

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE  
HUAMANGA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE  
ENFERMERIA**



**TESIS:**

**INDICE DE SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES  
PRIMORDIALES DE ADULTOS MAYORES DE 70 – 80 AÑOS.  
ORGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65, DISTRITO DE  
AYACUCHO, 2012**

**PRESENTADO POR LAS:**

**Bach. CONTRERAS HERRERA, Carmela.**

**Bach. OCHOA CUSI, Irma Donatilda.**

**AYACUCHO – PERÚ**

**2013**

## **DEDICATORIA**

**A la honra de mis padres  
A mis hijos, la razón de existir  
A mis profesoras que se dedican  
a esta abnegada labor de la enseñanza**

**Carmela**

**Con mucho cariño y amor  
a mis padres, mi esposo e  
hijos  
que motivaron alcanzar este  
anhelo.**

**Irma Donatilda.**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por ponernos en este mundo, por bendecirnos y darnos el valor, el amor, la fe para creer en las personas que Dios ha puesto en nuestro camino.

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, alma mater, que en sus aulas nos forjamos como enfermeras.

A la Facultad de Enfermería, que durante estos años formó en nosotros a los profesionales de hoy y del mañana.

A nuestro jurado; los profesores Herlinda Calderón, Iris Jara Huayta e Isabel Hernández Mayhua, por brindarnos su tiempo sus enseñanzas y sus correcciones para mejorar cada día más.

## SUMARIO

RESUMEN

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE

INTRODUCCIÓN.....1

CAPITULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA.....7

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS... ..28

CAPITULO III: RESULTADOS.....30

CAPITULO IV:

DISCUSIÓN.....39

CONCLUSIONES .....

RECOMENDACIONES .....

BIBLIOGRAFÍA.....

ANEXOS.

**INDICE DE SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES  
PRIMORDIALES DE ADULTOS MAYORES DE 70 – 80 AÑOS.  
ORGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65, DISTRITO DE  
AYACUCHO, 2012**

**Autoras:**

**Bach. CONTRERAS HERRERA, Carmela y Bach. OCHOA CUSI, Irma**

**RESUMEN:**

**Objetivo:** Determinar el índice de sobrecarga en los cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 a 80 años de edad Organización de ancianos para pensión 65, distrito de Ayacucho, 2012. **Material y Métodos:** Investigación Cuantitativa, Aplicativa, Descriptiva y Transversal, con una muestra de 40 cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 – 80 años. Organización de ancianos para pensión 65, Distrito de Ayacucho, 2012 **Resultados:** 1. 82,5% refiere buena salud, 65,0% si cónyuge o pareja, 80,5% se dedica sólo al cuidado del adulto mayor, 62,5% refiere no tener otro adulto mayor en la familia, 55,0% indica tener bajos recursos económicos, 47,5% indica no tener apoyo socio sanitario, 62,5% refiere desconocimiento del manejo de las enfermedades, 32,5% presentan trastornos osteo musculares, 45,0% refiere presentar trastornos gastro intestinales, 35,0% trastornos genitourinarios. 2. 32,5% presentaron sobrecarga ligera y 10,0% sobre carga intensa. **Conclusiones:** 42,5% de los cuidadores primordiales de los adultos mayores agrupados en el programa Pensión 65 de Ayacucho padecen de sobrecarga en el cuidado del adulto mayor. 2. La mayoría de los cuidadores (as) son del sexo femenino.

**Palabras clave:** Cuidador primordial - sobrecarga

**OVERLOAD INDEX PRIMARY CAREGIVERS OF ADULTS 70-80 YEARS.  
ORGANIZATION FOR NURSING BOARD 65, DISTRICT Ayacucho, 2012**

**Authors:**

**Bach. CONTRERAS HERRERA, Carmela and OCHOA Cusi, Irma**

**SUMMARY:**

**Objective:** To determine the rate of overhead primary caregivers of adults aged 70-80 years old to pension Organization 65, district of Ayacucho, 2012. **Material and Methods:** Quantitative Research, Applicative, Descriptive and Cross, with a sample of 40 primary caregivers of adults over 70-80 years. Pension elders Organization 65, District of Ayacucho, 2012. **Results:** 1. 82.5% reported good health, 65.0% if spouse or partner, 80.5% is used only in the care of the elderly, 62.5% reported not having another adult in the family increased, 55.0% indicated having low income, 47.5% indicated not having support health partner, 62.5% reported lack of disease management, 32.5% have Osteo muscle disorders, 45.0% reported present gastro intestinal disorders, 35.0% genitourinary disorders. Two. Showed 32.5% and 10.0% overhead light on heavy load. **Conclusions:** 42.5% of primary caregivers of older adults in the program grouped Ayacucho board 65 suffer from overload in the care of the elderly. Two. Most caregivers (as) are female.

**Keywords:** primary caregiver - overload

## INTRODUCCIÓN

Una de las situaciones más comunes y difíciles al interior de cualquier familia comienza cuando, los adultos mayores que por muchos años viven en forma independiente y autónomamente, pierden esas características y caen en la fragilidad debido a situaciones puntuales, como por ejemplo, una caída o enfermedad invalidante. Es allí que se plantea el gran dilema, es conveniente o no que sigan viviendo solos, o se trasladen cerca de los hijos o a la propia casa de éstos. Cuando algún familiar decide hacerse responsable de su cuidado generalmente no han previsto todas las implicaciones que a medio y a largo plazo van a tener, las complicaciones y las dificultades que esto implica.

El cuidador del adulto mayor es aquella persona de su entorno que asume voluntariamente el rol del cuidador en el más amplio sentido de la palabra. Está dispuesta a tomar decisiones por el Adulto Mayor, así mismo, cubre las necesidades básicas de éste, bien de forma directa realizando las tareas de ayuda, o indirecta determinando cuándo, cómo y dónde se tienen que dar. Los miembros de la familia ayudan a la persona dependiente, pero por lo general el cónyuge o el familiar femenino más cercano, se convierte en el cuidador principal.

El cuidado de un adulto mayor, es siempre una dura "carga" para cualquier persona que se vea sometido a dicha tarea y es frecuente que en algún momento el "cuidador" se sienta incapaz de afrontarlo, ya que compromete su bienestar, e incluso su salud. Para algunos autores el "cuidador" es un paciente "oculto" o "desconocido" que precisaría un diagnóstico precoz de su enfermedad y una intervención inmediata, antes de que el deterioro sea difícilmente reversible. Este síndrome se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático, que afecta a todas las esferas de la persona, con repercusiones médicas, sociales, económicas, y otras que pueden llevar al "cuidador" a tal grado de frustración que claudique en sus labores de cuidador<sup>(1)</sup>.

La labor que realiza un cuidador de adultos mayores con limitaciones o dependiente es ardua y a la vez delicada. Esta tarea, aunque es gratificante desde el punto de vista humano, genera efectos negativos que repercuten en la salud mental de quien la realiza.

Los distintos problemas que el cuidador tiene son no solo frecuentes sino también muy variados. Aparte de las dificultades relacionadas con el cuidado de su familiar adulto mayor, el cuidador tiene que hacer frente a conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, problemas económicos, aislamiento social, disminución del tiempo de ocio. El estar sometido a todos estos estresores puede dar como resultado que numerosos cuidadores experimenten problemas emocionales, y problemas físicos. De hecho, los cuidadores presentan en muchas ocasiones altos niveles de depresión, ansiedad e ira<sup>(2)</sup>. Quizás por ello un 38,4% de los



cuidadores de nuestro entorno consumen algún tipo de psicofármacos (generalmente ansiolíticos), y el 70% de los que lo hacen comenzaron la ingesta siendo cuidadores.

Los factores más significativos que generan una gran carga, tensión y estrés en los cuidadores son las perturbaciones del sueño, la incontinencia fecal, inmovilidad general y las alteraciones del comportamiento (vagabundeo, tendencias suicidas, agresividad, agitación del adulto mayor). Al hablar de "carga" para los cuidadores se hace referencia a la magnitud con que el cuidador percibe su situación emocional o física, la vida social y el estado financiero como consecuencia del cuidado que presta a su familiar. Dicha carga se reduce cuando otros familiares brindan ayudas, visitan al paciente y al cuidador y facilitan breves períodos de descanso.

Se explica la sobrecarga del cuidador como un concepto que hace referencia a los efectos negativos que el hecho de atender al paciente tiene sobre la salud del cuidador. El 63% de los cuidadores se siente desbordado por el problema de alteraciones de la personalidad. El 69% desarrolla problemas psicosomáticos. El 33% presentan Comportamientos negativos, abandona los autocuidados personales a sí mismos, centrándose obsesivamente en el paciente<sup>(3)</sup>.

Estudios realizados en España indican como factores de riesgo de la sobrecarga del cuidador primordial: Intensidad de la demencia, duración de la enfermedad, Alucinaciones, delirios y confusión, agresividad, agitación y negativismo, incontinencia, vómitos, y escaras, insomnio de los adultos mayores<sup>(4)</sup>.

Diferentes investigaciones, no siempre coincidentes, han identificado como posibles factores de riesgo de sobrecarga psicofísica en el cuidador familiar, a la demencia ya intensa o profunda, de larga duración desde el diagnóstico de la enfermedad, alucinaciones, delirios o confusión (psicosis y delirium), agresividad, agitación y negativismo, incontinencia, vómitos y escaras (llagas), que impide dormir por la noche (voceo, paseos), con múltiples otras dolencias médicas<sup>(5)</sup>.

Teniendo en cuenta los conocimientos anteriormente expuestos, se aplicó la escala de sobrecarga de Zarit a un grupo de cuidadores de la Organización de Ancianos para Pensión 65, Distrito de Ayacucho con el fin de determinar la sobrecarga a la que están sometidos, según su edad, sexo, profesión y características de su actividad como cuidador.

El presente estudio, indagó las consecuencias de las características de los adultos mayores en el nivel de sobrecarga tanto física como psicológica de los cuidadores, cuyo resultado permitirá plantear la aplicación de un programa de educación y fortalecimiento en la atención de los adultos mayores.

Además, basadas en la observación durante las visitas domiciliarias a hogares con Adultos Mayores durante las prácticas en la Comisión de Salud Mental de Ayacucho, con frecuencia los familiares expresaron lo siguiente: "Estoy muy cansada". "Qué voy hacer si no tiene a nadie", "No hay quien le atienda", "Tengo que seguir atendiendo hasta que Dios le recoja", "Me dan ganas de abandonar". Estas expresiones indican diferentes niveles de sobrecarga en los cuidadores y que posteriormente

puede generar déficit en la atención y finalmente en el abandono . Todo lo referido motivó la realización de la presente investigación titulada: INDICE DE SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES PRIMORDIALES DE ADULTOS MAYORES DE 70 A 80 AÑOS. ORGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65, DISTRITO DE AYACUCHO, 2012. Para lo cual se ha planteado los siguientes objetivos:

**GENERAL:**

Determinar el índice de sobrecarga en los cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 a 80 años de edad.

**ESPECIFICOS:**

Describir las características del cuidador primordial de adultos mayores de 70 a 80 años de edad. Organización de ancianos para pensión 65, distrito de Ayacucho, 2012.

Identificar el índice de sobrecarga en los cuidadores primordiales de adultos mayores aplicando el test de Zarit.

