, cardiopatías); c) Trastornos inmunológicos; d) Desarrollo de problemas de dependencia para realizar actividades de la

vida diaria. Además se evidenció la adopción de hábitos de vida nocivos como el fumar, el aumento del consumo de grasas saturadas, y malos hábitos de sueño y descanso inadecuados (13).

#### **I.4.- DEFINICIONES CONCEPTUALES**

- Adulto mayor dependiente o Postrada: “Es aquella persona que requiere del apoyo permanente de terceras personas, para la actividades de la vida diaria. Tiene problemas de salud mental y funcional” (8).
- Cuidador informal: Personas que no poseen una formación a diferencia de los formales, pueden ser familiares o no. No pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas dependientes en sus domicilios. Cuidan del paciente la mayor parte de su tiempo, casi las 24 horas del día y que viven con él para brindarle su cuidado (11).
- Sobrecarga: “El conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad”. Medida por factores: impacto del cuidado, interpersonal y expectativas de autoeficacia (2).
- PADOMI (Programa de Atención Domiciliaria): Atención preferencial que brinda EsSalud en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales (personas adultas mayores de más de 80 años, pacientes con dependencia funcional temporal o permanente y pacientes con enfermedades terminales), con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna.

## **II.- MATERIALES Y MÉTODOS**

### **II.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN**

#### **II.1.1.- Descripción del Estudio:**

Estudio Transversal.

#### **II.1.2.- Tipo – nivel:**

Descriptivo - Nivel II.

#### **II.1.3.- Enfoque:**

Cuantitativo.

### **II.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.**

#### **II.2.1.- Población:**

La población de estudio estuvo constituida por los Cuidadores informales de pacientes Adulto mayor dependiente usuarios del Programa PADOMI, del Policlínico “Chiclayo Oeste”, del distrito de Chiclayo. RAL. ESSALUD, durante el periodo comprendido entre los meses de Octubre a Diciembre del 2011.

#### **II.2.2.- Muestra:**

Considerando que el total de Adultos mayores dependientes, del Programa PADOMI del Policlínico Chiclayo Oeste – Red Asistencial Lambayeque son 100; y nuestro estudio tiene como población a los Cuidadores informales de Adultos mayores dependientes, del mencionado programa. Se

seleccionaran a todos los Cuidadores informales a igual número de pacientes Adultos mayores dependientes, de acuerdo al cálculo del tamaño muestral, para ello se utilizó la calculadora estadística Epidat v.3.1, teniendo en cuenta una proporción esperada de 50%, con un nivel de confianza de 95% y una precisión absoluta de 5%, obteniéndose como tamaño muestral 80 Cuidadores, se consideró un 10% de tasa de error y rechazo, siendo el total de cuidadores a encuestar 85.

### **II.2.3.- Criterios de Inclusión y Exclusión:**

- Criterios de inclusión
  - Cuidadores informales de Adultos mayores con cierto grado de dependencia, determinados en el programa de PADOMI del Policlínico Chiclayo Oeste – RAL.
- Criterios de exclusión
  - Cuidadores informales que no acepten participar voluntariamente en el estudio.

### **II.3.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Para el desarrollo del estudio se procedió en primer lugar a identificar a los Adultos mayores dependientes y a sus cuidadores, del programa de PADOMI del Policlínico Chiclayo Oeste.

En segundo lugar se procedió previa autorización de las autoridades de la Red Asistencial Lambayeque, a obtener los números telefónicos de los pacientes a quienes por medio de una llamada telefónica, se les solicitó una cita en su domicilio, en donde se les explicó los objetivos y la

importancia del estudio, se le aplicó los criterios de inclusión y exclusión, aceptada su participación, se les hizo firmar un consentimiento informado (ANEXO 01); luego del cual se les aplicó los instrumentos de evaluación. No hubo problemas en seleccionar Cuidadores informales ya que al establecer contacto telefónico todos eran Cuidadores informales.

### **II.3.1.- Descripción de los Instrumentos:**

Para evaluar las variables planteadas en el presente estudio se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos: la Entrevista de Sobrecarga de Zarit y Zarit (ANEXO 03); y Cuestionario de información general sobre el Cuidador informal y Adulto mayor dependiente (ANEXO 04), los cuales presentan las siguientes características:

#### **II.3.1.1.- Entrevista de Sobrecarga de Zarit y Zarit:**

La entrevista sobre la sobrecarga del Cuidador elaborada por Zarit, Reever y Batch-Peterson en el año 1980, un cuestionario que consiste de 29 ítems que evalúan: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor receptora de cuidados y reducida a 22 ítems en una revisión en el año 1983 por Zarit y Zarit; y en 1985 por Zarit et al, manteniéndose vigente hasta la actualidad. Convirtiéndose en el instrumento más usado para evaluar la sobrecarga del Cuidador en geriatría (14).

Existen 2 versiones traducidas al español; se utilizó la realizada por Montorio y colaboradores en 1998.(14)

El Cuidador indica el grado de molestia que le provoca la ocurrencia de un ítem en particular y evalúa cada ítem en una escala Linkert de 5 puntos

que oscila entre (0) nunca y (4) siempre, la suma de las respuestas a cada uno de los ítems da lugar a una puntuación total entre 0 y 88.

La interpretación de los valores en esta entrevista puede realizarse a través de los siguientes criterios:

a) Una puntuación global de carga a partir de la puntuación total obtenida en el instrumento. A mayor puntuación total, mayor nivel de sobrecarga.

b) Tres niveles definidos por “Martín y colaboradores (1996). Obtuvieron un punto de corte de 46-47 que distinguía entre “No sobrecarga” y “Sobrecarga” con una sensibilidad y especificidad del 84,6% y del 85,3%, respectivamente. El otro punto de corte de 55-56 diferencia entre “Sobrecarga leve” e “Intensa” con una sensibilidad de 89,7% y una especificidad del 94,2%. Entonces: No sobrecarga (0-46), Sobrecarga leve (47-56), Sobrecarga intensa (57-88). Esta división es usada también por Montorio y col (1998) (14).

Montorio y col (1998) hallaron 3 factores que explican el 54,4% de la varianza:

Interpretación global: Ausencia de sobrecarga (0-47), sobrecargar leve (48-56), sobrecarga intensa (57-88):

Factor 1: Impacto del cuidado: Una puntuación elevada indica que el cuidador experimenta con mayor frecuencia efectos negativos sobre su vida, como falta de tiempo libre, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre su vida, deterioro de la salud, etc. Incluye los ítems 2, 12, 22, 8, 3, 10, 11, 13, 1, 14, 17 y 7.

Factor 2: Interpersonal: Una puntuación elevada en este factor indica que la prestación de cuidados genera con mayor frecuencia sentimiento

negativos con respecto a la relación que el Cuidador mantiene con la persona mayor cuidada, deseo de delegar el cuidado en otros, sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar, sentimientos de indecisión acerca del cuidado. Incluye los ítems 19, 9, 5, 4, 18 y 6.

Factor 3: Expectativas de cuidado: Una puntuación elevada en este factor indica que el Cuidador con mayor frecuencia percibe que no posee los recursos personales y materiales suficientes para cuidar de forma adecuada, reflejando creencias del Cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar, el deber de hacerlo, la falta de recursos económicos, y la expectativa de no poder seguir prestando los cuidados por mucho más tiempo. Incluye los ítems 21, 20, 15 y 16.

En conjunto los 3 factores explican el 55% de la varianza, siendo el factor de mayor impacto el que mayor porcentaje de varianza explica (33,2%). Los factores interpersonal y expectativas de autoeficacia explican el 11,4% y 9,7% del porcentaje de la varianza, respectivamente (15).

