



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“CUIDADO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN
RELACIÓN A LA SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR EN
EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2016”**

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTADO POR:

CENTENO CARBAJAL NORA JULIA

ASESOR

Dra. ELIZABETH. TERESA DIESTRA CUEVA

AREQUIPA, PERÚ 2018

**“CUIDADO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN
RELACIÓN A LA SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR, EN
EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA – 2016.”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación sobre el cuidado del adulto mayor hospitalizado y la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 109 cuidadores familiares, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, organizado por las dimensiones: Físico, Psicológico, Social; la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,863; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,913, la prueba de hipótesis se realizó mediante el Chi-Cuadrado R de Pearson con un valor de 0,931 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

El cuidado del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel de sobrecarga del familiar cuidador En Proceso. El nivel Alto en el cuidado del adulto mayor hospitalizado tiene a su vez un nivel Adecuado en la sobrecarga del familiar cuidador. Los cuidados del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso de sobrecarga del familiar cuidador. Estos resultados nos indican que existe relación entre los Cuidados del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador familiar. Se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,89 y con un nivel de significancia de valor $p < 0.05$.

PALABRAS CLAVES: *Cuidado del adulto mayor hospitalizado, sobrecarga del familiar cuidador, Físico, Psicológico, Social*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the relation on the care of the hospitalized greater adult and the overload of the relative caretaker in the service of medicine of the Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa - 2016. It is a transversal descriptive investigation, it was worked with a sample of 109 family caregivers, for the collection of information a Likert-type questionnaire was used, organized by the dimensions: Physical, Psychological, Social; the validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment, obtaining a value of 0.863; the reliability was carried out using the Cronbach's alpha with a value of 0.913, the hypothesis test was performed using Pearson's Chi-Square R with a value of 0.931 and with a level of significance of p value <0.05.

CONCLUSIONS:

The care of the elderly hospitalized in the Middle level has in turn a level of overload of the relative caregiver In Process. The High level in the care of the hospitalized elderly person in turn has an Adequate level in the overload of the relative caregiver. The care of the senior adult of the Low level has in turn a level In Process of overload of the relative caregiver. These results indicate that there is a relationship between the care of the elderly and the overload of the family caregiver. It was statistically verified by the Pearson R with a value of 0.89 and with a level of significance of value p <0.05.

KEYWORDS: *Care of the hospitalized elderly person, overload of the relative caregiver, Physical, Psychological, Social*

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	9
1.3. Objetivos de la investigación	10
1.3.1. Objetivo general	10
1.3.2. Objetivos específicos	10
1.4. Justificación del estudios	11
1.5. Limitaciones	12
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	13
2.2. Base teórica	17
2.3. Definición de términos	32
2.4. Hipótesis	33
2.5. Variables	33
2.5.1. Definición conceptual de las variables	33
2.5.2. Definición operacional de las variables	34
2.5.3. Operacionalización de la variable	34

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	35
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	35
3.3. Población y muestra	35
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	37
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	37
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	39
CAPÍTULO V: DISCUSION	44
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	
Matriz	

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se ha basado en determinar la relación entre el cuidado del adulto mayor hospitalizado con la sobrecarga al familiar cuidador, ya que son ellos quienes se encuentran más expuestos a experimentar diversos cuadros de estrés, cansancio físico y mental, debido al constante cuidado que demanda su familiar, sin medir los riesgos o consecuencias que ello conlleva. Basándose en sus conocimientos se llevó a cabo esta investigación para determinar la relación que ejerce entre ambas variables, ya que es importante dar a conocer los riesgos, consecuencias y responsabilidades que se deben tener en cuenta para no pasar de cuidados a cuidado.