Relacionar el índice de sobrecarga con variables demográficos de los cuidadores primordiales de adultos mayores (Sexo, Edad, Procedencia, familiaridad).

Como hallazgo importante se señala la prevalencia del sexo femenino en el cuidado del adulto mayor de 70 a 80 años, asimismo se ha identificado que la sobrecarga es menor en las cuidadoras en comparación con los cuidadores.

Limitaciones: consideramos como limitaciones del estudio la falta de precisión de las denominaciones Anciano, tercera edad, adulto mayor,

longevo viejo, abuelo. Asimismo no existe un patrón de cuidadores de adultos mayores, por lo que se hace difícil localizar, además muchos de ellos desean pasar desapercibidos.

El presente informe consta de la siguiente estructura: Introducción, Presentación, análisis y discusión de los resultados, Conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

## CAPITULO I

### 1. REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### 1.1 ANTECEDENTES REFERENCIALES:

La investigación titulada: El Rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud, Madrid. (2009)<sup>(6)</sup>. Objetivo. Conocer la sobrecarga sentida por los cuidadores y las repercusiones que este rol representa sobre su calidad de vida, su salud en las esferas física, psíquica y social y su necesidad de utilización de los recursos sanitarios (frecuentación). Diseño. Estudio observacional y analítico de casos y controles. Centro de salud de características urbanas. El grupo de estudio fue formado por 156 cuidadores principales y el grupo control por 156 personas adscritas al centro de salud que no realizaban funciones de cuidador principal, emparejadas por edad, sexo y número de patologías crónicas padecidas. Mediciones. Características clínicas y sociodemográficas, datos relativos al rol de cuidador (parentesco, tiempo de desempeño del rol de cuidador, etc.), sobrecarga del cuidador (escala de Zarit), frecuentación, salud percibida, calidad de vida subjetiva (cuestionario de salud de Nottingham), presencia de sintomatología, ansiedad y depresión (EADG-18), función familiar (APGAR familiar y apoyo social percibido (cuestionario de Duke-UNC). Resultados. El 66,4% de los cuidadores presentaba sobrecarga en el test de Zarit. El 48,1% los cuidadores respondió que su salud era mala o muy mala,

frente al 31,4% del grupo control (OR = 2,02; IC 95%: 1,27 - 3,21). La frecuentación media en el último año fue de 8,37 visitas/año en el grupo de cuidadores y de 7,12 visitas/año en el grupo control ( $p < 0,01$ ). 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. Conclusiones. Los resultados indican la necesidad de actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte. Con dichas intervenciones se han obtenido resultados positivos en diversos aspectos relativos tanto a la persona atendida como al cuidador, siendo necesario adaptar las intervenciones a las características y necesidades específicas de cada cuidador.

El estudio titulado: Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia, España (2009)<sup>(7)</sup>. **Objetivo:** comparar el estado emocional de los cuidadores de familiares mayores con y sin demencia. **Material y método:** Se utilizó un estudio transversal. Se analizaron los datos de 66 cuidadores que residían con familiares con demencia y 42 cuidadores que vivían con personas mayores dependientes sin deterioro cognitivo. **Resultados:** el grupo (demencia y no demencia) no predijo los problemas emocionales de los cuidadores (su ansiedad y depresión). De hecho, los análisis de regresión revelaron que un mayor tiempo semanal como cuidador ( $\beta=0,160$ ;  $p < 0,05$ ), la mayor sobrecarga ( $\beta=0,171$ ;  $p < 0,01$ ), el mayor impacto y el malestar de los problemas de memoria y conducta ( $\beta=0,113$ ;  $p < 0,01$ ), la menor autoestima ( $\beta=-0,326$ ;

$p < 0,01$ ), la menor satisfacción con el apoyo social ( $\beta = -0,316$ ;  $p < 0,01$ ) y el mayor afrontamiento centrado en las emociones ( $\beta = -0,326$ ;  $p < 0,01$ ) se asociaron con más síntomas de depresión. Por otro lado, una mayor sobrecarga ( $\beta = 0,322$ ;  $p < 0,01$ ), la menor autoestima ( $\beta = -0,266$ ;  $p < 0,01$ ) y el mayor afrontamiento centrado en las emociones ( $\beta = -0,326$ ;  $p < 0,01$ ) se asociaron con más síntomas de ansiedad. **Conclusiones:** Los elementos personales, más que los factores relacionados con el deterioro de la persona mayor o del contexto de cuidado, pueden ser la característica fundamental para explicar el impacto emocional del cuidado. El estado emocional de los cuidadores de personas mayores, con o sin demencia, puede mejorar con los tratamientos y los servicios adecuados que se centren en las valoraciones de los cuidadores, sus estrategias de afrontamiento y el apoyo social.

La investigación, "Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico "Ana Betancourt". La Habana Cuba (2009)<sup>(8)</sup>. **Objetivos:** describir la repercusión psicosocial del síndrome demencial en los cuidadores primordiales del policlínico "Ana Betancourt". **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, durante el primer cuatrimestre del año 2009, en el policlínico "Ana Betancourt" del municipio Playa. Incluyó a 36 cuidadores de igual número de pacientes diagnosticados con demencia y enfermedad de Alzheimer, escogidos mediante muestreo por criterios. **Resultados:** Los cuidadores primordiales eran en su mayoría féminas, hijas del paciente, en la quinta década de la vida, amas de casa, divorciadas y con un nivel de escolaridad de preuniversitario. El principal

motivo de consulta de los cuidadores fue solicitar ayuda profesional para controlar los síntomas no cognitivos de la enfermedad. El cuidador dedica alrededor de 13 h diarias al cuidado del paciente que sufre de demencia, la mayor parte en la supervisión y vigilancia. Se encontró marcada afectación psicológica en el 64 % de los cuidadores. El nivel de sobrecarga o estrés en la población de cuidadores estudiada resultó elevado. **Conclusiones:** El cuidado del paciente que sufre de demencia se asocia a una sobrecarga y estrés relevantes que se expresa en la elevada morbilidad psicológica constatada en los cuidadores primordiales. Se recomienda diseñar un plan de intervención educativa dirigido a estos cuidadores para reducir la sobrecarga o estrés crónico que sufren.

La investigación: El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental; Salamanca, España (2006)<sup>(9)</sup> con el **Objetivo:** Valorar la calidad de vida del cuidador primario de familiares con dependencia funcional e identificar las características sociodemográficas de los sujetos implicados, el apoyo social y salud mental como variables asociadas, así como los niveles de deterioro cognitivo y dependencia funcional de las personas objeto de cuidados. **Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se realizó una entrevista personal domiciliaria, utilizando una encuesta semiestructurada y varias escalas estandarizadas y validadas para el ámbito en el que se aplican, durante un año (11/2004 a 11/2005) a todos los cuidadores primarios y sus pacientes registrados en el programa de atención domiciliaria a personas con dependencia funcional e inmovilizados que en



ese momento estaban siendo atendidos por el personal sanitario del Centro de Salud La Alamedilla. Conclusiones: 1. El perfil sociodemográfico de las personas cuidadoras se caracteriza por ser del sexo femenino, mayores de 63 años, con estado civil casadas, de profesión oficios del hogar y con estudios primarios fundamentalmente. 2.-La calidad de vida global es percibida como positiva por la mayoría de los cuidadores, siendo el apoyo social y la satisfacción general los dominios de mayor fortaleza; y los de sobrecarga y ausencia de tiempo libre, los de mayor deterioro. 3.- Los cuidadores perciben que disponen de buen apoyo social, especialmente en los dominios de apoyo afectivo (recibir amor y afecto) y apoyo en la enfermedad. Por el contrario, los dominios de menor percepción de apoyo son el auto-reconocimiento y los aspectos relacionados con la casa. 4.- Respecto a la salud mental (escala de Goldber), la mitad de los entrevistados presentaron índices de normalidad, aunque destaca que un tercio de los ellos mostraron alto deterioro y el tercio restante presentó buena salud mental. Siendo las dimensiones de autovaloración y enfrentamientos ante las dificultades las de mayor fortaleza y las de funciones intelectuales y fisiológicas las de mayor vulnerabilidad. 5.- La mitad de los familiares dependientes entrevistados presentaron niveles elevados tanto en los índices de la dependencia funcional como en el deterioro cognitivo. Se destaca que la dependencia está asociado al deterioro cognitivo. Es decir, que a mayor deterioro cognitivo se observa mayor dependencia. 7.- El apoyo social y la salud mental son los principales determinantes de la calidad de vida. Respecto a la salud mental destacan

dos dominios: uno negativo conformado por el agobio y la tensión, asociados a la sobrecarga y ausencia del tiempo libre y otro positivo conformado por la autovaloración y la capacidad de enfrentar dificultades. El apoyo social está vinculado al apoyo ante la enfermedad y contrasta con la percepción de escasa ayuda en asuntos relativos a la casa y ausencia de reconocimiento y elogios. 8.- Las variables psico-demográficas y la situación de dependencia o deterioro cognitivo del paciente no parecen influir de forma determinante en la calidad de vida del cuidador. No obstante, los cuidadores de mayor edad y los solteros son los que peor calidad de vida presentan.

El estudio titulado: El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres, Granada, España, (2004)<sup>(10)</sup>. **Objetivo:** Analizar la distribución del papel de cuidadores entre hombres y mujeres y sus consecuencias respecto a la sobrecarga, la salud y la calidad de vida. **Métodos:** Se revisan los datos disponibles en España y en países de nuestro entorno procedentes de diferentes bases bibliográficas, publicaciones e informes oficiales; en especial, se presentan datos procedentes de una investigación sobre cuidados informales en Andalucía realizada por las autoras utilizando una encuesta domiciliaria a 1.000 cuidadores/as principales. **Resultados:** Se pone de manifiesto el claro predominio de las mujeres como cuidadoras informales en nuestro medio. Son las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clases sociales menos privilegiadas las que componen el gran colectivo de cuidadoras. El impacto negativo de cuidar es identificado por una gran proporción de

cuidadoras, en especial las repercusiones económicas, laborales y en el uso del tiempo. Las consecuencias sobre la salud son también importantes, sobre todo en la esfera psicológica, asociadas con altos niveles de sobrecarga. **Conclusiones:** Se evidencia la necesidad de replantear las políticas sociales y sanitarias y de prever recursos suficientes para cubrir la creciente necesidad de atención informal, que amortigüe el impacto y el coste que los cuidados suponen para las mujeres en diferentes aspectos de sus vidas.

## **2.2 BASE TEORICA:**

### **SOBRE CARGA DEL CUIDADOR PRIMORDIAL**

#### **Cuidador:**

El adulto mayor edad presenta muchas alteraciones neurodegenerativa con un deterioro progresivo de las facultades físicas y mentales, de larga evolución e invalidante, por lo que obligatoriamente se produce una dependencia de otras personas cercanas o de instituciones benéficas, que atienden a estas personas enfermos y que son los llamados cuidadores<sup>(11)</sup>.

La mayoría de los estudios concuerdan en denominar a la dependencia como la falta de autonomía o incapacidad de cuidarse por sí mismo y mantener un estilo de vida independiente. Se resalta en esta definición, la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, y más concretamente, como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la

pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y de modo particular, los referentes al cuidado personal<sup>(12)</sup>.