### **II.3.1.2.- Cuestionario de información general sobre el Cuidador informal y Adulto mayor dependiente:**

Cuestionario de información general sobre el Cuidador informal y Adulto mayor dependiente, se aplicó con el objetivo de obtener las principales variables sociodemográficas propuestas; de los Cuidadores informales (edad, sexo, estado civil, relación con el enfermo, nivel de educación, vínculo laboral, número de personas que cuida, información acerca de la enfermedad, tiempo de cuidado al día, experiencias previas, enfermedad que presenta y cursos recibidos) y de los Adultos mayores dependientes

(edad, sexo, enfermedad, grado de dependencia) entrevistados en este estudio.

### **II.3.2.- Validez y Confiabilidad de los Instrumentos:**

Sobre la fiabilidad, la consistencia interna arroja un coeficiente alfa de Cronbach: 0,90 (factor 1), 0,71 (factor 2) y 0,69 (factor 3) (15).

La validez de La Escala de Zarit queda demostrada en la versión española, mediante correlaciones significativas entre la puntuación en la Escala de Zarit y la puntuación en la Escala de depresión del GHQ de Golberg (0,63), el Índice de Katz de la dependencia para las actividades de la vida diaria, Escalas de Trastornos del Comportamiento(0,55) y de Memoria/Orientación (0,44) y la Intención de Institucionalización (0,49) (14).

### **II.4.- TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.**

Los datos fueron codificados y tabulados en computadora, estos fueron ingresados manualmente utilizando una planilla electrónica diseñada en EXCEL 2007 para Windows, estos datos fueron procesados, evaluados y analizados con el programa SPSS v 17.0 en su versión en español, los resultados obtenidos fueron procesadas luego en el procesador de texto Word 2007 para Windows para la elaboración del informe final.

El análisis descriptivo de las variables se realizó mediante tablas de simple y doble entrada; y gráficas (barras o sectores-torta) mediante el cálculo de frecuencias absolutas (FA) y frecuencias relativas (FR) para variables cualitativas, además de ello se realizó el cálculo de medidas de tendencia central como media y la desviación estándar para variables cuantitativas.

Para la estadística inferencial se realizó un análisis bivariado utilizando un valor de  $p < 0,05$  como significativo, esto utilizando la prueba Chi Cuadrado.

## **II.5.- ASPECTOS ÉTICOS.**

La recolección de datos se inició solicitando el permiso al Coordinador del Programa de PADOMI y al Director del “Policlínico Chiclayo Oeste”, mediante una solicitud dándose a conocer los objetivos del estudio y el tiempo que durará la recolección de datos, solicitando su autorización para poder llevar a cabo la investigación.

Los sujetos de estudio participarán previa información de los objetivos del proyecto, respetando el principio de autonomía, mediante su consentimiento verbal y escrito garantizando la confidencialidad de las respuestas, sus aportaciones sólo serán tratadas por la persona investigadora. No se registrará los nombres de los participantes.

### **III.- RESULTADOS**

Tras la aplicación de los instrumentos de evaluación; y el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo un total de 85 Cuidadores informales con cuestionarios debidamente llenados, los que entraron al análisis del estudio, los resultados del estudio mostraron como resultados los siguientes:

#### **III.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS CUIDADORES**

Se encontró edades entre 20 y 86 años con un promedio de  $48 \pm 13,6$  años; siendo el 21,18% adultos mayores (Tabla N° 01). Cuando se evaluó el género un 56,5% (48) de la población fue de sexo femenino y un 43,5% (37) de sexo masculino. El estado civil de los Cuidadores el 33,3% (soltero, viudo y divorciado) no cuentan con conyugue; y con mayor porcentaje los casados en un 66,7% (Tabla N° 02). Al evaluar la relación del Cuidador informal con el Adulto mayor dependiente, se encontró que el 94,1% poseen cierto grado de parentesco (Tabla N° 03).

Tabla N° 01. Edad de los Cuidadores informales del Adulto mayor dependiente en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011.

<b>Frecuencias</b>				
<b>Edad (años)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X</b>	<b>DS</b>
<b>20-40</b>	29	34,12		
<b>41-60</b>	38	44,71	48,00	13,612
<b>61-86</b>	18	21,18		
<b>Total</b>	85	100,0		

Tabla N° 02. Estado civil de los Cuidadores informales del Adulto mayor dependiente en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011.

<b>Frecuencias</b>		
<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Casado</b>	57	66,7
<b>Soltero</b>	19	22,2
<b>Viudo</b>	4	4,9
<b>Divorciado</b>	5	6,2
<b>Total</b>	85	100,0

Tabla N° 03. Relación de los Cuidadores informales con el Adulto mayor dependiente en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011.

<b>Relación con el enfermo</b>	<b>Frecuencias</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Hijo</b>	42	49,4
<b>Cónyuge</b>	10	11,8
<b>Nieto</b>	13	15,3
<b>Hermano</b>	15	17,6
<b>Amigo</b>	5	5,9
<b>Total</b>	85	100,0



Cuando se analizó el nivel de instrucción se halló que un 45,8% presentaron estudios superiores (Tabla N° 04). En cuanto al evaluar el vínculo laboral, se encontró que solo un 59,7% solo se dedicaban al cuidado y a las labores domiciliarias (Tabla N° 05).

Tabla N° 04. Nivel de instrucción de los Cuidadores informales del Adulto mayor dependiente en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011.

<b>Nivel de instrucción</b>	<b>Frecuencias</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Analfabeto</b>	1	1,2
<b>Primaria</b>	8	9,6
<b>Secundaria</b>	37	43,4
<b>Técnico Superior</b>	16	19,3
<b>Universitario</b>	23	26,5
<b>Total</b>	85	100,0

Tabla N° 05. Vínculo laboral de los Cuidadores informales del Adulto mayor dependiente en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011.

<b>Vínculo laboral</b>	<b>Frecuencias</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Trabajador dependiente</b>	34	40,2
<b>Jubilado</b>	7	8,5
<b>Ama de casa</b>	44	51,2
<b>Total</b>	85	100,0

Al evaluar número de personas adultas mayores dependientes que se cuida en el hogar se encontró que el promedio de personas cuidadas es  $1.114 \pm 0,413$ . (Tabla N° 06). Se halló que un 74,2% (63) poseen información básica acerca de la enfermedad que padece el Adulto mayor dependiente, contra un 25,8% (22) que no poseía conocimiento acerca de la enfermedad del Adulto mayor dependiente. Cuando se evaluó el tiempo de cuidado a cargo de los Adultos mayores fue en promedio de  $98,76 \pm 73,55$  meses con un mínimo de un mes y un máximo de 240 meses; al evaluar el tiempo de cuidados (horas) al día encontramos el menor tiempo 6 horas y el mayor 24 horas; con un promedio de  $19,54 \pm 5,91$  horas. Al evaluar la experiencias previas encontramos que un 74,1%(63) tenía experiencia previa con pacientes que padecían la misma enfermedad y que sólo el 54,3% (46) recibió capacitación previa.

Tabla N° 06. Número de personas que cuidan los Cuidadores informales del Adulto mayor dependiente en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011.

	<b>X</b>	<b>DS</b>
<b>Número de personas que cuidan</b>	1,14	0,413
<b>Número de personas que cuidan</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	75	88,24%
<b>2</b>	8	9,41%
<b>3</b>	2	2,35 %
<b>Total</b>	85	100.0 %

Al evaluar el ítem de la patología médica que cursó el Cuidador informal desde los cuidados brindados, encontramos que un 31,96 % presentó problemas Osteomusculares (Lumbalgia, Mialgias y Artrosis); un 30,08% refirió presentar problemas Psicoemocionales (Stress, Depresión, Ansiedad y Cefaleas); un 10,21% problemas Cardiovasculares (Hipertensión, Insuficiencia venosa y Arritmia), un 7,21 % problemas Metabólicos (Diabetes Mellitus y Obesidad), un 5,15 % otras (Gastritis e Insuficiencia Renal) y un 9,28 % no padecen problemas (Tabla N° 07).