El propósito de este trabajo es determinar la relación entre el cuidado del adulto mayor hospitalizado con la sobrecarga al familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2016.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS el cuidado del adulto mayor está enfocado a mejorar la calidad de vida de pacientes con problemas asociados a enfermedades incurables a través de la prevención, también las enfermedades crónicas como dolencia de larga duración, por lo que cuidar a un paciente con discapacidad o enfermedad crónica “implica ver la vida de diferente manera, modificar las funciones a las que está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada”. (1)

En estudios realizados la mayoría de familiares cuidadores son mujeres y la relación con el adulto mayor es la de “hija”, “esposa” con un 91% obteniendo que el 59.7% de los encuestados presentaron sobrecarga intensa, 23.9%, sobrecarga ligera y 16.4% ausencia de sobrecarga. (2) El porcentaje de sobrecarga más elevado se observó en los familiares que cuidan a los adultos por más de 12 horas diarias, lo que indica que la sobrecarga aumenta con el incremento en las horas de cuidado. (3)

Los familiares cuidadores presentan una sobrecarga tanto física, como el cansancio, fatiga para realizar otras actividades, también psicológica,

afectando el estado emocional de cuidador ya que al pasar muchas horas con el adulto mayor se priva de realizar muchas actividades que anteriormente realizaba, alterando así su entorno social. (4)

Los factores de estrés, afrontamiento disfuncional y la carga subjetiva fueron identificados como factores relacionados con la ansiedad. Los factores de estrés afrontamiento disfuncional y la carga subjetiva pueden ser utilizados para la detección temprana de la intervención temprana, enfoque de habilidades de afrontamiento debería ser fomentada mediante intervenciones tales como la resolución de problemas, reevaluación positiva, asertividad y el control de pensamientos negativos. Estas intervenciones para el afrontamiento deben ser desarrolladas de manera sistemática para las personas con afrontamiento disfuncional dependiendo del nivel de estrés.

Considerando los datos anteriores se vio la necesidad de llevar a cabo la presente investigación sobre el cuidado del adulto mayor hospitalizado y en relación a la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016, formulándose la siguiente pregunta:

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación sobre el cuidado del adulto mayor hospitalizado y la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación sobre el cuidado físico del adulto mayor hospitalizado y el impacto del cuidado del familiar en el servicio de

medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016?

¿Cuál es la relación sobre el aspecto psicológico del adulto mayor hospitalizado con el aspecto interpersonal del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016?

¿Cuál es la relación sobre el aspecto social del adulto mayor hospitalizado con las expectativas de autoeficacia del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación sobre el cuidado del adulto mayor hospitalizado y la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016.

1.3.2. Objetivo específico

- Determinar la relación sobre el cuidado físico del adulto mayor hospitalizado y el impacto del cuidado del familiar en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016.
- Determinar la relación sobre el aspecto psicológico del adulto mayor hospitalizado con el aspecto interpersonal del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016.

- Determinar la relación sobre el aspecto social del adulto mayor hospitalizado con las expectativas de autoeficacia del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016

1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

El cuidado del adulto mayor es una gran preocupación para el país, por ello se unen esfuerzos con el personal de salud para brindar la atención y calidad de vida necesaria, donde muy pocas veces se observa la gran labor desempeñada por familiares directos como hijos y/o nietos para su cuidado, sin embargo con el fin de resolver sus dudas, dado que esta labor desencadene un sinnúmero de efectos en ambas partes se desarrolla la presente investigación.

Nuestro país considerado como un país de población joven, llena de nuevos retos y oportunidades, sin embargo debemos dejar de lado a la población que integra a los adultos mayores, por lo que su trato reflejara como nuestra sociedad es consciente y agradecida con el esfuerzo brindado por quienes en este tiempo requieren de nuestra atención. Siendo este un gran problema para la sociedad y economía de nuestro país, ya que sigue extendiéndose en los diversos departamentos del Perú, como sucede en Arequipa.

El propósito de la siguiente investigación se da para determinar la relación entre el cuidado del adulto mayor y la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2016.

Es importante ya que los profesionales de enfermería son quienes enfrentan estos casos en el sector salud, lo que demanda estar atentos a sus necesidades y proporcionar las técnicas necesarias a los familiares que ayudan con el cuidado durante su hospitalización, siendo esto necesario para que el adulto mayor tenga la calidad de vida que todos merecen.

Para el profesional de Enfermería la investigación será útil porque contribuirá con datos reales de la relación del cuidado del adulto mayor con la sobrecarga del familiar cuidador, desde una perspectiva física, psicología y social, que fortalecerá su rol de liderazgo dentro del equipo de salud, permitiéndole implementar programas de mejora, prevención y calidad de vida para los adultos mayores que lo requieran.