Aunque es importante aclarar que la vejez no es sinónimo de dependencia o de enfermedad, ya que la mayoría de las personas mayores permanecen sanas y con altos niveles de independencia; es conveniente señalar que en el mismo grado en que las personas envejecen, también disminuye la posibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas. Este hecho ocurre por dos motivos no excluyentes: El primero es que la dependencia puede estar asociada en una o varias enfermedades crónicas; y el segundo porque puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas asociadas al proceso global de envejecimiento, lo cual requiere de la asistencia de una tercera persona, realizándose a través de los miembros de la familia<sup>(13)</sup>.

Se define al cuidador primordial como la persona que asume el rol de asistir a un familiar en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Así mismo, los familiares en situación de dependencia lo constituyen las personas mayores y/o personas con demencia que no se pueden valer por sí mismas, por lo que necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria: levantarse de la cama, asearse, comer, etcétera.

El cuidador primordial es la persona que está más en contacto con el equipo de salud y deberá informársele de los riesgos que conlleva responsabilizarse de los cuidados del enfermo: pérdida de los objetivos

vitales, estrés crónico, frustración, ansiedad, tristeza, culpa. Frecuentemente, el desempeño de esta función supone un abandono de sus necesidades personales, del cuidado de su propia salud y distracciones mientras asiste al deterioro global de su familiar. Es probable que por estas razones muera incluso antes que el enfermo <sup>(14)</sup>.

El adulto mayor, es capaz de generar una situación de crisis familiar, puesto que exige un gran esfuerzo adaptativo a cada núcleo familiar. El grado de desorganización dependerá de la cohesión previa de la familia, los niveles de afecto que sobre ella graviten y las funciones que desempeñan los parientes en los diferentes órdenes del funcionamiento familiar <sup>(15)</sup>.

El conflicto entre miembros de la familia respecto a las responsabilidades y al ingreso del paciente en su propio domicilio constituye un problema común a enfrentar en el seno del hogar. Los pacientes que sufren alguna alteración requieren cuidados crónicos destinados a evitar las caídas y controlar su comportamiento, así como garantizar su higiene y alimentación e incentivar la realización de ejercicios físicos, actividades sociales y entrenamiento cognitivo. Habitualmente, los familiares o personas que los cuidan no están preparados para esta prolongada y compleja función, adoptando posturas negligentes y, en ocasiones, agresivas y violentas. <sup>(16)</sup>.

Los factores más significativos que generan una gran carga, tensión y estrés en los cuidadores son las perturbaciones del sueño, la incontinencia

fecal, inmovilidad general y las alteraciones del comportamiento (vagabundeo, tendencias suicidas, agresividad, agitación). Al hablar de "carga" para los cuidadores se hace referencia a la magnitud con que el cuidador percibe su situación emocional o física, la vida social y el estado financiero como consecuencia del cuidado que presta al adulto mayor. Dicha carga se reduce cuando otros familiares brindan ayudas, visitan al paciente y al cuidador y facilitan breves períodos de descanso<sup>(14)</sup>.

**Perfil del cuidador:**

**Perfil de riesgo del cuidador primario:**

Se han enumerado un conjunto de variables que pueden confluir en un mayor riesgo del deterioro de la salud y por ende de la calidad de vida del cuidador primario: la edad, el género, el tipo de enfermedad del familiar/paciente, la percepción de su salud, la duración de la dependencia y el apoyo social entre otras<sup>(17)</sup>.

Respecto a la condición de género del cuidador no hay acuerdo en los hallazgos, ya que mientras unos afirman que las cuidadoras presentan impactos más negativos que los hombres cuidadores. Otros estudios observaron lo contrario<sup>(18)</sup>.

Con relación a la edad del cuidador, se ha señalado que los cuidadores de mayor edad tienden a presentar mayor deterioro en la calidad de vida, sobre todo en lo que respecta a la salud. Las cuidadoras de 55 años presentan la mayor prevalencia de problemas emocionales y padecen con

mayor frecuencia molestias o dolores y se siente menos satisfecho con sus vidas que los cuidadores de menor edad<sup>(19)</sup>.

Otro estudio, reporta que las cuidadoras más jóvenes muestran niveles de sobrecarga más altos que las de más edad, tal vez porque perciben un mayor coste de oportunidad asociado a cuidar, relacionado, con los conflictos para compatibilizar empleo y cuidados<sup>(17)</sup>.

Con relación al grado de dependencia de la persona cuidada, se ha descrito que la depresión, la ansiedad y el estrés son problemas comunes en los cuidadores primarios y han sido abordados sistemáticamente por los estudios sobre los cuidadores de paciente con dependencia. En este sentido, se han descrito niveles de depresión y de ansiedad, así como problemas de salud física en cuidadores con personas con elevado grado de deterioro físico y mental<sup>(20)</sup>.

Respecto a la percepción de salud, las personas con edad avanzada señalan que tienden a tener percepciones negativas de su salud, lo que aumenta las posibilidades de padecer enfermedades de tipo crónico y degenerativo y muchas de ellas conducen a problemas funcionales, además de sufrimiento. Uno de cada cuatro españoles declara malo o muy malo su estado de salud. En el caso de los cuidadores de edad avanzada estaría en el mismo escenario de percepciones.

El tipo de dolencia predominante padecida (auto declarada) por los mayores es osteomuscular. El 36,3% declara que la dolencia o enfermedad

que limitó su actividad estaba dentro de la categoría «artrosis, reumatismo, dolor de espalda», seguida de traumatismos, luxaciones, huesos, ligamentos, el 13,7% adicional.

Es decir, la mitad de la población de mayores ha declarado problemas osteomuscular, que además son los principales causantes del mayor número de discapacidades. Las mujeres declaran este tipo de dolencia en proporciones muy superiores a los varones, mientras que éstos señalan más problemas de corazón y aparato respiratorio que las mujeres, posiblemente en relación con hábitos de vida menos saludables<sup>(21)</sup>.

### **Efectos físicos**

El impacto de cuidar en la salud de los cuidadores, es un aspecto frecuentemente abordado en los estudios sobre cuidado informal. Incluso ha llegado a acuñarse la expresión «síndrome del cuidador» para referirse al conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas, laborales, familiares que enfrentan los cuidadores<sup>(22)</sup>.

Los resultados de investigaciones, han sugerido una mayor vulnerabilidad biológica en cuidadores de edad avanzada, puede incrementar su probabilidad de presentar problemas físicos y, por tanto, un mayor riesgo de mortalidad.

Se ha llevado a cabo estudios que muestran el impacto del cuidado en la salud de los cuidadores. Sobre este aspecto, se ha obtenido a través de auto informes que los problemas osteoarticulares, las lumbalgias, la



sobrecarga, la artritis y la hipertensión constituyen algunos efectos directos (23).

Estos mismo autores han observado que los aspectos sociodemográficos (edad, sexo, nivel económico) están asociados a niveles de riesgo de enfermar. Por ejemplo, se señala que los cuidadores de mayor edad se ven más afectados que los más jóvenes, al igual la mujer mayor predisposición a enfermar que los hombres, aunque sobre este aspecto no hay suficiente consenso, los cuidadores con bajos ingresos socioeconómico, alto nivel de dependencia del familiar y alta participación en las tareas de cuidado, tienen mayores probabilidades de tener mayor riesgo de enfermarse en el ámbito de la salud mental.

El estado civil es la variable que poco se ha estudiado. También reportan, con algunos matices, que las características del paciente están relacionadas con la salud del cuidador.

Por ejemplo, los enfermos de alzheimer con extremo deterioro cognitivo producen mayores impactos negativos en la salud del cuidador, que otro tipo de discapacidades; la conducta problemática del enfermo y el exceso de demandad hacia el cuidador son variables también asociadas (24).

Otros estudios, han identificado los aspectos positivos del proceso de cuidar a un familiar enfermo. Se ha descrito la autoestima aumentada, orgullo, satisfacción y sentimiento más íntimo a hacia los esposos y/o padres. Además encontraron una correlación inversa entre el nivel educativo

del cuidador y el impacto positivo en aquellos cuidadores con más bajo niveles de educación, lo cual derivó en una mejor autoestima<sup>(25)</sup>.

### **Efectos psicosociales**

Los estudios señalan que la reducción del tiempo y de ocio, la restricción de la actividad social, el insomnio, el malestar psicológico, la desesperanza, la sobrecarga, el estrés, los problemas físicos, las dificultades en el ámbito laboral y profesional, la disrupción emocional (ansiedad, depresión) y los sentimiento de malestar en la vida, constituyen solo ejemplos, de este efecto e indirectamente deterioran la calidad de vida del cuidador, de la persona enferma y en general del núcleo familiar<sup>(26)</sup>.

El miedo e incertidumbre hacia el futuro al percibir que el deterioro del familiar es progresivo e irreversible, así como el temor a la remisión de la enfermedad cuando ésta está en estado latente, es otro aspecto que impacta negativamente; generando estrés y ansiedad en el cuidador y la familia<sup>(27)</sup>.

En la pasada década, el estudio de la calidad vida estaba focalizado, casi exclusivamente, en los pacientes. Sin embargo, a raíz de los cambios en la práctica médica que produce estancias más cortas en el proceso de la hospitalización, envejecimiento de la población y la supervivencia más larga de la población, ha aumentado substancialmente las cargas de la enfermedad crónica en la familia y particularmente en los cuidadores, deteriorando la calidad de vida de los mismos<sup>(28)</sup>.

Con respecto a las características del cuidador, se han destacado las condiciones sociodemográficas tales como el nivel educativo, la edad, el sexo, como de particular interés. Por ejemplo, los cuidadores con un nivel alto de educación derivaron menor autoestima en el curso de dar el cuidado que aquéllos con un nivel bajo de educación.

Una posible explicación puede ser que los cuidadores en las clases socio-económicas altas perciben un diferencial de estado más llamativo entre su papel profesional actual o anterior y su papel como el cuidador que aquéllos en las clases socio-económicas bajas<sup>(29)</sup>.

También se ha encontrado, utilizando el modelo de Pearlin, que la variación en la depresión fue explicada por las variables antecedentes de auto eficacia percibida en la utilización de estrategias de afrontamiento y por la presencia o ausencia del apoyo social. Por otra parte, sobre la situación estresante del cuidado, se ha mencionado que la carga, la ansiedad y la tensión del cuidador se asocian al nivel de dependencia del paciente, así como su comportamiento sobre todo en personas con Alzheimer<sup>(30)</sup>.

Las demandas psicológicas y sociales de los enfermos con dependencia para el desempeño de la vida diaria, suele ser intensa para las familias y en particular para el cuidador primario. Se ha observado que los conflictos con otros miembros de la familia, la disminución de la autoestima y la carencia de una red de apoyo social, pueden acarrear efectos negativos en la capacidad de afrontamiento efectivo por parte del cuidador, exponiéndolos a sufrir de diversos problemas de salud, lo cual repercute

negativamente en la calidad de vida del paciente, del cuidador y de la familia en general. Así mismo, se ha señalado que un adecuado abordaje clínico del funcionamiento familiar puede disminuir el impacto negativo del cuidado en el cuidador<sup>(31)</sup>.

En estudios de tipo longitudinal con cuidadores de pacientes con Alzheimer, se han encontrado altos niveles de depresión, reducción en la satisfacción en la vida e incrementos en los problemas de salud a nivel psíquico y mayor riesgo de mortalidad en los cuidadores que experimentan tensión emocional y física respecto a los no cuidadores. También se han documentado los disturbios relacionados con el sueño, presencia de síntomas psicósomáticos en el cuidador, índices elevados de sobrecarga y síntomas depresivos tanto en el cuidador como en el paciente. Dichos problemas de salud son asociados con los niveles de dependencia del paciente, los problemas de conducta de éste y la falta de apoyo social en la mayoría de los casos estudiados<sup>(32)</sup>.