Tabla N° 07. Enfermedades que padece el Cuidador informal del Adulto mayor dependiente en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre

2011

<b>Enfermedad sufrida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Lumbalgia</b>	18	18,56%
<b>Stress</b>	14	14,43
<b>Depresión</b>	10	10,31
<b>Mialgias</b>	9	9,28
<b>Ansiedad</b>	7	7,22
<b>Hipertensión arterial</b>	7	7,12
<b>Cefaleas</b>	4	4,12
<b>Gastritis</b>	4	4,12
<b>Artrosis</b>	4	4,12
<b>Obesidad</b>	4	4,12
<b>Diabetes Mellitus</b>	3	3,09
<b>Insuficiencia venosa</b>	2	2,06
<b>Arritmias</b>	1	1,03
<b>Insuficiencia Renal</b>	1	1,03
<b>No padecen enfermedades</b>	9	9,28

### III.2.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL ADULTO MAYOR

#### DEPENDIENTE:

De la población de Adultos mayores a cargo de los cuidadores informales encontramos una edades entre 60 y 98 años con un promedio de  $80,70 \pm 8,552$  (Tabla N° 08). Siendo la distribución por géneros 58,82% (50) del sexo femenino y un 41,18% (35) del sexo masculino.

Tabla N° 08. Edad de los Adultos mayores dependientes en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011.

Edad (años)	Frecuencias			
	N	%	X	DS
60-65	4	4,71		
66-70	2	2,35		
71-75	22	25,88		
76-80	17	20,00		
81-85	11	12,94	80,70	8,552
86-90	19	22,35		
91-95	8	9,41		
96-100	2	2,35		
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>		

Al momento de evaluar el grado de dependencia de los Adultos mayores se encontró que todos los pacientes presentaron algún nivel de dependencia en grados variables, así observamos que 15,29% (13) de la población presentaron un grado de dependencia leve (grado 1 y 2), un 27,06% (23) una dependencia moderada (grado 3); mientras que la mayor proporción de la población 57,65% (49) presentaron un grado de dependencia severa (grado 4 y 5) (Tabla N° 09).

Tabla N° 09. Grado de dependencia de los de los Adultos mayores dependientes en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011; según Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja

<b>Grado de dependencia</b>	<b>Frecuencia absoluta (N)</b>	<b>Frecuencia relativa (%)</b>
<b>Leve</b>	1	3.53
	2	11.76
<b>Moderada</b>	3	27.06
<b>Severa</b>	4	30.59
	5	27.06
<b>Total</b>	85	100.0

Leve (1-2) Moderada (3) Severa (4-5)

En la evaluación de las enfermedades que padecen los Adultos mayores encontramos que un 34,43 % se presentan problemas Cardiovasculares (Hipertensión arterial, Desorden Cerebrovascular, Insuficiencia Venosa Periférica y Arritmias) y en un 14,76 % se presentaron problemas Osteomusculares (Artrosis, Amputación, Artritis, Fractura de fémur, Fractura de cadera) siendo los más frecuentes. (Tabla N° 10).

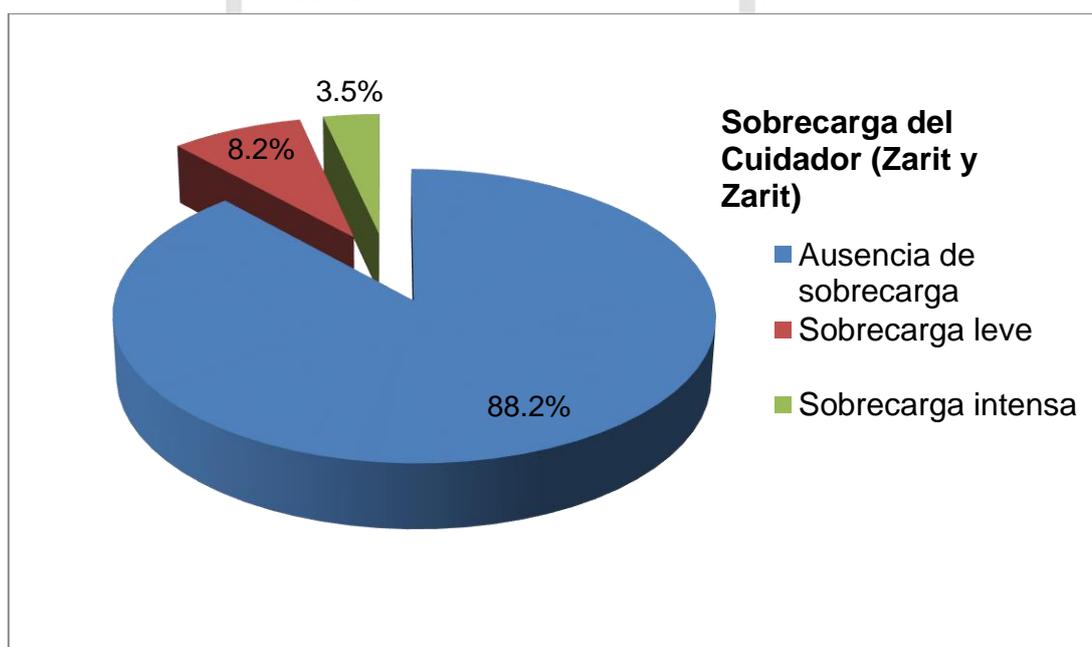
Tabla N° 10. Enfermedades que padecen los Adultos mayores dependientes en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011.

<b>Enfermedad sufrida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Hipertension arterial</b>	23	18,85
<b>Desorden Cerebrovascular</b>	14	11,48
<b>Diabetes Mellitus</b>	11	9,02
<b>Alzheimer</b>	11	9,02
<b>Artrosis</b>	7	5,74
<b>Insuficiencia Renal</b>	5	4,10
<b>Glaucoma</b>	4	3,28
<b>Depresión</b>	4	3,28
<b>Demencia senil</b>	4	3,28
<b>Amputación</b>	4	3,28
<b>EPOC</b>	4	3,28
<b>Insuficiencia Venosa Periferica</b>	3	2,46
<b>Hiperplasia de próstata</b>	3	2,46
<b>Osteoporosis</b>	3	2,46
<b>Cancer de próstata</b>	3	2,46
<b>Ulcera por presión</b>	3	2,46
<b>Incontinencia urinaria</b>	3	2,46
<b>Arritmias</b>	2	1,64
<b>Hipoacusia</b>	2	1,64
<b>Artritis</b>	2	1,64
<b>Convulsiones</b>	2	1,64
<b>Ceguera</b>	1	0,82
<b>Fractura de femur</b>	1	0,82
<b>Celulitis</b>	1	0,82
<b>Obesidad</b>	1	0,82
<b>Fractura de cadera</b>	1	0,82

### III.2.- SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL:

Cuando se aplicó la entrevista de sobrecarga del cuidador se encontró en la evaluación que solamente el 11,7% (10) de los cuidadores presentaron algún nivel de sobrecarga (leve-intensa) y el 88.2% (75) presentó ausencia de sobrecarga (Gráfico N° 01).

Gráfico N° 01. Nivel de sobrecarga presentado en los Cuidadores informales del Adulto mayor dependiente en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011; según Escala de Entrevista de Sobrecarga de Zarit y Zarit.



Al evaluar la asociación entre el nivel de sobrecarga y las características sociodemográficas de los Cuidadores informales, no se obtuvo ninguna relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) (Tabla N° 11 y 12).