Para las instituciones de formación profesional, los resultados de la investigación contribuyen en la amplia la sobre carga del familiar cuidador del adulto mayor y evitar escenarios que puedan poner en riesgo a ambos incluyendo al profesional en enfermería para desarrollar su función de prevención, cuidado y mejora, además de servir como fuente bibliográfica o de referencia que permita desarrollar futuros trabajos de investigación similares, buscando alternativas de solución para mejorar las estadísticas de este problema.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo de la presente investigación fueron las siguientes:

- Poco tiempo para aplicar el cuestionario, ya que en algunos casos no disponían de tiempo para realizar las encuestas.
- La distancia desde mi centro laboral hasta el lugar de la investigación.
- La falta de cooperación de algunos familiares.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes internacionales

LUENGO Martínez Carolina Elena; Realizo el presente estudio titulado “Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado” Chile – 2010. Objetivo: Determinar los factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. Conclusiones:

“De los 98 cuidadores: 91,8% son mujeres y 8,2% hombres. Respecto del Cumplimiento de los Cuidados Básicos al usuario cuidados básicos al usuario postrado, un 27,6% cumple los cuidados de manera deficiente y solamente un 22,4% los cumple adecuadamente. Respecto al factor emocional, se ha investigado ampliamente el factor emocional percibida por los cuidadores, familiares, determinándose que todos perciben algún nivel de sobrecarga emocional y que, en general, la carga percibida por los cuidadores suele ubicarse en niveles moderados o severos, 13 lo cual concuerda con este estudio donde el 62,2% de los cuidadores presentan una sobrecarga intensa, coincidiendo además con otros estudios nacionales e internacionales en que

los cuidadores familiares estudiados presentaron en un 70%-72% algún grado de sobrecarga, predominando la sobrecarga intensa. Al asociar esta variable con el cumplimiento de los cuidados básicos no se encontró significación estadística, incluso aquellos cuidadores con sobrecarga intensa otorgan un cuidado más adecuado que aquellos sin sobrecarga, esto se puede explicar porque la mayoría de los cuidadores llevan más de 5 años al cuidado y presentan edades de más de 40 años, por lo que tienen más experiencia y principalmente más asumido su rol de cuidador, que aquellos que comienzan en la actividad y debido a su falta de habilidad y corta edad se ven superados rápidamente en las labores del cuidado. (5)

PRIETO Miranda Sergio Emilio; Arias Ponce Nazareth; Villanueva Muñoz Evelyn Yared; Jimenez Bernardino Carlos Alberto; Realizaron el presente estudio titulado “Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel”, México - 2015. Objetivo: determinar la frecuencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos en un hospital de segundo nivel. Material y método: estudio descriptivo- transversal. Se incluyeron los cuidadores principales de pacientes geriátricos que ingresaron al servicio de Medicina Interna-Geriatría durante un periodo de tres meses; previo consentimiento informado, se les aplicó la encuesta de Zarit, de manera adicional se evaluó si había polifarmacia y se incluyeron algunas variables demográficas. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Resultados: se aplicaron 190 encuestas, sólo 170 cumplieron los criterios de inclusión. Se encontró síndrome de sobrecarga del cuidador en 48% de la población estudiada. Los límites de edad de los cuidadores fueron 18 y 86 años con media de 50.42 ± 13.5 , predominó el género femenino (72%). Existió asociación estadísticamente significativa entre el hecho de ser mujer y tener sobrecarga del cuidador con razón de momios de 2.1 ($p=0.02$; IC

95% 1.07-4.3). Además, se encontró asociación con sobrecarga si el cuidador dedicaba más de seis horas al día con razón de momios de 4.1 ($p=0.001$; IC 95% 1.9-9.2). Conclusión:

“La frecuencia del síndrome de sobrecarga del cuidador es alta en nuestra población, con asociación con el número de horas de cuidado diario”. (6)

CAMACHO Estrada Lilian; Realizo el presente estudio titulado “Factores emocionales del cuidador en el adulto mayor dependiente”. México – 2011. Objetivo: Determinar los factores emocionales del cuidador en el adulto mayor dependiente. Conclusiones:

“El 58% de la muestra presenta sobrecarga emocional y sobrecarga emocional intensa; en relación con las horas de cuidado el 74% dedica más de 5 horas al día y en años, el 65% más de 5 años. Los resultados socio demográficos encontrados en el presente estudio son similares a los encontrados por otros autores españoles. Se logró; evaluar la sobrecarga emocional y las horas de cuidado. El estudio aporta otra perspectiva de investigación y un panorama de oportunidad para el ejercicio del profesional de enfermería en el hogar”. (7)

2.1.2. Antecedentes nacionales

LI Quiroga MeyLing Cristal; Realizo el presente estudio titulado “Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente y factores asociados en el hospital regional”, Chiclayo - 2014. Según los resultados encontrados una cantidad elevada de familiares cuidadores presentan sobrecarga, sobre todo a predominio leve, en cuidadores de sexo masculino, a menor grado de instrucción, divorciados, cónyuges y en padres, los cuales al ser comparados

con la realidad nacional son distintos a lo encontrado en este estudio. Conclusiones:

“Se encontró un 72,95% (89/122) de cuidadores con sobrecarga, de los cuales 30,34% (27/89) tienen una sobrecarga intensa y 69,66% (62/89) una sobrecarga leve. La mayoría de los familiares cuidadores fueron mujeres 68,85% (84/122) quienes presentaron en un 36,89% (45/84) sobrecarga leve. Los porcentajes de sobrecarga en hombres y mujeres fueron similares, con un 73,68% (28/38) y 72,62% (61/84) respectivamente.”(8)

FLORES Valdivia Gilda Milagros; Realizo el presente estudio titulado “Afrontamiento y sobrecarga subjetiva de cuidadores de pacientes adulto mayor dependiente” Arequipa - 2010. Objetivo: Determinar el afrontamiento y sobrecarga subjetiva de cuidadores de pacientes adulto mayor dependiente. Conclusiones:

“” Encontramos una relación significativa entre el afrontamiento y la vivencia subjetiva de sobrecarga que manifestaban los cuidadores de pacientes con demencia, indicándonos que a mejor uso del afrontamiento se observa un mejor manejo de la sobrecarga subjetiva en el cuidador, es decir, que el uso correcto de los esfuerzos cognitivos y conductuales permitirá al cuidador manejar mejor los problemas físicos, psicológicos y socioeconómicos como consecuencia de cuidar a su familiar. Por otro lado, aquellos cuidadores que usaban los estilos de afrontamiento centrados en el problema (activos, de planificación, búsqueda de apoyo social, etc.) y en la emoción (reinterpretación positiva, aceptación, acudir a la religión, etc.) presentaron menor sobrecarga que aquellos cuidadores que hacían uso de estilos de afrontamiento centrados en la percepción (enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual y mental); concordando con Devi y Almazán quienes refieren que el “estilo de

afrontamiento de evitación (percepción) está más relacionado con el estrés del cuidador". (9)

CHINO Vilca Branda; Realizo el presente estudio titulado "Relación entre pensamientos disfuncionales, depresión y sobrecarga en la tarea de cuidado de un familiar adulto mayor", Arequipa – 2011. Objetivo general: Determinar la relación entre pensamientos disfuncionales, depresión y sobrecarga en la tarea de cuidado de un familiar adulto mayor; Conclusiones:

"Se evidencian una clara relación entre los pensamientos disfuncionales y la sobrecarga, mostrando que en cuidadores con mayor puntuación en creencias irracionales observa puntuaciones mayores en la percepción de sobrecarga. De igual forma se establece la relación entre los pensamientos disfuncionales y depresión que evidencia que los síntomas de esta última se incrementan en la misma proporción que la primera, y por último, entre la variable depresión y la autoeficacia. En nuestra región se han desarrollado tres estudios en cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia con resultados similares de investigaciones de la misma índole a nivel mundial, que pese a no estar completamente relacionadas a nuestro estudio son consideradas importantes como precedentes anteriores al mismo."(10)