Diversos estudios sobre la caracterización de la enfermedad crónica y la conducta del cuidador primario informan que las enfermedades presentan diversos desafíos específicos para el cuidador; el ejemplo de los cuidadores de pacientes con hemorragia subalterno-aracnoides temen dejarlos solos por miedo a que le suceda algo grave durante la ausencia; Además temen realizar el acto sexual porque creen que puede presentarse una hemorragia durante el actos sexual. Los esposos de pacientes con enfermedad de Alzheimer describen un sentimiento de incertidumbre y desesperanza; los

cuidadores de pacientes con ICTUS expresaron que la dependencia física, cognoscitiva y la deficiencia generaban problemas de comunicación y síntomas psicológicos en sus esposos <sup>(33)</sup>.

De acuerdo a estas ideas, el cuidador se enfrenta a situaciones estresantes y que van a ser moduladas por un conjunto de variables y condiciones. Sin embargo sobre este aspecto se ha encontrado que los recursos que pueda utilizar el cuidador para hacer frente a la carga derivada de su rol pueden modular la respuesta a la sobrecarga del cuidador. En ese sentido, se han sugerido básicamente dos mecanismos, el afrontamiento del estrés y el apoyo social. Ambos están estrechamente relacionados entre sí; el apoyo social en realidad es una forma de recurso de afrontamiento. El afrontamiento y el apoyo social se consideran mediadores de la respuesta del estrés, en el sentido de que median los efectos de los estresores sobre la respuesta. Aunque ambos están interrelacionados, son dos fenómenos distintos y claramente diferenciables <sup>(34)</sup>.

## **EL ADULTO MAYOR**

### **ASPECTOS PSICOSOCIALES <sup>(35)</sup>**

La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y hacer uso de su experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación o retiro del trabajo y

a su propia muerte. Ha medida que tratan estos temas, sus motivaciones pueden variar, de esta forma se presentan diversas teorías:

- Teoría de la Actividad: cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá y los papeles que constituyen principalmente su satisfacción son: trabajo, cónyuge, padre, madre, y la máxima pérdida es debido a la viudez y la enfermedad.

- Teoría de la Desvinculación: El envejecimiento se caracteriza por una mutua separación, por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuye sus actividades y compromisos, lo cual ayudaría a las personas mayores a mantener su equilibrio, siendo benéfico tanto para la persona como para la sociedad.

- Pérdida de la autoestima:

Muchos adultos llegan a la edad de la jubilación y aún se sienten en plenitud para la realización de sus trabajos.

Frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. Muchos hombres y mujeres científicos, literatos, escritores, investigadores, políticos, hombres de campo, mujeres de casa, etc. Aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a los 65-70 años sienten, sin embargo, que su mente está lúcida y sus ganas de hacer buenas cosas permanecen inalteradas. A pesar de que ellos se ven bien, la sociedad les dice por medio de la jubilación y otras señales, que

ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse. En una palabra, es decir, que ya no le necesitan, que prescindan de él o ella.

- Pérdida del significado o sentido de la vida: La personalidad y el desarrollo se halla siempre en proyecto y que nunca termina de crecer, considera a la última etapa de la vida como la de integración versus la desesperación.

- Pérdida de la facilidad de adaptación:

Al llegar a una mayor edad la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo.

- La aflicción o tristeza por una pérdida: Esta clase de dolor es una respuesta normal y saludable a diferentes tipos de pérdidas. Una puede ser la de la pareja de tantos años, o de la salud, o del trabajo. Para calmarla, la persona tiene que aceptar los términos finales de esta pérdida.

- Insomnio: es muy común en las personas mayores de 65 años pues los patrones de sueño cambian al envejecer. Las causas pueden ser físicas, ambientales o de comportamiento (ruido, comer tarde en la noche, dormir durante el día, etc.), injerencia de cafeína, alcohol, nicotina, algunos antidepresivos, medicinas estimulantes, horario de las medicinas, mentales como ansiedad o depresión; estrés como problemas familiares, financieros, de salud. El insomnio puede ser tratado eficazmente.

- **Estrés:** es causado por el instinto del cuerpo de defenderse a sí mismo. Es bueno en emergencias pero puede causar síntomas físicos si perdura por mucho tiempo. Se puede presentar en la edad avanzada ante la inminencia de la jubilación, problemas familiares, problemas financieros. Se puede aprender el manejo adecuado del estrés.

- **Pérdida de la Memoria:** La edad va asociada a la pérdida normal de la memoria. (Perder un objeto, no recordar nombres, fechas, o las cosas por las que había ido a la tienda, una cita, etc.). Otra muestra puede ser la charla repetitiva sobre un solo tema, una y otra y otra vez. La pérdida de memoria asociada a un deterioro leve de las funciones mentales es más delicada pues corren un alto riesgo a la enfermedad de Alzheimer

- **Transformaciones en la sexualidad:**

La sexualidad nace y muere con el ser humano. De acuerdo a cada edad se transforma como se transforma la mente y el organismo. La sexualidad incluye todas las formas de expresión, desde la aproximación, el tacto, la intimidad emocional, la masturbación o estimulación erótica manual u oral y no solamente el coito.

Desde el punto de vista biológico, en la mayoría de los hombres (no en todos) disminuye la producción de espermatozoides, el tamaño testicular, el fluido seminal y la fuerza de las contracciones. La respuesta de excitación es más lenta, a veces la erección menos firme, la duración del orgasmo es disminuida y el aumento del tiempo de volver a la estimulación. Cuando la



pareja enriquece, sustituye o complementa la actividad sexual con actividades más allá del coito como las caricias eróticas, la masturbación, el sexo oral, etc, se sobrellevan más fácilmente estas dificultades.

En la mayoría de las mujeres (no en todas) se produce una respuesta más lenta a la estimulación, una reducción de la lubricación que puede ocasionar un coito doloroso, menor intensidad en el orgasmo pero persiste la capacidad multiorgásmica. En quienes ya la tenían. Cuando la pareja enriquece con la experiencia, sustituye o complementa la actividad sexual con actividades más allá del coito, se sobrellevan fácilmente estas dificultades.

## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y METODOS**

#### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

**3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN:** Cuantitativa

**3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Aplicativa

**3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN:** Descriptiva

**3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:** Transversal

**3.5 ÁREA DE INVESTIGACIÓN:** La investigación se desarrollara en la Organización de ancianos para Pensión 65 del Distrito de Ayacucho.

**3.6 POBLACIÓN:** Constituido por 150 cuidadores de adultos mayores de 70 a 80 años. De la Organización de Ancianos para pensión 65. Distrito de Ayacucho, 2012.

**3.7 MUESTRA:** No probabilística intencional, constituido por 40 cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 - 80 años.

**3.8 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:** La técnica de recolección de datos será la entrevista y los instrumentos: un cuestionario y la escala de Zarit.

**3.9 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS**

La escala de Zarit tienen los siguientes coeficientes de validez:

Alfa de Cronbach .75

Valores de Pearson mayores de 0,5 con  $p > 0.05$

### **3.10 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **Procedimiento de recolección de datos.**

- Se solicitó autorización para la realización del trabajo de investigación a la Organización de Ancianos para pensión 65 Distrito de Ayacucho, 2012.
- Se Identificó al cuidador del adulto mayor de 70 a 80 años de edad en la Organización de Ancianos para la pensión 65
- Se localizó a los cuidadores de adultos mayores para sensibilizarlos, explicarlos y firma obtener el consentimiento informado.
- Entrevista con los cuidadores primordiales para aplicar los instrumentos: test Zarit, entrevista.

### **3.11. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS:**

Previamente se procederá con el control de calidad de los resultados. Luego se construirá el libro de códigos y con ellos confeccionar la matriz tripartita en el programa Spss y Excel para elaborar cuadros simples y dobles, las que se presentarán para su análisis y discusión.

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS**

**CUADRO N° 01**

**CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS DE LOS CUIDADORES  
PRIMORDIALES DEL ADULTO MAYOR DE 70 A 80 AÑOS DE EDAD,  
OGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65, DISTRITO DE  
AYACUCHO, 2012**

| CARCTERISTICAS DEL CUIDADOR       | SI |      | NO |      | TOTAL |       |
|-----------------------------------|----|------|----|------|-------|-------|
|                                   | N° | %    | N° | %    | N°    | %     |
| MALA SALUD                        | 7  | 17.5 | 33 | 82.5 | 40    | 100.0 |
| SIN CONYUGE O PAREJA              | 14 | 35.0 | 26 | 65.0 | 40    | 100.0 |
| SIN OTRA ACTIVIDAD                | 8  | 20.0 | 32 | 80.0 | 40    | 100.0 |
| BAJO NIVEL ECONOMICO              | 22 | 55.0 | 18 | 45.0 | 40    | 100.0 |
| AUSENCIA DE APOYO SOCIO SANITARIO | 19 | 47.5 | 21 | 52.5 | 40    | 100.0 |

FUENTE: Datos obtenidos de la ficha de datos de los cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 a 80 años, Ayacucho.

El presente cuadro muestra algunas características de los cuidadores primordiales de los adultos mayores de 70 a 80 años, Así se observa que 82,5% refiere buena salud, 65,0% si cónyuge o pareja, 80,0% se dedica sólo al cuidado del adulto mayor, 20,0% refiere no tener otra actividad, 55,0% indica tener bajos recursos económicos, 47,5% indica no tener apoyo socio sanitario.

**CUADRO N° 02****INDICE DE SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES PRIMORDIALES DE ADULTOS MAYORES DE 70 A 80 AÑOS DE EDAD ORGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65, DISTRITO DE AYACUCHO, 2012.**

| INDICE DE SOBRECARGA | N°        | %            |
|----------------------|-----------|--------------|
| SIN SOBRECARGA       | 23        | 57,5         |
| SOBRECARGA LIGERA    | 13        | 32,5         |
| SOBRECARGA INTENSA   | 4         | 10,0         |
| <b>T O T A L</b>     | <b>40</b> | <b>100,0</b> |

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del test de Zarit a los cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 a 80 años.

El presente cuadro, indica que del 100% de la muestra en estudio, 57,5% no presentan sobrecarga ligera, 32,5% si presentan sobrecarga y 10,0% sobre carga intensa.

### CUADRO N° 03

#### INDICE DE SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES PRIMORDIALES SEGÚN TIEMPO DEDICADO AL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR DE 70 A 80 AÑOS DE EDAD, ORGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65, DISTRITO DE AYACUCHO, 2012.

| TIEMPO<br>DEDICADO AL<br>CUIDADO DEL<br>ADULTO MAYOR | INDICE DE SOBRECARGA |      |                      |      |                       |      |       |       |
|--|----------------------|------|----------------------|------|-----------------------|------|-------|-------|
|  | SIN<br>SOBRECARGA    |      | SOBRECARGA<br>LIGERA |      | SOBRECARGA<br>INTENSA |      | TOTAL |       |
|  | N°                   | %    | N°                   | %    | N°                    | %    | N°    | %     |
| < DE 5 AÑOS  | 9                    | 22.5 | 7                    | 17.5 | 2                     | 5.0  | 18    | 45.0  |
| DE 5 - 10 AÑOS                                       | 11                   | 27.5 | 6                    | 15.0 | 0                     | 0.0  | 17    | 42.5  |
| > DE 10 AÑOS   | 3                    | 7.5  | 0                    | 0.0  | 2                     | 5.0  | 5     | 12.5  |
| TOTAL  | 23                   | 57.5 | 13                   | 32.5 | 4                     | 10.0 | 40    | 100.0 |

FUENTE: Datos obtenidos por la aplicación del cuestionario a los cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 a 80 años.