Tabla N° 11. Asociación entre el nivel de sobrecarga del Cuidador informal del Adulto mayor dependiente y sus características sociodemográficas; en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011. (Primera parte)

		Nivel de Sobrecarga			p*
		Ausencia de sobrecarga	Sobrecarga Ligera	Sobrecarga Intensa	
<b>Genero del cuidador</b>	Masculino	33	3	1	0,9332
	Femenino	42	4	2	
<b>Estado civil</b>	Soltero	15	1	3	0,0605
	Casado	51	6	0	
	Viudo	4	0	0	
	Divorciado	5	0	0	
<b>Relación con el enfermo</b>	Hijo	35	5	2	0,1950
	Cónyuge	8	2	0	
	Nieto	13	0	0	
	Hermano	15	0	0	
	Amigo	4	0	1	
<b>Nivel de educación</b>	Analfabeto	0	1	0	0,0687
	Primaria	6	1	1	
	Secundaria	34	2	1	
	Técnico	15	1	0	
	Universitario	20	2	1	

\*Valor de p calculado con prueba de  $\chi^2$

Tabla N° 12. Asociación entre el nivel de sobrecarga del Cuidador informal del Adulto mayor dependiente y sus características sociodemográficas; en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011. (Segunda Parte)

		<b>Nivel de Sobrecarga</b>			<b>p*</b>
		Ausencia de sobrecarga	Sobrecarga Ligera	Sobrecarga Intensa	
<b>Vinculo laboral</b>	Trabajador dependiente	31	2	1	0,7420
	Jubilado	7	0	0	
<b>Número de personas que cuidan</b>	Ama de casa	37	5	2	0,2182
	1	66	6	3	
	2	8	0	0	
<b>Información acerca de la enfermedad</b>	3	1	1	0	0,4245
	Si	54	6	3	
<b>Experiencia previa</b>	No	21	1	0	0,9348
	Si	42	4	2	
<b>Capacitación previa</b>	No	33	3	1	0,5002
	Si	40	5	1	
	No	35	2	2	

\*Valor de p calculado con prueba de Chi<sup>2</sup>

Asimismo al evaluar la asociación entre el nivel de sobrecarga y las características sociodemográficas de los Adultos mayores, no se obtuvo ninguna relación estadísticamente significativa (Tabla N° 13).

Tabla N° 13. Asociación entre el nivel de sobrecarga del Cuidador informal del Adulto mayor dependiente y las características sociodemográficas del Adulto mayor dependiente; en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011.

		Nivel de Sobrecarga			p*
		Ausencia de sobrecarga	Sobrecarga Ligera	Sobrecarga Intensa	
<b>Género del adulto mayor</b>	Masculino	29	3	1	0,9267
	Femenino	36	4	2	
<b>Grado de dependencia</b>	1	3	0	0	0,1645
	2	10	0	0	
	3	17	5	1	
	4	24	0	2	
	5	21	2	0	

\*Valor de p calculado con prueba de Chi<sup>2</sup>

Al evaluar la asociación entre los factores (Impacto, Interpersonal y Expectativas de autoeficacia) de la Escala de Entrevista de Sobrecarga de Zarit y Zarit; que mostraron los Cuidadores informales y los niveles de dependencia (leve – moderada – severa) del Adulto mayor dependiente; se encontró que existe una diferencia significativa entre el nivel de dependencia y el factor Expectativa de autoeficacia (Tabla N° 14).

Tabla N° 14. Asociación entre los factores de la Escala de Entrevista de Sobrecarga de Zarit y Zarit según nivel dependencia del Adulto mayor dependiente; en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011.

		Medi a	Desviació n típica	Limite inferio r	Limite superio r	*p
<b>Impacto</b>	Dependiente Leve	22,62	3,776	20,33	24,90	0,977
	Dependencia Moderada	23,17	10,886	18,47	27,88	
	Dependencia Grave	22,96	6,238	21,17	24,75	
<b>Interpersonal</b>	Dependiente Leve	13	3,927	6,01	10,76	0,981
	Dependencia Moderada	23	4,754	6,,29	10,40	
	Dependencia Grave	49	4,378	7,29	9,81	
<b>Expectativas Autoeficacia</b>	Dependiente Leve	13	1,801	3,99	6,17	0,044
	Dependencia Moderada	23	3,273	6,02	8,85	
	Dependencia Grave	49	2,582	6,05	7,54	

\*Valor p calculado por ANOVA

Asimismo al evaluar la asociación entre los factores (Impacto, Interpersonal y Expectativas de autoeficacia) de la Escala de Entrevista de Sobrecarga de Zarit y Zarit; que mostraron los Cuidadores informales y los niveles de Sobrecarga (Ausente – ligera – intensa) que mostraron los Cuidadores informales, se encontró que existe una diferencia significativa entre los niveles de sobrecarga y el factor Impacto además de factor Expectativa de autoeficacia (Tabla N° 15).



Tabla N° 15. Asociación entre los factores de la Escala de Entrevista de Sobrecarga de Zarit y Zarit según el nivel de Sobrecarga del Cuidador informal del Adulto mayor dependiente; en el Policlínico “Chiclayo Oeste”, Octubre-Diciembre 2011

		<b>Media</b>	<b>Desviación</b>	<b>Limite</b>	<b>Limite</b>	<b>*p</b>
			<b>típica</b>	<b>inferior</b>	<b>superior</b>	
<b>Impacto</b>	Ausencia de sobrecarga	21,19	4,389	20,18	22,20	
	Sobrecarga Ligera	30,57	2,878	27,91	33,23	0,000
	Sobrecarga Intensa	49,67	14,012	14,86	84,47	
<b>Interpersonal</b>	Ausencia de sobrecarga	8,20	4,087	7,26	9,14	
	Sobrecarga Ligera	10,29	4,461	6,16	14,41	0,289
	Sobrecarga Intensa	11,00	10,000	-13,84	35,84	
<b>Expectativas</b>	Ausencia de sobrecarga	6,41	2,651	5,80	7,02	
	Sobrecarga Ligera	9,86	2,116	7,90	11,81	0,006
	Sobrecarga Intensa	6,67	3,055	-0,92	14,26	

\*Valor p calculado por ANOVA

#### IV.- DISCUSION

En el presente estudio de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores informales del Adulto mayor dependiente, del Policlínico “Chiclayo-Oeste”, realizado entre los meses de Octubre-Diciembre del 2011, al evaluar las características sociodemográficas de los Cuidadores informales se obtuvo que presentaban una edad promedio de  $48 \pm 13,6$  años; es decir menor de los 50 años de edad a diferencia de los demás estudios encontrados como Morales 2010 (1), Espín 2008 (2), Gonzales 2004 (4) y Libre 2008 (5); quienes encontraron una edad promedio de los cuidadores de 52,78; 49-59, 51 y 55 años respectivamente. Sin embargo Jiménez 2003 (6), estudio realizado en Lima-Perú, encontró una edad promedio de 45,5 años; edad que se acerca a lo encontrado en nuestro estudio; lo que nos hace pensar que en nuestra sociedad el cuidado está a cargo por personas de menor edad, debido a que nuestra población general en el Perú es mayormente gente joven; entonces esto influirá en el nivel de sobrecarga; debido ya que a una menor edad los Cuidadores estarán menos propensos a la aparición de enfermedades crónicas las cuales se asocian al stress y así una mayor sobrecarga en el cuidado y la vulnerabilidad a presentar afecciones físicas y psicológicas; encontrándose en gente jóvenes como en nuestro estudio, un nivel de sobrecarga menor.