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. Cuidado

Los seres humanos de diferentes culturas en el mundo han cuidado y siguen cuidando la mayor parte del tiempo. Sin cuidado, según Leonardo Boff "el ser humano deja de serlo, si no recibe cuidado desde el nacimiento hasta la muerte, el ser humano se desestructura, pierde el sentido y muere". (11) Cuidado (del latín cogitatus) se refiere a la solicitud y atención para hacer bien algo

y a la acción de cuidar. Según la Real Academia Española también denota estar obligado a responder por aquello que es objeto del cuidado, pese a que el objetivo fundamental del cuidado es la vida, se debe partir de una filosofía de cuidado que acepte la muerte como proceso natural y componente de la vida. De tal modo que el cuidado no se enfoca a un determinado elemento.

Según Martin Heidegger "el cuidado, en su sentido más general, requiere no sólo de cuidarse a sí mismo, sino también cuidar de los demás y del medio o espacio circundante en el cual se vive", mientras que en el ámbito de la salud "el cuidado le muestra al profesional de la salud que su labor depende de un análisis preliminar de su voluntad, puesto que se trata de determinar si su querer es dedicarse al cuidado del otro, el cuidado adquiere un carácter ético, de labor profesional, que se encamina a propiciar el cuidado que se quisiera para sí mismo .(12)

Tipos de cuidado proporcionado

El cuidado es considerado una respuesta personal, es una acción específica que representa una intención de curar, surgida de un deseo consiente de hacerlo cuidar,(13) como la actividad dirigida a hacer algo por alguien, cuando éste no pueda hacerlo solo, es en particular aquello relacionado a sus necesidades básicas y educación para la prevención de la salud, con el propósito de mejorar su calidad de vida, para Zabalegui, los tipos de cuidado proporcionado se centran en cuatro categorías: Soporte emocional, representa el sentimiento personal del ser humano, crea un espacio de escucha, seguridad y apoyo en el que las personas puedan expresarse libremente. Este tipo de cuidado incita a las personas a encontrar herramientas en ellas mismas con las que poder superar las diversas dificultades que se presentan en la vida: situaciones de estrés y ansiedad, falta de autoestima, autocontrol. El sistema informal es la más influyente

en el estado emocional del cuidado puesto que parte de las personas que lo configuran están vinculadas afectivamente a éste, familia, amigos, vecinos y son quienes prestan mayor apoyo. Servicios básicos, que a su vez se divide en dos tipos de servicios básicos, en primer lugar las actividades básicas de la vida diaria (AVD), entre las que se encuentran, dar la comida, bañar, ayudar con la movilidad, la eliminación, suministrar medicación y tratar las úlceras y heridas; en segundo lugar, se encuentran las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), tales como cocinar, limpiar la casa, usar el teléfono, lavar la ropa y planchar.

Actividades de preservación de la salud. Es un tipo de cuidado que se centra en las actividades que intentan fomentar la salud de los individuos, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria. Es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del ser humano, actuando como gestor y coordinador de casos. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Soporte económico. Es un apoyo que se brinda a las personas con escasos recursos, determinadas ayudas pueden estar ligadas a prestaciones técnicas, esto es el pago de transporte con el fin de posibilitar el desplazamiento a las personas dependientes, ayudas para el pago de alimentos, o el pago de los medicamentos. Este tipo de apoyo se puede clasificar de diversas maneras y en función de la regularidad con que se pagan pueden ser:(14) Periódicas: su cobro es regular, cada determinado periodo de tiempo (cada mes, trimestre, etc). No periódicas: se pagan de una sola vez. Sin embargo existen ayudas económicas brindadas por la misma familia o del grupo social al cual pertenece esto representa, en muchos de los casos un deshago

cuando la persona cuenta con los recursos mínimos para cubrir sus necesidades y las de la persona dependiente.