El cuadro 03 indica que, del 100% de la muestra en estudio, 45, 0% de cuidadores se han dedicado menos de 5 años al cuidado del adulto mayor de 70 – 80 años, de ellos, 22,5% no presentan sobrecarga, 17,5% si presentaron sobrecarga y 5,0% presentaron sobre carga intensa; 42,5% se dedican de 5 a 10 años al cuidado del adulto mayor, de ellos, 27,5% no presentaron sobrecarga, y 15,0% si presentaron sobrecarga; 12,5% de cuidadores se dedica a esta actividad por más de 10 años, de ellos, 7,5% no presentaron sobrecarga y 5,0% sobrecarga intensa.

**CUADRO N° 04**

**INDICE DE SOBRECARGA SEGÚN SEXO DE LOS CUIDADORES  
PRIMORDIALES DEL ADULTO MAYOR DE 70 A 80 AÑOS DE EDAD,  
OGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65, DISTRITO DE  
AYACUCHO, 2012.**

| SEXO DEL<br>CUIDADOR | INDICE DE SOBRECARGA |      |                      |      |                       |      |       |       |
|----------------------|----------------------|------|----------------------|------|-----------------------|------|-------|-------|
|                      | SIN<br>SOBRECARGA    |      | SOBRECARGA<br>LIGERA |      | SOBRECARGA<br>INTENSA |      | TOTAL |       |
|                      | N°                   | %    | N°                   | %    | N°                    | %    | N°    | %     |
| MASCULINO            | 5                    | 12.5 | 9                    | 22.5 | 1                     | 2.5  | 15    | 37.5  |
| FEMENINO             | 18                   | 45.0 | 4                    | 10.0 | 3                     | 7.5  | 25    | 62.5  |
| TOTAL                | 23                   | 57.5 | 13                   | 32.5 | 4                     | 10.0 | 40    | 100.0 |

FUENTE: Datos obtenidos de la ficha de datos de los cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 a 80 años, Ayacucho.

El cuadro que antecede expresa que, del 100,0% de la muestra en estudio, 62,5% son de sexo femenino, de ellas, 45,0% no presentaron sobrecarga, 10,0% si presentaron sobrecarga y 7,5% sobrecarga intensa; 37,5% son de sexo masculino, de ellos, 22,5% presentaron sobre carga, 12,5% no presentan y 2,5% presentaron sobrecarga intensa.



**CUADRO N° 05**

**INDICE DE SOBRECARGA SEGÚN EDAD DE LOS CUIDADORES  
PRIMORDIALES DEL ADULTO MAYOR DE 70 A 80 AÑOS DE EDAD,  
OGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65, DISTRITO DE  
AYACUCHO, 2012.**

| EDAD DEL CUIDADOR | INDICE DE SOBRECARGA |             |                   |             |                    |             |           |              |
|-------------------|----------------------|-------------|-------------------|-------------|--------------------|-------------|-----------|--------------|
|                   | SIN SOBRECARGA       |             | SOBRECARGA LIGERA |             | SOBRECARGA INTENSA |             | TOTAL     |              |
|                   | N°                   | %           | N°                | %           | N°                 | %           | N°        | %            |
| 20 - 30           | 3                    | 7.5         | 1                 | 2.5         | 0                  | 0.0         | 4         | 10.0         |
| 31 - 40           | 11                   | 27.5        | 3                 | 7.5         | 1                  | 2.5         | 15        | 37.5         |
| 41 - 50           | 3                    | 7.5         | 3                 | 7.5         | 2                  | 5.0         | 8         | 20.0         |
| 51 - 60           | 6                    | 15.0        | 6                 | 15.0        | 1                  | 2.5         | 13        | 32.5         |
| <b>TOTAL</b>      | <b>23</b>            | <b>57.5</b> | <b>13</b>         | <b>32.5</b> | <b>4</b>           | <b>10.0</b> | <b>40</b> | <b>100.0</b> |

FUENTE: Datos obtenidos de la ficha de datos de los cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 a 80 años, Ayacucho.

El presente cuadro muestra que 37,5% de cuidadores se encuentran en el grupo etareo de 31 – 40 años, de ellos, 27,5% no presentaron sobrecarga, 7,5% si presentaron y 2,5% presentaron sobrecarga intensa; 32,5% de cuidadores se encuentran en el grupo etareo de 51 – 60 años, de ellos, 15,0% no presentaron sobrecarga, y un porcentaje igual presentaron sobrecarga y 2,5% presentaron sobrecarga intensa.

**CUADRO N° 06**

**INDICE DE SOBRECARGA SEGÚN RELACION DE FAMILIARIDAD DE  
LOS CUIDADORES PRIMORDIALES DEL ADULTO MAYOR DE 70 A 80  
AÑOS DE EDAD, ORGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65,  
DISTRITO DE AYACUCHO, 2012**

| RELACIÓN DE FAMILIARIDAD | INDICE DE SOBRECARGA |      |                   |      |                    |      |       |       |
|--------------------------|----------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|-------|-------|
|                          | SIN SOBRECARGA       |      | SOBRECARGA LIGERA |      | SOBRECARGA INTENSA |      | TOTAL |       |
|                          | N°                   | %    | N°                | %    | N°                 | %    | N°    | %     |
| ESPOSA O CONVIVIENTE     | 3                    | 7.5  | 2                 | 5.0  | 1                  | 2.5  | 6     | 15.0  |
| HERMANO(A)               | 0                    | 0.0  | 2                 | 5.0  | 0                  | 0.0  | 2     | 5.0   |
| HIJO(A)                  | 0                    | 0.0  | 2                 | 5.0  | 1                  | 2.5  | 3     | 7.5   |
| NINGUNA FAMILIARIDAD     | 18                   | 45.0 | 8                 | 20.0 | 3                  | 7.5  | 29    | 72.5  |
| TOTAL                    | 21                   | 52.5 | 14                | 35.0 | 5                  | 12.5 | 40    | 100.0 |

FUENTE: Datos obtenidos de la ficha de datos de los cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 a 80 años, Ayacucho.

El cuadro N° 06 indica que, 72,5% de cuidadores no son familiares directos sino que son responsables muchos ellos, y que el 45,0% no presentaron sobrecarga, 20,0% si presentaron sobrecarga y 7,5% sobrecarga intensa; 15,0% son esposos(as) o convivientes del adulto mayor, de ellos, 7,5% no presentaron sobrecarga, 5,0% si presentaron y 2,5% presentaron sobrecarga intensa.

**CUADRO N° 07**

**INDICE DE SOBRECARGA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS  
CUIDADORES PRIMORDIALES DEL ADULTO MAYOR DE 70 A 80  
AÑOS DE EDAD, ORGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65,  
DISTRITO DE AYACUCHO, 2012**

| GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR | INDICE DE SOBRECARGA |      |                   |      |                    |      |       |       |
|-----------------------------------|----------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|-------|-------|
|                                   | SIN SOBRECARGA       |      | SOBRECARGA LIGERA |      | SOBRECARGA INTENSA |      | TOTAL |       |
|                                   | N°                   | %    | N°                | %    | N°                 | %    | N°    | %     |
| PRIMARIA                          | 3                    | 7.5  | 4                 | 10.0 | 1                  | 2.5  | 8     | 20.0  |
| SECUNDARIA                        | 10                   | 25.0 | 4                 | 8.0  | 2                  | 5.0  | 16    | 40.0  |
| SUPERIOR                          | 10                   | 25.0 | 5                 | 12.5 | 1                  | 2.5  | 16    | 40.0  |
| TOTAL                             | 23                   | 57.5 | 13                | 32.5 | 4                  | 10.0 | 40    | 100.0 |

FUENTE: Datos obtenidos de la ficha de datos de los cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 a 80 años, Ayacucho.

El presente cuadro indica que del 100,0% de la muestra en estudio, 40,0% de cuidadores tienen instrucción superior y secundaria respectivamente, del grupo de cuidadores con grado superior, 25,0% no presentaron sobrecarga, 12,5% si presentó y 2,5% presentó sobrecarga intensa; del grupo con grado secundario, 25,0% no presentó sobrecarga, 8,0% si presentó y 5,0% presentó sobrecarga intensa.

**CUADRO N° 08**

**INDICE DE SOBRECARGA SEGÚN TIPO DE FAMILIA DE LOS  
CUIDADORES PRIMORDIALES DEL ADULTO MAYOR DE 70 A 80  
AÑOS DE EDAD, ORGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65,  
DISTRITO DE AYACUCHO, 2012**

| TIPO DE FAMILIA | INDICE DE SOBRECARGA |      |                   |      |                    |      |       |       |
|-----------------|----------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|-------|-------|
|                 | SIN SOBRECARGA       |      | SOBRECARGA LIGERA |      | SOBRECARGA INTENSA |      | TOTAL |       |
|                 | N°                   | %    | N°                | %    | N°                 | %    | N°    | %     |
| FUNCIONAL       | 18                   | 45.0 | 10                | 25.0 | 3                  | 7.5  | 31    | 77.5  |
| DISFUNCIONAL    | 5                    | 12.5 | 3                 | 7.5  | 1                  | 2.5  | 9     | 22.5  |
| TOTAL           | 23                   | 57.5 | 13                | 32.5 | 4                  | 10.0 | 40    | 100.0 |

FUENTE: Datos obtenidos de la ficha de datos de los cuidadores primordiales de adultos mayores de 70 a 80 años, Ayacucho.

En cuadro N° 08, muestra que del 100% de la muestra poblacional, 77,5% tienen una familia funcional, de ellos, 45,0% no presentaron sobrecarga, 25,0% si presentó y 7,5% presentó sobrecarga intensa; 22,5% tienen una familia disfuncional, de ellos, 12,5% no presentaron sobrecarga, 7,5% si presentó y 2,5% presentó sobrecarga intensa.

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSION**

Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud sobre el “Estado del envejecimiento y la salud en América Latina y el Caribe, la situación socioeconómica de los adultos mayores”, el Perú se ubica en la subregión Países Andinos junto con Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela, en la que el índice de envejecimiento se duplicará en las próximas dos décadas y el área rural seguirá siendo importante en cuanto a población adulta mayor.

Mediante la presente investigación, se ha identificado algunas características socio demográficas del cuidador(as) de adultos mayores del programa pensión 65 del Distrito de Ayacucho(CUADRO N° 1), entre ellas tenemos: 17,5% se queja de tener mala salud, 35,0% refieren no tener cónyuge o pareja, 20,0% se dedica exclusivamente al cuidado del adulto mayor, 62,5% refieren no tener otro adulto mayor en el domicilio, 55,0% indican tener bajos recurso económicos, 47,5% refiere no haber tenido

apoyo socio sanitario, el 62,5% refieren no saber el manejo de las enfermedades.