Encontramos que la mayor población fue del género femenino 56,5%; proporción encontrada en otros estudios aunque en valores mucho más

elevados así tenemos a Morales 2010 (1), Espín 2008 (2), Dueñas 2006 (3), Gonzales 2004 (4), Llibre 2008 (5) y Jiménez 2003 (6), quienes encontraron en sus respectivos estudios una mayor proporción de cuidadores del sexo femenino con 78,2%; 70,5%; 87,3%; 82,2%; 89% y 85,8% respectivamente, estos resultados están determinados fundamentalmente, por factores culturales que le han asignado a la mujer el papel de cuidar, ya que desde edades tempranas es entrenada para el cuidado de los hermanos, hijos, padres, etc; y porque a ellas se les considera más preparadas para asumir esta tarea y que además son consideradas el soporte emocional del núcleo familiar . En nuestro estudio una proporción menor comparada a otros estudios, se puede explicar debido a que la mujer en los últimos años ya no está abocada a las labores domésticas; sino al ejercicio de su profesión; con tendencia a la equiparación de la relación mujeres/hombres en el campo laboral. En relación al estado civil de los Cuidadores la mayor proporción fue la de casados en un 66,7%, algo similar aunque en menor proporción encontró Espín 2008 (2) en su estudio con un 55,7% de cuidadores casados, tal situación multiplica sus responsabilidades familiares y pudiera llevar a una mayor sobrecarga; pero en nuestro estudio no se encontró una asociación significativa entre el nivel de sobrecarga y el estado civil. Jiménez 2003 (6) encontró que el 55% era solteros; refiriendo que dejaron de lado su opción al matrimonio por dedicarse a cuidar a su familiar; esto también apoyaría porque en nuestra sociedad los cuidadores son una población más joven. En cuanto al tipo de relación entre el Cuidador informal y el Adulto mayor, encontramos que la mayor proporción 49,4% de los Cuidadores eran los

propios hijos de los pacientes, del mismo modo Morales 2010 (1), Espín 2008 (2), Dueñas 2006 (3) y Jiménez 2003 (6), encontraron que la mayor proporción de cuidadores fue de 58;18 %, 73;8%, 52% y 34 % respectivamente, eran hijos de los Adultos mayores; Gonzales 2004 (4) y Llibre 2008 (5) encontraron que el 28,89 % y 42% respectivamente eran conyugues de los Adulto mayores y en según lugar sus hijos; esto se podría explicar a que se prefiere otorgar la responsabilidad del cuidado a un familiar directo, debido a la mayor confianza brindada, o por falta de medios económicos no se contrata un personal formal para que brinden los cuidados; y que el vinculo familiar es la principal motivación para hacerse al cuidado de los adultos mayores, siendo la familia el sistema de apoyo social más importante y muchas veces el único para el Adulto mayor.

La evaluación del nivel de instrucción demostró que sólo el 45,8 % tenía un nivel de educación superior (Técnico superior – Universitario) y un 43,4 % poseen una nivel escolar superior (secundaria); es decir el 10,8 % presentó un nivel básico o nulo de educación; algo similar a lo reportado en el estudio de Espín 2008 (2) donde el 49,2 % de cuidadores contaba con educación superior; Jiménez 2003 (6) encontró 22,5 % poseían educación superior (Técnico superior-Universitarios) y el 35,8% escolar superior (secundaria) y un cuidador carecía de instrucción hallazgo similar a nuestro estudio donde se encontró 1 analfabeto. En este sentido la educación actuaría como un factor protector para la salud de los Cuidadores debido a que poseen más recursos cognitivos para enfrentar el cuidado, como la habilidad para la comprensión de las instrucciones medicas; constituyendo una fortaleza cuando se planteen estrategias de intervención; y que aún

persiste en nuestro País, personas con analfabetismo. El 51,2% tenía como vinculo laboral ser ama de casa este resultado es mayor al encontrado por Morales 2010 (1) y Espín 2008 (2) quienes encontraron que el 36,36 % y 18 % respectivamente, y similar Dueñas 2006 (3) y Jiménez 2003 (6) que encontraron que el 57,8% y 40,8% eran amas de casa, estos aspectos pueden influir de cierto modo en la sobrecarga diaria de los cuidadores; ya que al permanecer en más tiempo en casa y no realizar además labores extra domiciliarias, la sobrecarga será menos.

Al evaluar el número de personas que cuidan encontramos que el 88,24% cuidaban a una sola persona, un resultado mucho mayor a lo encontrado por Espín 2008 (2) quien encontró que el 68.9% de los cuidadores tenían solo una persona a su cargo, tal vez este número mayor encontrado en nosotros haya influido en que se haya reportado una poca proporción de cuidadores con sobrecarga. En relación sobre el conocimiento de la enfermedad que padecen los Adultos mayores el 74,2 % conocían de la enfermedad de las personas a su cuidado, a diferencia del estudio de Espín 2008 (2) donde se encontró que sólo el 32,8 % tenían conocimiento de la enfermedad que aquejaba al paciente a su cuidado; por lo tanto este mejor entendimiento sobre o el conocimiento básico de la enfermedades del paciente hacen que la sobrecarga disminuya en los cuidadores, ya que no harán actos que puedan agravar la situación del Adulto mayor, y generar problemas, que terminan por aumentar la complejidad del cuidado; además este conocimiento permiten que los Cuidadores establezcan acciones de adaptación para cada situación, planificar el futuro del cuidado. Dueñas 2006 (3) y Llibre 2008 (5), encontraron un número de promedio de

horas de cuidado de  $16,4 \pm 6,3$  horas y 12 horas al día, respectivamente; nuestro estudio arrojó que el tiempo fue de  $19,54 \pm 5,91$  horas al día, superior lo cual puede aumentar el nivel de sobrecarga; pero similar a Jiménez 2003 (6) con un promedio de 19-24 horas al día, lo cual aumentó el nivel de sobrecarga en su estudio además de otros factores como el mayor grado de dependencia del Adulto mayor. Encontramos que el tiempo de cuidado medido en meses fue en promedio  $98,76 \pm 73,55$  meses; Espín 2008 (2) encontró que la mayor proporción 36,1 % llevaban cuidado menos de 1 año; esta variable por lógica puede hacernos entender que a mayor tiempo de cuidado mayor sobrecarga, pero viéndolo de otra perspectiva nos hace pensar que a mayor tiempo de cuidado mayor aceptación y adaptación a la enfermedad lo cual se manifestaría como una menor sobrecarga. En nuestro estudio el 74,1% tenía experiencia previa con pacientes que padecían la misma enfermedad; a diferencia a lo encontrado por Espín 2008 (2) quien encontró que una proporción de 23 % tenían experiencia; además encontramos que un 54,3% recibió capacitación previa sobre técnicas básicas de los cuidados, lo cual no pudo ser contrastado con otros estudios. Esto puede explicar un bajo nivel de sobrecarga al estar mejor capacitados los cuidadores y poseer experiencias previas; sabiendo manejar mejor sus tiempos y secuencia de los cuidados; además de una mayor garantía para la calidad de los cuidados.

Al evaluar las enfermedades padecidas por los Cuidadores informales que se manifestaron desde el comienzo de los cuidados, si bien no se hizo algún test objetivo, lo cuidadores manifestaron: que en la esfera

psicoemocional presentaron en un 14,13% Stress; 10,31% Depresión y en el 7,22% Ansiedad. Así como se presentaron en la esfera física enfermedades como Lumbalgia en un 18,56%; Mialgias 9%; Hipertensión arterial 7,12%; las más frecuentes. Encontrándose que un 9,28% no presentaban enfermedad diagnosticada ni manifestaciones psíquicas. En general un 36,08% manifestaron problemas en la esfera psicoemocional y un 54,64% problemas en la esfera física. Jiménez 2003 (6) encontró que dentro de las enfermedades físicas la Lumbalgia presentó un 18,2%, comparándose con nuestro estudio que muestra un resultado similar. Espín 2008 (2) encontró que los problemas de salud referidos por los Cuidadores fueron ansiedad, depresión, dolor crónico del aparato locomotor, cefalea tensional, fatiga crónica, etc., proporciones mayores a la encontrada en nuestro estudio; esto explica un menor nivel de sobrecarga. Dueñas 2006 (3) encontró que la mayoría de Cuidadores presentaron patología Cardiovascular 33,3%; y en un 2,9 % Ansiedad y Depresión en 9,8 %; estas dos últimas cifras menores a las encontradas en nuestro estudio. Jiménez 2003 (6) encontró que entre las manifestaciones psicológicas manifestadas por los Cuidadores presentaron el 33,3% alteración del sueño, 20,8% ansiedad y 9,2% depresión; siempre estando presente en los estudios la manifestación de ansiedad y depresión, pero en proporciones menores. Si bien el objetivo de nuestro estudio no fue el evaluar la Depresión, Stress ni Ansiedad, cabe pensar que se espera en los Cuidadores un estado de depresión y ansiedad en mayores proporciones; pero estas son entidades sub-diagnosticadas y estas enfermedades ocultas hace que no asistan a tiempo a los servicios de salud, volviéndose

crónicos y alterando la calidad de vida y de los cuidados brindados. Quizás se esperaría que el uso de test de Depresión y Ansiedad, hubieran elevado el porcentajes en nuestro estudio. Libre 2008 (5) quien empleo el cuestionario general de salud de Golberg, que valora el estado general de salud mental, encontró que un 67% presentó depresión.

En la evaluación de características sociodemográficas de los Adultos mayores; la edad promedio fue de  $80,70 \pm 8.55$  años, mayor a lo encontrado en Morales 2010 (1) que fue 75,78 años, y aproximado a Dueñas 2006 (3) y Jiménez 2003 (6) quienes encontraron un promedio de  $79 \pm 11,4$  años y 84,9 años, respectivamente. Se obtuvo que el 58,82 % de los Adultos mayores fue de género femenino, preponderando siempre el género femenino en el estudio de Morales 2010 (1), Dueñas 2006 (3), Gonzales 2004 (4) y Jiménez 2003 (6); encontraron una mayor proporción de 78,2%; 63,7%; 51% y 51,7%; esto explica una mayor sobrevivencia en el género femenino.

El grado de dependencia de los adultos mayores mostró que el 57,65% presentaron un grado de dependencia severa (grado 4 y 5), una proporción mucho mayor a la reportada por Gonzales (4) quien encontró que sólo el 17,8% de los adultos mayores presentaba este nivel de dependencia. Jiménez 2003 (6) encontró que el 85,8% presentaron un grado de dependencia severa (grado 4 y 5) superior a lo encontrado en nuestro estudio, esto aumentó el nivel de sobrecarga que hallaron.

De las enfermedades sufridas por los Adultos mayores, encontramos que la Hipertensión Arterial presentó el mayor porcentaje en un 18,85%, seguido de Desorden Cerebro Vascular en un 11,48% y Diabetes Mellitus

9,02% entre las más frecuentes. Entre las enfermedades que pueden generar mayor grado de complejidad en los cuidados y generar mayor sobrecarga son: Desorden Cerebro Vascular 11,48%; Alzheimer 9,02%; Artrosis 5,74%; Demencia senil 3,28%; Amputación 3,28%; Ulcera por presión 2,46%; Artritis 1,64%; Ceguera 0,82%; Fractura de fémur 0,82%; Fractura cadera 0,82%; siendo las de mayor complejidad en los cuidados en un porcentaje mínimo, es otra razón por la cual se puede alterar el nivel de sobrecarga. Organizadas por sistemas el mayor porcentaje lo presenta los problemas Cardiovasculares 34,43%; Osteomuscular 14,76%; Neurológicas 12,3%; Metabólicas 12,3%; Genitourinarias 11,48%; Psicológicas 3,28%, Respiratorias 3,28% y Otras 8,17 %. Siendo para Dueñas 2006 (3) al igual que nuestro estudio la mayor proporción las patologías del sistema Cardiovascular 43,1 %. Jiménez 2003 (6) encontró que el mayor porcentaje lo presentó el Desorden cerebro vascular en un 35,8%.

Al evaluar la sobrecarga del Cuidador informal se encontró que solo el 11,7% presentó un nivel de sobrecarga; siendo de estos el 3,5% sobrecarga intensa y el 8,2% sobrecarga leve; y que el 88,2% presentó ausencia de sobrecarga; similar a lo encontrado en Morales 2010 (1), que mostro ausencia de sobrecarga en un mayor porcentaje de su población estudiada 69,09%, pero en menor proporción que la nuestra, por ende arrojaron porcentaje mayores en sobrecarga leve 14,5% y sobrecarga intensa 16,3%; este aumento en el porcentaje de los valores de nivel de sobrecarga se deba a que en el estudio de Morales 2010 (1) se estudiaron pacientes con Osteoartrosis, una enfermedad en su etapa avanzada; aun

así la mayoría de los Cuidadores informales no presentaron sobrecarga. Dueñas 2006 (3), encontró que el 47% presentó sobrecarga leve-intensa; esto quizás es refrendado por lo que la población de estudio fue de un nivel socioeconómico medio-bajo, lo cual aumenta el riesgo de sobrecargar en el cuidador, al no contar con la disponibilidad económica para insumos que son útiles para los cuidados y que ayudan a reducir la carga del cuidador; además también influye a un mayor nivel de sobrecarga en que la mayoría de los paciente presentaron un nivel de dependencia mayor a lo nuestro. Este nivel bajo de sobrecarga encontrado en nuestro estudio puede obedecer a que en su totalidad tiene un servicio de salud al que pueden acudir ante cualquier necesidad y ser resueltos de manera oportuna sin agravar el estado funcional del Adulto mayor. Gonzales 2004 (4) encontró que un 44,4% no presentaba sobrecarga, que el 31,11% presentaba sobrecarga leve y el 24,4% sobrecarga intensa; mostrando niveles mayores de sobrecarga a lo encontrado en nuestro estudio, esto se debe a que en nuestro estudio se analizaron Adultos mayores con distintos tipos de enfermedades; en cambio en el estudio de Gonzales, solo son pacientes con patología neurológicas como Accidentes Cerebro Vasculares, Esclerosis múltiple, Enfermedad de Parkinson entre las más frecuentes; que requieren un mayor grado de complejidad en el cuidado es por esto que se encuentra un mayor nivel de sobrecarga. Jiménez 2003 (6) encontró el 51,7% presentó ausencia de sobrecarga, el 26,7% sobrecarga leve y 21,7% sobrecarga intensa; valores de sobrecarga mayores a lo de nosotros, posiblemente a que su población de Adulto mayores eran de mayor grado de dependencia.

Al evaluar la asociación entre el nivel de sobrecarga y las características sociodemográficas de los Cuidadores informales; no se obtuvo ninguna relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); siendo las más próximas a esta el estado civil ( $p = 0,0625$ ) y nivel de educación ( $p = 0,0687$ ); es probable que al aumentar el tamaño de la muestra se hagan más evidentes las diferencias. Dueñas 2006 (3) tampoco encontró asociación significativa entre la asociación sobrecarga y el tiempo de cuidado y la edad ( $p = 0,58$ ). Gonzales 2004 (4) halló un nivel levemente significativo  $p = 0,05$  entre la sobrecarga y las horas de cuidado.

Asimismo al evaluar la asociación entre el nivel de sobrecarga y las características sociodemográficas del Adulto mayor dependiente; no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa; encontrándose un  $p = 0,9267$  en la asociación género del Adulto mayor y Nivel de sobrecarga; y un  $p = 0,1645$  en la asociación Grado de dependencia y nivel de sobrecarga. De igual manera a lo encontrado por Morales 2010 (1) quien encontró un  $p = 0,7$  entre la asociación del colapso del cuidador y la dependencia funcional; siendo no estadísticamente significativo. Al igual que Gonzales 2004 (4) no encontró asociación significativa entre sobrecarga y grado de dependencia.

Los resultados obtenidos reflejarán los niveles de sobrecarga en los cuidadores de los adultos mayores de un solo hospital a nivel de la región, sin que esto necesariamente pueda generalizarse a todo el los hospitales del país.