Al respecto Breinbauer K Hayo, Vásquez V Hugo, Mayanz Sebastián, Guerra Claudia, Millán K Teresa refieren que, la edad promedio de los cuidadores fue 55,6 años, 89,3% eran mujeres, 89,3% eran hijas de quienes cuidaban y llevaban en promedio 10,1 años ejerciendo como cuidadoras. El 77,3% sólo se dedicaban a esta actividad y salían sólo 4,4 veces al mes fuera de su hogar. En la escala de Zarit, 52,9% mostró sobrecarga intensa, 17,6% sobrecarga ligera y 29,4% no presentó sobrecarga<sup>(36)</sup>.

En una investigación realizado en Colombia (2006), se estudiaron 102 familias en su mayoría de nivel socioeconómico bajo (75.3%) con una discapacidad media de 4 años (rango 1-60 años). y se encontró que los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad. Los resultados de este estudio identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados como un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas<sup>(37)</sup>.

Más de la mitad de los entrevistados informaron padecer en el momento de la entrevista alguna enfermedad crónica, siendo las más frecuentes: las osteoarticulares seguidas de las cardiovasculares y las mentales. Estos problemas de salud han sido informados por investigaciones previas<sup>(38)</sup>.

Los estudios muestran que dichas enfermedades están asociadas al proceso de cuidar. Las cuidadoras de mayor edad presentan frecuentemente problemas de salud derivado de tener que realizar las maniobras cotidianas al enfermo (movilizarlo dentro y fuera de la cama, levantarse varias veces en la noche, sobrecarga, etc.). Igualmente, las cuidadoras de menor edad, se ven impedidas del descanso, actividad de ocio y tienen exceso de responsabilidad debido a que deben asistir al enfermo y ocuparse de otras ocupaciones como atender al marido e hijos cuando corresponda<sup>(39)</sup>.

Con respecto a la situación laboral, la presente investigación encontró que 70,7% de los entrevistados se dedica a cuidar al familiar, aunque hay que destacar que los cuidadores/as que se dedican a la asistencia del familiar, también asumen el rol de amas de casa; los que trabajan son en menor porcentaje (17,4%), sin embargo, los jubilados conforman el 35.9%. Este perfil ocupacional es similar a los estudios previos<sup>(40)</sup>, los cuales señalan que la actividad de cuidar dificulta que los cuidadores puedan desarrollarse en el ámbito profesional. Otro dato importante a destacar es el hecho que los cuidadores mayores de 65 años tienden a dedicarse en mayor proporción al cuidado del familiar, lo cual coincide con la edad de Jubilación, mientras que los menores de esas edades combinan la actividad laboral con el cuidado del paciente.

Las características socio demográficas del cuidador/a familiar y del cuidado del adulto mayor con dependencia funcional que se encontraron en el estudio, permitió identificar que los cuidadores de adultos mayores son un

grupo en desventaja social y de salud en las que su ocupación, el parentesco y nivel de dependencia del adulto mayor afectan su bienestar mayormente en la dimensión espiritual y en menor medida la dimensión social.

En consecuencia las características de los cuidadores(as) dependen de la situación socioeconómica de población estudiada, estas varían abismalmente según los factores de riesgo que no se han controlado. Por tanto las características sobresalientes de los cuidadores son bajo nivel económico, sin otro adulto mayor que cuidar, ausencia de apoyo socio sanitario, la frecuencia de patologías gastrointestinales.

Si bien la familia siempre ha sido cuidadora de sus miembros, es a partir del año 80 cuando aparece la preocupación por "los cuidadores". Ello es debido a diferentes factores, principalmente los cambios demográficos, sobre todo al envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida.

La familia, es la principal fuente de apoyo a las personas mayores que tienen dificultad para cuidar de sí mismas. Cuando una persona adulta mayor tiene algún tipo de dependencia, generalmente un miembro de la familia asume el rol del cuidador. Se entiende por cuidador primario o primordial a la persona del hogar o de la familia que se encarga habitualmente de cuidar la salud de las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio.

El Cuidador, es la persona encargada habitualmente de las necesidades básicas y psicosociales del adulto mayor, sufre un sin número



de alteraciones en su salud física y emocional que de no ser atendidos se traducirían tarde o temprano en el llamado "síndrome de sobrecarga del cuidador" (efectos subjetivos como sufrimiento emocional y objetivos como pérdida de la salud), que tienen más relación con el grado de invalidez (dependencia en actividades de la vida diaria) que con la etiología de la enfermedad<sup>(41)</sup>.

Se considera 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, libertad y equilibrio emocional. A la sobrecarga emocional hay que añadir el esfuerzo y la sobrecarga física constante, con poco tiempo dedicado al descanso y sueño y en un entorno donde a veces existen barreras arquitectónicas importantes (camas bajas, bañeras, escaleras,...) que ocasionan en el cuidador alteraciones músculo-esqueléticas<sup>(42)</sup>.

Mediante la presente investigación se ha determinado (CUADRO N° 02) que, 42,5% de cuidadores presentaron sobrecarga (ligera e intensa).

Al respecto, Flores, en la investigación "Nivel de sobrecarga en el desempeño del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia"<sup>(43)</sup>, encontraron, que, 59,7% de cuidadores presentaron una sobre carga ligera, 23,9% sobre carga intensa y 16,4% no presentaron ningún tipo de sobrecarga.

En la investigación: "El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud", encontraron 66,4% de los cuidadores con sobrecarga, según el test de Zarit, siendo leve-

moderada en el 23,7% y severa en el 32,7%. La puntuación media obtenida en dicho cuestionario fue de 53,7 puntos<sup>(44)</sup>.

Nuestros resultados discrepan con los datos encontrados por los autores mencionados, la diferencia radica en la frecuencia e intensidad de sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores.

El tiempo dedicado del cuidador al cuidado del adulto mayor, indudablemente es un factor que agrava la sobrecarga del cuidador, estudios realizado en Valdivia (Chile), encontraron que la frecuencia del tiempo dedicado al cuidado del adulto mayor fue, 43,3% de 1 – 5 años; 22,4% de 5 a 10 años, 14,9% de 10 a 15 años y 11,9% de 15 a más años<sup>(43)</sup>.

Al principio de los años 60 surge el concepto de sobrecarga, que se refiere al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos mayores, es en la década del 80 cuando Zarit y colaboradores desarrollan un procedimiento para su evaluación, conocida como test de sobrecarga o escala de Zarit<sup>(45)</sup>. Diferentes estudios han demostrado que, en los cuidadores que llevan varios años realizando esta actividad y por lo tanto la sobrecarga es mayor, se produce un aumento de una sustancia llamada interleuquina<sup>(46)</sup>, que llega a alcanzar cifras cuatro veces más altas que en la población general. Se conoce que esta sustancia está implicada en la aparición de enfermedades serias como la cardiopatía isquémica, la diabetes tipo II, la osteoporosis y ciertos tipos de cánceres, llevando a un

premature envejecimiento de la respuesta inmunitaria, lo que explica la presencia de síntomas físicos en los cuidadores<sup>(47)</sup>.

La presente investigación (CUADRO N° 03), identifica que 45,0% de cuidadores se dedica al cuidado de los adultos mayores < de 5 años, de ellos 19,5% presentan sobrecarga leve e intensa. 45,5% se dedican al cuidado entre 5 a 10 años, de ellos 15,0% presentan sobrecarga intensa, del 12,5% de cuidadores que se dedican por más de 10 años, 5,0% presentan sobrecarga intensa. Por ello se deduce que a mayor tiempo de dedicación, mayor frecuencia de sobrecarga. En consecuencia nuestros resultados en parte concuerdan con los del autor mencionado.

La sobrecarga que soporta el cuidador, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, siendo numerosos los trabajos publicados en los que se reflejan dichas repercusiones negativas, destacando por su frecuencia las referidas al malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación.

En la mayoría de las familias, la mujer es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados. La mayor parte de estas cuidadoras principales son: esposas, hijas y nueras. Hasta tal punto es así que ocho de cada diez personas que están cuidando a un familiar mayor son mujeres, cuyas edades están comprendidas entre 45 y 65 años de edad. Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los

mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa. A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores bien como cuidadores principales o bien como ayudantes de las cuidadoras principales, lo que significa un cambio progresivo de la situación<sup>(48)</sup>.

Estudios realizados en México refieren que predominaron las cuidadoras primordiales del género femenino, con edad promedio de 41 a 60 años y en su mayoría presentaron una intensa sobrecarga emocional<sup>(49)</sup>.

Según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, En el perfil básico de los cuidadores informales en España para el año 2004, predominó el sexo femenino (83,6%)<sup>(50)</sup>.

Esta feminización de la población con dependencia funcional, que se agudiza en las personas mayores de 65 años es explicada, entre otras razones, por la relación existente entre la edad avanzada y la dependencia, ya que los varones tienen una esperanza de vida siete años menor que las mujeres. Dicho fenómeno se corresponde con la pirámide de población en la cual los tramos más altos están compuestos principalmente por mujeres.

Los resultados encontrados mediante el presente estudio (CUADRO N° 4), confirman lo expresados por los autores señalados. Hay que resaltar que la frecuencia de sobrecarga en la población femenina es menor que en la masculina, así del 62,5% de mujeres cuidadoras de adultos mayores, sólo

el 17.5% presentaron sobrecarga, frente al 27.0 % de los cuidadores de sexo masculino.

Al respecto Diferentes estudios muestran que las mujeres cuidadoras presentan el doble de sobrecarga que los hombres cuidadores. Además, encontraron que el apoyo social y el afrontamiento se comportaron como variables mediadoras de los efectos del estrés y la depresión en los cuidadores de ambos sexos<sup>(51)</sup>.

Se deduce que la actividad del cuidado hacia el adulto mayor en la Organización de adultos mayores para pensión 65, distrito de Ayacucho, lo asume en la mayoría de casos las mujeres, principalmente porque son esposas y cumplen estas labores porque la educación recibida y presión social obliga a realizar estas actividades. Sin embargo el descubrimiento mediante el presente estudio es que la frecuencia de sobrecarga es menor en relación al sexo masculino.

La edad del cuidador está generalmente está relacionado directamente con el quehacer del cuidador, se observa una mayor frecuencia de cuidadores(as) de mayor edad, creemos es por la disponibilidad de tiempo, no tener ocupación o en caso de las mujeres generalmente asisten a adultos mayores jubilados.

Mediante la presente investigación se identificó que la edad de los cuidadores mayoritariamente está en el grupo etareo de 31 a 40 años, seguido por el grupo de 51 -60 años, el promedio de edad de los cuidadores sujeto a estudio fue 45 años.

En relación de la edad con la sobrecarga, esta fue menor en el grupo de personas de 51 a 70 años, probablemente ese resultado está relacionado con el hecho de que estos individuos tienen menor carga laboral y social que los más jóvenes. Por su parte las personas del sexo femenino presentaron una sobrecarga mayor que las del sexo masculino. Un resultado esperado, y que se explica por sí solo, es que las personas que realizan solos la actividad de cuidar a un Adulto mayor tiene mayor sobrecarga que los que comparten esta actividad. Si los cuidadores tienen a su cargo otros Adultos Mayores o personas de la familia, o son solteros, también reportan una mayor sobrecarga. Lo mismo sucede con los que tienen responsabilidades con hijos o nietos y con los que tienen lazos familiares con el Adulto Mayor a cuidar.