Al evaluar la asociación de los resultados de los factores (Impacto, Interpersonal y Expectativas de autoeficacia) de la Escala de Zarit y Zarit

con el nivel de dependencia encontrados en los Adultos mayores; encontramos que se encontró como estadísticamente significativo el factor Expectativas de autoeficacia ( $p = 0,044$ ); dándonos a entender que a mayor nivel de dependencia, el factor que más se afecta es el de Expectativas de autoeficacia; esto es sobre las creencias y expectativas del cuidador sobre su propia capacidad para atender a la persona que cuida; percibiendo un mayor nivel de complejidad en el cuidado cuanto más elevada es la dependencia del Adulto, el cuál siente no capacitado para poder realizarlo. Estos resultados no se puede comparar con estudios ya que no se realizó este análisis.

Asimismo al evaluar la asociación de los resultados de los factores de la Escala de Zarit y Zarit y el nivel de sobrecarga; se encontró estadísticamente significativo el factor Impacto ( $p = 0,000$ ) y el factor Expectativas de autoeficacia ( $p = 0,006$ ); entiendo que en nuestro estudio fueron estos factores (Impacto y Expectativas de autoeficacia) los que contribuyeron a un puntaje mayor en la Escala de Zarit y Zarit para determinar el nivel de sobrecarga. De igual manera estos resultados no se puede comparar con estudios ya que no se realizó este análisis.

## V.- CONCLUSIONES:

- El nivel de sobrecarga es bajo en los Cuidadores informales del Adulto mayor dependiente en el Policlínico “Chiclayo Oeste”.
- Los Cuidadores informales de los Adultos mayor dependiente, del Policlínico “Chiclayo Oeste”, corresponden exclusivamente a familiares, hijas en la mayor proporción, menores de 50 años, abocadas al cuidado y a las labores de ama de casa, y de estado civil casadas, a cargo de los cuidados en promedio casi la mayor parte de día. Poseedores en su mayoría de conocimientos básicos acerca de la enfermedad padecida por el Adulto mayor. Los principales problemas psicoemocionales fueron Stress, Depresión y Ansiedad; y los problemas físicos Lumbalgia, Mialgias, Hipertensión arterial.
- La mayoría de Adultos mayores dependientes eran mujeres, con una edad promedio de 80,70 años; preponderando el grado de dependencia severa.
- El factor Expectativas de autoeficacia que nos menciona a las creencias y expectativas del cuidador sobre su propia capacidad para atender a la persona que cuida; es el que más se afecta según el grado de dependencia del Adulto mayor.
- Los factores Impacto y Expectativas de autoeficacia en nuestro estudio son los que contribuyeron a un puntaje mayor en la Escala de Zarit y Zarit para determinar el nivel de sobrecarga.

## VI.- RECOMENDACIONES

- El nivel encontrado de sobrecarga nulo en la población y la ausencia de asociación con las características sociodemográficas del Cuidador informal y Adulto mayor dependiente, dificultan el entendimiento de cuál es el origen de la sobrecarga, lo que obliga a buscar más características sociodemográficas y factores predictivos que puedan influir en el nivel de sobrecarga.
- Aumentar el tamaño muestral en estudios futuros para poder encontrar una asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el nivel de sobrecarga; además de incluir una muestra con un nivel socioeconómico más bajo y Hospitales del Estado.
- Realizar programas de apoyo dirigido a los Cuidadores Informales para generarles confianza en sus capacidades para poder brindar cuidados y potenciar sus conocimientos sobre el cuidado.

## VII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Morales E, Enríquez M, Jiménez B, Miranda A, Serrano T. Evaluación del colapso del cuidador en el paciente adulto mayor con osteoartritis. RMMR [en línea] 2010 junio – septiembre [fecha de acceso 05 de mayo de 2011]; 22(3): 96-100. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf103e.pdf>
2. Espín A. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. RCSP [en línea] 2008 [fecha de acceso 5 de mayo de 2011]; 34(3). URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_3\\_08/spu08308.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_3_08/spu08308.htm)
3. Dueñas E, Martínez M, Morales B, Muñoz C, Viáfara A, Herrera J. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. CM [en línea] 2006 abril-junio [fecha de acceso 5 de mayo 2011]; 37:31-38. URL disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol37No2sup.1/html/PDF/cm37n2s1a5.pdf>
4. Gonzáles F, Graz A, Pitiot D, Podesta J. Sobrecarga del cuidador en personas con lesiones neurológicas. RHJMRM [en línea] 2004 abril [fecha de acceso 2 de marzo 2011]; 33(2). URL disponible en: <http://www.ramosmejia.org.ar/r/200404/7.pdf>
5. Llibre J, Guerra M, Perera E. Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. RCMGI [en línea] 2008 enero – marzo [fecha de acceso 04 abril 2011]; 24(1). URL disponible

en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

6. Jiménez M. “Perfil epidemiológico del cuidador en servicio de atención domiciliaria geriátrica de la clínica geriátrica “San José” PNP”(www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/jimenez\_vm/pdf/jimenez\_vm-TH.front.2.pdf . Fecha de acceso: 03-04-2011)

7. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010 ([http://www.mimdes.gob.pe/files/PROGRAMAS%20NACIONALES/PNCVFS/planes/plan\\_nac\\_PAM2006\\_2010.pdf](http://www.mimdes.gob.pe/files/PROGRAMAS%20NACIONALES/PNCVFS/planes/plan_nac_PAM2006_2010.pdf). Fecha de acceso: 25-05-2011).

8. Robles M, Millares R, Llorach I, Cervera A. Definición y Objetivos de la Especialidad de Geriátrica. Tipología de Ancianos y Población diana. En: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Tratado de Geriátrica para Residentes. 1ª edición. Madrid: IM&C; 2006. P.23-32.

9. Carretero S, Garcés J, Ródenas F, San José V. La Dependencia. En: Carretero S, Garcés J, Ródenas F, San José V. La Sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y Propuestas de Intervención Psicosocial. 1ª edición. Madrid: Tirant to Blanch; 2006. P. 9-25.

10. Montalvo J, et al. Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el Índice de Katz. REGG [en línea] 1991 [fecha de acceso 20 de mayo de 2011]; 26.3 (197-202). URL disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/EscalaDeLaCruzRoja.pdf>.

11. WHO (2002). Lessons for Long-Term Care Policy ([http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc\\_laws\\_5developed\\_countries.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_laws_5developed_countries.pdf) Fecha de acceso 05-05-2011).
12. Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. Los Cuidados de Larga Duración. En: Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. La Sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y Propuestas de Intervención Psicosocial. 1ª edición. Madrid: Tirant to Blanch; 2006. P. 29-36.
13. Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. Estrés y Cuidado Informal: La Carga del Cuidador. En: Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. La Sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y Propuestas de Intervención Psicosocial. 1ª edición. Madrid: Tirant to Blanch; 2006. P. 52-82.
14. Montorio I, Fernández M, López A, Sánchez M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. SPUM [en línea] 1998 [fecha de acceso 05 mayo de 2011]; vol. 14, nº2, 229-248. URL disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/31571>
15. Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. Estrés y Cuidado Informal: La Carga del Cuidador. En: Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. La Sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y Propuestas de Intervención Psicosocial. 1ª edición. Madrid: Tirant to Blanch; 2006. P. 142-145.

## VIII.- ANEXOS

### **ANEXO 01** **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA** **INVESTIGACIÓN**

Estimada Sr(a):

Previo saludo cordial a nombre de la Universidad San Martín y de mi persona, se le hace llegar la invitación a participar en una investigación titulada **“Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores informales del Adulto mayor dependiente, en el Policlínico “Chiclayo Oeste”**. Se le solicita que participe en este estudio de investigación debido a que usted podría ser una persona que percibe la sobrecarga en el cuidado hacia el adulto mayor.