En la investigación realizada por Pérez Martínez, Víctor (Cuba, 2010)<sup>(48)</sup> refiere que, El grupo de edades que prevaleció en los cuidadores fue el de 50 a 54 años para el 47,2 %, seguido del grupo de 60 a 64 años que representó el 44,4 %. La edad media de los cuidadores fue de 55 años.

Resultados obtenidos en la investigación, Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas, refieren que, predominaron las cuidadoras primarias del género femenino, con edad promedio de 41 a 60 años y en su mayoría presentaron una intensa sobrecarga emocional<sup>(52)</sup>.

Nuestros resultados encontrados mediante la presente investigación muestran (CUADRO N° 05) que, los grupos etareos de 31 a 40 (años) y de 51 a 60 (años) son los que presentan mayoritariamente sobrecarga. Estos

resultados difieren de los encontrados por los autores mencionados, observándose que la media de la edad de los cuidadores estudiados en la presente investigación es menor que la encontrada por otros autores.

En relación con la familiaridad de los cuidadores(as), estudios realizados en España indican que el 91,8% eran familiares del adulto Mayor, destacaban en el cuidado, en primera línea, los hijos con 55,5%<sup>(53)</sup>

Otros estudio han identificado los aspectos positivos del proceso de cuidar a un familiar enfermo. Se ha descrito la autoestima aumentada, orgullo, satisfacción y sentimiento más íntimo a hacia los esposos y/o padres. Además<sup>(54)</sup>.

Sin embargo, un estudio del Grupo Internacional de Investigaciones en demencias, 10/66, el primero realizado en 32 países en vías de desarrollo, y que incluye 706 personas con demencia y sus cuidadores cruciales de 5 regiones del planeta: China y Sudeste Asiático, India, Latinoamérica y el Caribe (incluida Cuba) y África, informa que la mayoría de estos cuidadores son las esposas o mujeres más jóvenes<sup>(55)</sup>

Respecto a la familiaridad de los cuidadores(as), los resultados encontrados mediante la presente investigación(CUADRO N° 6) indican que el 72,5% no tienen relación familiar con el adulto mayor, este resultado se puede interpretar como abandono del adulto mayor por parte de sus familiares, es un poco improbable que sean cuidadores externos contratados por la familia, dada la realidad de la región es más probable que sean personas caritativas que se encargan del cuidado de los adultos mayores, lo

cual es reforzada por 15,0% de esposos o pareja, 7,5% de hijos y 5,0% de hijos.

Estos resultados discrepan abismalmente de los encontrados por otros autores. En el caso de la presente investigación se presume que son personas lejanas a la familiaridad, lo cual es impresionante como personas sin tener familiaridad se hacen responsables del cuidado del adulto mayor.

Los resultados encontrados (CUADRO N° 7) en los cuidadores de los adultos mayores de la organización pensión 65 en relación al grado de instrucción son: 40,0% tienen instrucción superior y secundaria respectivamente y sólo el 20, % con instrucción primaria.

En relación al nivel de estudios se destaca los estudios secundarios, seguido por el superior de los cuidadores, siendo importante señalar que el 17,1% no presenta niveles de escolaridad. Para el año de 1994 el 75% del conjunto de cuidadores y cuidadoras principales no tenían actividad laboral retributiva (eran amas de casa el 50%, jubiladas/os el 15% y paradas/os el 9,7%); para el año 2004<sup>(56)</sup>.

Estudios realizado en España (2006) identificó que 17,1% de cuidadores no tenían estudios, 43,0% tenían primaria, y 39,6% secundaria<sup>(57)</sup>.

Espín Andrade Ana Margarita en su trabajo "Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia" Cuba (2008) encontró que, el nivel escolar predominante fue el universitario (49,2 %), seguido de los de nivel educacional medio (24,6 %) y de los de



nivel preuniversitario (18 %). Sólo el 8,2 % tenía un nivel de enseñanza primario<sup>(58)</sup>.

En relación al nivel de educación es necesario aclarar que las cifras varían según la población que se tome para el estudio, sin embargo, se aprecia que el nivel de escolaridad está en relación con la sobrecarga, los niveles altos de escolaridad no presentan sobrecarga.

Se deduce que, los cuidadores del adulto mayor tienen niveles altos de escolaridad, lo que posibilita que la sobrecarga sea menos frecuente, puesto que los cuidadores con buen nivel de conocimiento tienen más facilidades en el cuidado de los adultos mayores.

Sobre la funcionalidad familiar, Crespo López y López Martínez<sup>(59)</sup>, observaron una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo de cuidadores, así como una mayor frecuencia de disfunción familiar y de sensación de apoyo social insuficiente.

Es comprensible que la edad de los cuidadores tiene algo que ver con la disfunción familiar, muchos de ellos han perdido a sus pareja, los hijos han salido del hogar, por ello se califican como familias disfuncionales.

La presente investigación encontró (CUADRO N° 08) que, la gran mayoría de los cuidadores primordiales de los adultos agrupados en el programa Pensión 65 de Ayacucho tienen familias funcionales, lo que consideramos una fortaleza de los cuidadores y favorable para los adultos mayores. Sin embargo la sobrecarga del cuidador no está ligada a ninguna de estos indicadores. Por ello, podemos afirmar que la sobrecarga del cuidador primordial se presenta tanto en familias funcionales como

disfuncionales. Sin embargo creemos que la funcionalidad familiar es un soporte positivo para el cuidado del adulto mayor.

## CONCLUSIONES

1. Las características sobresalientes de los cuidadores de los adultos mayores agrupados en el programa Pensión 65 de Ayacucho son: Bajo nivel económico, ausencia de apoyo socio sanitario y la frecuencia de patologías gastrointestinales.
2. Se ha determinado que 42,5% de los cuidadores primordiales de los adultos mayores agrupados en el programa Pensión 65 de Ayacucho padecen de sobrecarga en el cuidado del adulto mayor.
3. La mayoría de los cuidadores (as) son del sexo femenino.
4. Es impresionante la diferencia de sobrecarga entre cuidadores de sexo femenino y masculino, lo que presumiblemente indica mayor predisposición de las mujeres a la labor de cuidado.
5. El promedio de edad es 45 años.
6. Es impresionante que la mayoría de los cuidadores (72,5%) no tienen ninguna relación familiar con el adulto mayor sujeto al cuidado
7. La sobrecarga en el cuidado del adulto mayor se presenta tanto en cuidadores con grado de instrucción superior como con primaria, asimismo entre los cuidadores de familias funcionales y disfuncionales

## RECOMENDACIONES

A la Facultad de Enfermería, incorporar la perspectiva de género en la formación profesional de enfermería para brindar un cuidado de calidad en este grupo vulnerable.

Al Sector Salud, es importante la intervención del equipo de salud en el descubrimiento temprano y el manejo precoz de los cuidadores cuya sobrecarga es suficiente para limitar su desarrollo personal. Esta clase de orientación permitirá el manejo integral de los enfermos crónicos y constituiría un enfoque preventivo y de promoción en salud fundamental para el encuentro familiar.

Al sector Salud, se debe tener en cuenta la crisis y los síntomas emocionales que se desencadenan ante la presencia de un adulto mayor discapacitado en el hogar; por tanto, el equipo de salud debe proporcionar un enfoque biopsicosocial para el Adulto mayor y su familia, a fin de permitir la reorganización de las funciones en los miembros de la familia,

Se necesitan estudios adicionales que evalúen el impacto de las intervenciones a nivel individual y familiar que tiendan a mejorar el bienestar de los cuidadores primordiales de los adultos mayores discapacitados.

Realizar más estudios sobre el tema en diferentes enfoques y niveles de investigación.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Lara Pérez Leydis, Díaz Diaz, Madalys, Herrera Cabrera Elisa, Silveira Hernández Pablo. Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2001 Ago [citado 2011 Nov 12]; 17(2): 107-111. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192001000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000200007&lng=es).
2. Crespo-López, J. López-Martínez. Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Volumen 40, Issue null, Pages 55-61. España, 2009.
3. Muela, J.A., Torres, C. y Peláez, E. Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 2002.
4. Artaso, B., Goñi, A. y Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38 (4): 212-18.).
5. Pérez A. Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento [Tesis Doctoral]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca, 2008. [Internet] Portal Mayores. [citado 20 octubre 2009]. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es>.
6. López Gil M<sup>a</sup> Jesús, Orueta Sánchez Ramón, Gómez-Caro Samuel, Sánchez Oropesa Arancha, Carmona de la Morena Javier, Alonso Moreno Francisco Javier. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam* [revista en la Internet]. 2009 Jun Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es)      <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2009000200004>

7. Crespo-López, J. López-Martínez. Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, Volumen 40, Issue null, Pages 55-61. España, 2009.
8. Víctor T. Pérez Martínez; Tatiana de la Vega Pazitková. Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico "Ana Betancourt". Comité Científico del Policlínico Docente "Ana Betancourt", municipio Playa. La Habana Cuba, 2009.
9. Pérez Peñaranda, Aníbal. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Programa: La Enfermedad: su Dimensión Personal y Condicionantes Socioculturales. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA. Universidad de Salamanca Facultad de Medicina, 2006.
10. García-Calvente María del Mar, Mateo-Rodríguez Inmaculada, Maroto-Navarro Gracia. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. [citado 2011 Nov 13]. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es)
11. López Martínez J. Efectos positivos de un estresor crónico. El cuidador de un enfermo con demencia. Universidad de Madrid. Facultad de psicología. España. III Congreso Virtual Interpsiquis 2000. 2- De Paz F. El Mal de Alzheimer. Suplemento Científico Técnico. Diario Juventud Rebelde. Cuba. 15 de abril 2001. 3- Llibre J J, Guerra M. Actualización sobre enfermedad de Alzheimer. *Rev Cub Med Gen Int* abril 2002. Vol. 18.
12. Montoro J. Consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores. *Rev Int Sociol* 1999; 23:7-29.

13. Mantón kg y Gu X. Los cambios en la prevalencia de discapacidad crónica en los Estados Unidos negro y no negro población de 65 años desde 1982 hasta 1999. Proc Natl Acad Sci. 2000
14. Crespo, M., López, J., Gómez, M.M. y Cuenca, T. (2003). ¿El cuidador descuidado?. Jano, LXV; 1485: 54-5.
15. Dippel, R.L. y Hutton, J.T. Asistencia y cuidado del paciente de Alzheimer: decálogo del cuidador. Madrid, 2002
16. Lázaro RS. Lidiando con el estrés de la enfermedad. OMS Reg Publ Eur. Ser 2002.
17. Rinaldi L, R Spazzafumo, Mastriforti P, M Mattioli, MarvardiM C, Polidori A, et al. Predictores de alto nivel de la carga y la angustia en los cuidadores de pacientes con demencia: Resultados de un estudio multicéntrico italiano. Int J Geriatr Psiquiatría 2005
18. Moral MS, Juan J, López MJ, Pellicer P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Aten Primaria 2003.
19. García Calvente MM, Rodríguez I, Navarro G. El impacto del cuidar en la salud y la calidad de la vida de las mujeres. Gac Sanit 2004 may.
20. García Calvente MM, Rodríguez I, Navarro G. El impacto del cuidar en la salud y la calidad de la vida de las mujeres. Gac Sanit 2004 may.
21. Abellán A. Las personas mayores en España. Informe 2002. Estado de salud. Observatorio de Personas mayores. IMSERSO-CSIC. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/libro\\_blanco.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/libro_blanco.pdf).
22. Muñoz F, Espinosa JM, Portillo J, Benítez MA. Cuidados paliativos: atención a la familia. Aten Primaria 2002.
23. Seira Lledos MP, Blanco A, Calvo Gascon A. Morbidity Perceived and Diagnosed among Caregivers of Immobilized People in a Rural Health District. Rev Esp Salud Pública 2002.