El objetivo principal de la investigación es determinar la sobrecarga de los cuidadores informales del adulto mayor dependiente, cuya importancia radica en determinar el nivel de sobrecarga. Asimismo reconocer cuales son las variables que influyen positiva y negativamente en la sobrecarga, para esto, usted ha sido seleccionada en participar voluntariamente en la investigación. Esta investigación incluirá a 71 personas que realizan actividades de cuidados a adultos mayores con similares características que su paciente.

Este es un formulario de consentimiento que le brindará información acerca de este estudio. El personal investigador, hablará con usted acerca de este estudio, y estará en libertad de hacer todas las preguntas requeridas. Y si está de acuerdo en participar se le solicitará que firme el presente documento de consentimiento, para la cual se proporcionará una copia para que la guarde.

Si usted decide participar en este estudio, se le pedirá responder a una serie de preguntas. Se le efectuará dos entrevistas, para contestarlas en una sola sesión. La decisión de participar en este estudio es suya. Puede decidir no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. La decisión de no participar o de abandonar el estudio no representará ningún perjuicio para usted, ni perderá ninguno de los beneficios a los que tenga derecho.

**Beneficios - Riesgos:** No obtendrá beneficios ni riesgos directos-personales, pero en grupo ayudará a tener datos estadísticos sobre este tema relacionado con la salud de los cuidadores. Si alguna pregunta resultara incomoda y le genera algún tipo de sentimiento de tristeza, tiene el derecho a no contestarla, automáticamente se le comprenderá y se cancelará la investigación. Los resultados serán manejados con absoluta confidencialidad.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

No se realizará pago alguno (económico y de alguna otra forma) para que acepten participar en el estudio.

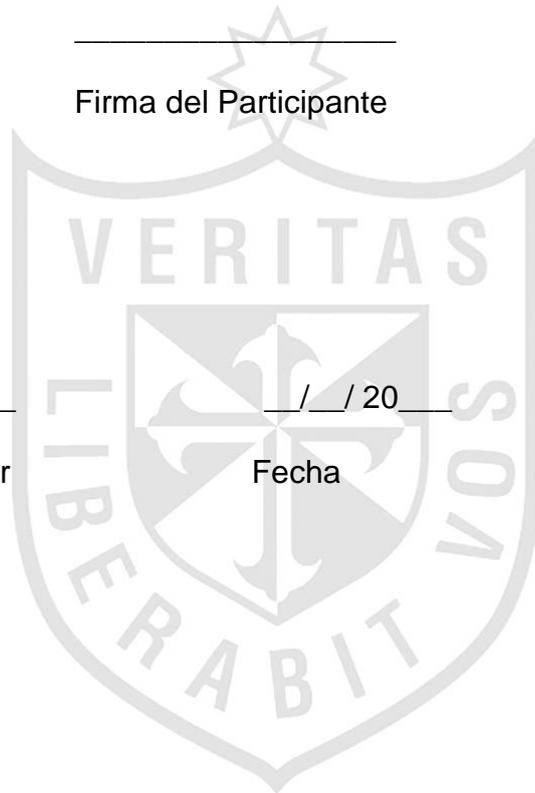
Usted puede preguntar sobre cualquier aspecto que no comprenda. El personal del estudio responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio.

Si tuviera alguna duda acerca de la investigación, deberá comunicarse con el investigador Alumno de Medicina Jorge U. Céspedes Mendoza al teléfono 074206035 - 981709158 o al correo electrónico: horse\_jorge@hotmail.com

Se me ha explicado acerca esta investigación y autorizo mi participación.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos                      Firma del Participante                      Fecha  
del participante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_  
Firma del investigador                      Fecha                      Hora



## ANEXO 02

### ESCALA DE INCAPACIDAD FISICA DE LA CRUZ ROJA

	15 – 30 días previos	
DESCRIPCIÓN	CAPACIDAD FUNCIONAL	CAPACIDAD FUNCIONAL
○ Se vale totalmente por sí mismo.	0	0
○ Deambula con alguna dificultad. ○ Realiza suficiente sus AVD ○ Continencia total	I	I
○ Deambula con bastón. ○ Alguna dificultad en sus AVD ○ Rara vez incontinente.	II	II
○ Deambula ayudado por una persona. ○ Grave dificultad en sus AVD. ○ Incontinencia ocasional.	III	III
○ Deambula ayudado por 2 personas. ○ Requiere ayuda para casi todos sus AVD. ○ Incontinente ocasional.	IV	IV
○ No deambula (inmovilizado). ○ No realiza AVD. ○ Incontinente total.	V	V

- 0: Independiente,
- 1 – 2: Dependencia leve,
- 3: Dependencia moderada,
- 4 – 5: Dependencia grave

### ANEXO 03

#### ESCALA DE ENTREVISTA DE SOBRECARGA DE ZARIT Y ZARIT

Sr(a), las preguntas serán respondidas guiándose con la siguiente puntuación según Ud. Crea conveniente:

<b>FRECUENCIA</b>	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
<b>PUNTUACIÓN</b>	0	1	2	3	4

ITEMS	0	1	2	3	4
1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2.- ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo(a)?					
3. ¿Se siente estresado(a) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades?(p.ej., con su familia o en el trabajo)					
4. ¿Se siente avergonzado(a) por el comportamiento de su familiar/paciente?					
5. ¿Se siente irritado(a) cuando está cerca de familiar/paciente?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?					
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?					
9. ¿Se siente agotada (o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?					
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?					
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
13. Solamente si el entrevistado vive con el paciente ¿Se siente incómoda (o) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?					
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar					
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente además de otros gastos?					
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho tiempo más?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente inseguro(a) acerca de lo que debe hacer con su					

familiar/paciente?					
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que hace?					
22. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?					

Factores	Ítems de la Escala	Puntuación
<b>Impacto del cuidado</b>	2, 12, 22, 8, 3, 10, 11, 13, 1, 14, 17, y 7.	0-48
<b>Interpersonal</b>	19, 9, 5, 4, 18 y 6.	0-24
<b>Expectativas de autoconfianza</b>	21, 20, 15 y 16.	0-16
<b>Sobrecarga</b>	1-22	0-88

Nivel de Sobrecarga	Puntaje
<b>Ausencia de sobrecarga</b>	0-47
<b>Sobrecarga Leve</b>	48-56
<b>Sobrecarga Intensa</b>	57-88



## ANEXO 04

### CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL CUIDADOR INFORMAL Y ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

#### **A) INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL CUIDADOR INFORMAL.**

- 1.- Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_
- 2.- Sexo: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_
- 3.- Estado civil:
  - a) Soltero  b) Casado  c) Viudo  d) Divorciado
- 4.- Relación con el enfermo:
  - a) Hijo  b) Cónyugue  c) Nieto  d) Hermano  F) Amigo
- 5.- Nivel de Educación:
  - a) Analfabeto  b) Inicial  C) Primaria  d) Secundaria
  - e) Técnico Superior  F) Técnico Universitario
- 6.- Vínculo laboral:
  - a) Trabajador dependiente  b) Jubilado  C) Ama de casa
- 7.- N° de personas que cuida en el hogar \_\_\_\_\_
- 8.- Información acerca de la enfermedad: a) Sí a) No
- 9.- Tiempo de cuidado: \_\_\_\_\_ Meses
- 9.- Tiempo de cuidado al día: \_\_\_\_\_ horas
- 10.- Experiencias previas: a) Sí a) No
- 11.- Enfermedades que padece: \_\_\_\_\_
- 12.- Recibió algún curso por parte de profesionales de salud sobre técnicas básicas cuidado relacionado con la enfermedad del Adulto mayor dependiente:
  - a) Sí- No

#### **B) INFORMACIÓN GENERAL SOBRE ADULTO MAYOR DEPENDIENTE.**

- 1.- Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_ 2.- Sexo: Masculino  Femenino
- 3.- Enfermedad que Padece: \_\_\_\_\_
- 4.- Grado de dependencia: \_\_\_\_\_