24. García calvente MM, Rodríguez I, Navarro G. El impacto del cuidar en la salud y la calidad de la vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004 may
25. Nijboer TM, Tempelaar R, Sanderman R, Van den bos GAM. Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. *Cancer*, 1999)
26. Duran, M.A. Los Costes invisibles de la enfermedad, (Segunda Edición), Madrid: Editorial Fundación BBVA; 2002.
27. Boyle Detal. Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. *Cancer Nursing* 2000.
28. Rees, J, O'Boyle, C, MacDonagh, R. Quality of life: impact of chronic illness on the partner. *J R Soc Med* 2001.
29. Jung-won Lim and Brad Zebrack. Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health Qual Life Outcomes* 2004.
30. Winslow BW. Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in Nursing & Health* 1997.
31. Mitrani, J. E. Lewis, D. J. Feaster, S. J. Czaja, C. Eisdorfer, R. Schulz, et al. The Role of Family Functioning in the Stress Process of Dementia Caregivers: A Structural Family Framework. *Gerontologist* 2006
32. MacCurry SM, Vitiello MU, Gibbons LE, Logsdon RGL. Factors associated with caregiver reports of sleep disturbances in persons with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006.
33. Jung-won Lim and Brad Zebrack. Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health Qual Life Outcomes* 2004.
34. Pal, K. Thennarasu, J. Fleming, M. Schulzer, T. Brown, S. Calne. Nocturnal sleep disturbances and daytime dysfunction in patients with Parkinson disease and in their caregivers. *Parkinsonism Relat Disord* 2004.
35. AMAPSI. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología



<http://www.amapsi.org/portal> Potenciado por Joomla! Generado: 14 October, 2012.

36. Breinbauer K Hayo, Vásquez V Hugo, Mayanz S Sebastián, Guerra Claudia, Millán K Teresa. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Mayo [citado 2013 Abr 07] ; 137(5): 657-665. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es). doi: 10.4067/S0034-98872009000500009
37. ELIANA DUEÑAS, MARÍA ANGGELINE MARTÍNEZ, BENJAMÍN MORALES, CLAUDIA MUÑOZ, ANA SOFÍA VIÁFARA y JULIÁN A. HERRERA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colombia Médica Vol. 37 N° 2 (Supl 1), 2006 (Abril-Junio)
38. Seira Iledos MP, Blanco A, Calvo Gascon A. Morbidity Perceived and Diagnosed among Caregivers of Immobilized People in a Rural Health District. Rev Esp Salud Pública 2002
39. García calvente MM, Rodríguez I, Navarro G. El impacto del cuidar en la salud y la calidad de la vida de las mujeres. Gac Sanit 2004 may;18 (supl.2):83-92
40. Babarro AA, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS IMSALUD. Aten primaria 2004; 33(2):61-66
41. Pérez A. Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento [Tesis Doctoral]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca, 2008. [Internet] Portal Mayores. [citado 20 octubre 2009]. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es>.

42. Roig M V, Abengoza MC. La sobrecarga en los cuidadores principales en los enfermos de Alzheimer. *An Psic* 1998; Vol 14, (2):215-27
43. Flores G Elizabeth, Rivas R Edith, Seguel P Fredy. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. Valdivia, Chile, 2012.5)
44. López Gil M<sup>a</sup> Jesús, Orueta Sánchez Ramón, Gómez-Caro Samuel, Sánchez Oropesa Arancha, Carmona de la Morena Javier, Alonso Moreno Francisco Javier. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam* [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2013 Abr 06] ; 2(7): 332-339. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2009000200004>.)
45. Descripción de Escala de Zarit. Boletín de información. vol 10, número 1. Disponible en: [www.cfnavarra.es](http://www.cfnavarra.es))
46. Martínez Lage J M. La enfermedad de Alzheimer. *Cuidadores. Medicinainformacion.com*. 1ro enero 2004.
47. Llibre J J La enfermedad de Alzheimer en los umbrales del siglo XXI. *Rev Cub Inv Biomed* 1998; 17(3): 189)
48. Pérez Martínez Víctor T.. El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2013 Abr 07] ; 26(2): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252010000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200011&lng=es).
49. Juan Manuel Compean González, Julieta Silerio Vázquez, Rocío Castillo Díaz, Martha Lilia Parra Domínguez. Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas: *Revista CONAMED*, Vol. 13, N°. Extra 1, México, 2008.

50. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO). Atención a las Personas Mayores en situación de Dependencia en España, Libro Blanco de la Dependencia, Madrid: IMSERSO; 2004.
51. Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving: Differential experiences by gender. *Med Care* 2002
52. McMillan SC, Small BJ, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, et al. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: A randomized clinical trial. *Cancer* 2006 Jan 1;106(1):214-22.
53. Pérez A. Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento [Tesis Doctoral]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca, 2008. [Internet] Portal Mayores. [citado 20 octubre 2009]. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es>.)
54. Cummins RA, Nisticò H. Mantenimiento de satisfacción con la vida: El papel de positiva cognitivo sesgo. *Journal of Happiness Studies* 2002
55. IMSERSO/CIS, Encuesta Nacional de Salud 2 000. Disponible en: [http://www.matiaf.net/descarga/articulos/Apoyo\\_informal2.pdf](http://www.matiaf.net/descarga/articulos/Apoyo_informal2.pdf)
56. Babarro AA, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS IMSALUD. *Aten primaria* 2004; 33(2):61-66
57. Pérez Peñaranda, Aníbal. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Programa: La Enfermedad: su Dimensión Personal y Condicionantes Socioculturales. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA. Universidad de Salamanca Facultad de Medicina, 2006.
58. Espín Andrade Ana Margarita. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev*

Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2013 Abr 07] ; 34(3): . Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300008&lng=es).

59. Crespo-López, J. López-Martínez. Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, Volume 40, Issue null, Pages 55-61. España, 2009.

# ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

N°.....

FECHA.....

Anexo a

### IDENTIFICACION DEL CUIDADOR PRIMORDIAL

EDAD DEL ADULTO MAYOR:.....

DOMICILIO:.....

PERSONA ENCARGADA DE SU CUIDADO:

NOMBRE:.....

RELACIÓN FAMILIAR:

ESPOSA ( )

HIJO(A) ( )

FAMILIAR ( )

OTRO .....

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
N°.....  
FECHA.....

**ANEXO b**  
**ENTREVISTA**

**ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (CAREGIVER BURDEN  
INTERVIEW)**

| Item | Pregunta a realizar  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------|--|---|---|---|---|---|
| 1    | ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?   |   |   |   |   |   |
| 2    | ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?             |   |   |   |   |   |
| 3    | ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?                 |   |   |   |   |   |
| 4    | ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?   |   |   |   |   |   |
| 5    | ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?  |   |   |   |   |   |
| 6    | ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia? |   |   |   |   |   |
| 7    | ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?   |   |   |   |   |   |
| 8    | ¿Siente que su familiar depende de usted?  |   |   |   |   |   |
| 9    | ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?  |   |   |   |   |   |
| 10   | ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?   |   |   |   |   |   |
| 11   | ¿Siente que no tiene la vida privada que deseara debido a su familiar?   |   |   |   |   |   |
| 12   | ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?                               |   |   |   |   |   |
| 13   | ¿Se siente incomodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?  |   |   |   |   |   |
| 14   | ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?         |   |   |   |   |   |
| 15   | ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?                  |   |   |   |   |   |
| 16   | ¿Siente ser incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?  |   |   |   |   |   |
| 17   | ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?             |   |   |   |   |   |
| 18   | ¿Deseara poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?  |   |   |   |   |   |
| 19   | ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?   |   |   |   |   |   |
| 20   | ¿Siente que deberá hacer más de lo que hace por su familiar?   |   |   |   |   |   |
| 21   | ¿Cree que podrá cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?   |   |   |   |   |   |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 22 | ¿En general: Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar? |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|

Cada ítem se valora como:

| Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado): |            |
|--|------------|
| Frecuencia   | Puntuación |
| Nunca  | 0          |
| Casi nunca   | 1          |
| A veces  | 2          |
| Bastantes veces  | 3          |
| Casi siempre   | 4          |

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
N°.....  
FECHA.....

## ANEXO c

### ENTREVISTA

#### CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR PRIMORDIAL

#### II. DATOS GENERALES

1. Edad: .....
2. Sexo:.....
3. Relación de familiaridad:.....
4. Estado civil:.....
5. Grado de instrucción: .....

#### DATOS ESPECIFICOS:

1. Tiempo que dedica a esta actividad: Meses ( ) Años ( )
2. Turno que dedica al adulto mayor:.....
3. Relación con el adulto mayor:.....
4. Tipo de familia
  - a. Funcional:.....
  - b. Disfuncional:.....

#### CONDICIONES DE SU INTEGRIDAD FÍSICA Y EMOCIONAL

1. Con mala salud física.  
SI ( ) NO ( )
2. Sin cónyuge, pareja o amigos íntimos.  
SI ( ) NO ( )
3. Sin otra actividad aparte del cuidar.  
SI ( ) NO ( )
4. Sin otros adultos mayores que convivan en el domicilio.  
SI ( ) NO ( )
5. Bajo nivel económico.  
SI ( ) NO ( )

6. Ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos (en especial médico de cabecera poco accesible y centros de atención no disponibles)  
SI ( ) NO ( )
7. Desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico.  
SI ( ) NO ( )
8. Trastornos osteomuscular y dolores asociados.  
SI ( ) NO ( )
9. Patologías cardiovasculares.  
SI ( ) NO ( )
10. Trastornos gastrointestinales.  
SI ( ) NO ( )
11. Trastornos genito urinarios.  
SI ( ) NO ( )
12. Problemas respiratorios.  
SI ( ) NO ( )

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**Sr. (a):**

En nuestra condición de estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Carmela Contreras Herrera e Irma Donatilda Ochoa Cusi, Bachilleres en Ciencias de la Enfermería, nos dirigimos a Ud. Para solicitarle su apoyo en la realización de la investigación titulada: **INDICE DE SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES PRIMORDIALES DE ADULTOS MAYORES DE 70 – 80 AÑOS. ORGANIZACIÓN DE ANCIANOS PARA PENSIÓN 65, DISTRITO DE AYACUCHO.** La información que Ud. Proporcione serán reservados y Ud. Tiene la libertad de retirarse cuando lo desee por conveniente.

### **DECLARACIÓN DE PARTICIPACION VOLUNTARIA**

Yo, ....., Identificado con DNI.....Nº....., domiciliado ..... habiendo sido informado(a) con detalle sobre los objetivos del estudio y viendo que los resultados beneficiarán a muchas personas y sus familiares, deseo participar voluntariamente en la investigación realizado por las bachilleres Carmela Contreras Herrera e Irma Ochoa Cusi, hasta su finalización sin perjuicio alguno.

.....

DNI.

Ayacucho, ..... de .....del 2012