2.2.2. Cuidado en situación de hospitalización

La enfermedad crónica es un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, lo que causa deterioro físico, mental o ambos, en la que el individuo enfrenta una crisis en sucesos tales como el diagnóstico de una enfermedad, ser sometido a una cirugía, pérdida de algún miembro del cuerpo o bien, incapacidad física; estos hechos sumergen a la persona y a las que se encuentran a su alrededor en un estado general de desorganización. (15) El proceso crónico, es un término que engloba las enfermedades de larga duración, las cuales se asocian con un grado de incapacidad o dependencia y tienen diferentes repercusiones sobre la persona, la familia y la comunidad a la cual pertenece, estos problemas generalmente requieren de múltiples fuentes de cuidado y apoyo, situación que se acentúa al momento de la hospitalización ya que en el desarrollo de la enfermedad el punto de interés se centra en la interacción entre ésta, el individuo, la familia y el sistema biopsicosocial. (16)

2.2.3. Cuidador

Tipos

Sistema Informal Los cuidadores, integran lo que se denomina Sistema Informal de Cuidados de Salud, y se han agrupado aquellos cuidados que son prestados por familias, amigos, vecinos o compañeros de trabajo estas personas se encargan habitualmente de brindar apoyo a las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio y sin limitaciones de tiempo. (17) Estos cuidadores cuentan con un conjunto de destrezas y capacidades para realizar acciones de ayuda y cuidado. (18) Mayeroff lo define de la siguiente manera: "es el que involucra un reconocimiento del otro como un algo con necesidades únicas. Implica entender quién es la persona que se

cuida, sus necesidades, fortalezas y debilidades, y lo que refuerza su bienestar.

Sistema Formal Está conformado por el sistema de salud, estos cuidadores son representados por el personal asistencial, médicos, enfermeras y las propias instituciones sanitarias comprenden una gama de acciones, desde la gestión de los servicios hasta la provisión directa del cuidado durante el ingreso del paciente.

Estos cuidadores se caracterizan por tener un conocimiento formal basado en normas, reglamentos, leyes y procedimientos. Se considera que el sistema formal aporta solo una pequeña parte de las necesidades de cuidado de las personas ya que se enfoca en curación mientras que el realizado por el cuidador informal se enfoca en vigilancia y apoyo al receptor. (19) Quera Rufián considera que en el marco de los cuidados domésticos, éstos se amplían, extienden y trasladan al entorno hospitalario y el cuidador familiar se convierte en cuidador hospitalario, de esta forma se produce la unión entre el sistema informal y el sistema formal, ambos conviven y comparten el mismo espacio. (20)

2.2.4. Impacto del cuidado en el cuidador

La vida de los cuidadores cambia y es necesario hacer reorientaciones que permitan al cuidador también llevar una vida que le garantice ser y hacer lo que le gusta, sin embargo existen algunos problemas identificados como son:

- El cuidador y el paciente desarrollan una relación muy estrecha quedando excluido el resto de los miembros de la familia
- Abandono de las propias necesidades del cuidador, lo que aumenta el cansancio y la situación se vuelva más difícil y estresante.

- Sobreprotección del enfermo, tratándolo como un minusválido físico o mental.
- Aislamiento social. Ya que las familias con un paciente en situación de hospitalización tienen menos tiempo para las relaciones sociales.

El cansancio del cuidador suele estar presente en casi 50% de los cuidadores estando asociado con la incapacidad física y con el nivel cognoscitivo del cuidador. (21)

En el medio hospitalario, es común en los cuidadores el cansancio físico y el sentir que su salud no es la misma, acuden más al médico y tardan más en recuperarse, tienen dificultad de realizar ciertos movimientos, y se incrementa el riesgo de padecer enfermedades. (22) El cuidador se ve expuesto a una elevada carga física y psíquica ante la que es fácil que presente un patrón disfuncional y esto afecte su calidad de vida. Si no se le garantiza una aceptable calidad de vida al cuidador, puede verse debilitado en el papel que desempeña. (23)

Por lo que cuidar de una persona dependiente tiene un impacto en distintas esferas de la vida, como lo son el bienestar físico y emocional, a nivel familiar, racional y materias, esferas que se relacionan y están influidas por factores personales y del entorno.

2.2.5. Sobre carga del Cuidado

La carga del cuidado ha tendido a estudiarse con un enfoque epidemiológico de riesgo y a través de modelos de manejo de estrés y de afrontamiento; estos modelos están limitados en los aspectos positivos del cuidado y, en su mayoría, consideran el cuidado de manera individualista y unidireccional. (24) La carga del cuidado es un asunto de desigualdad en salud y, por tanto, debe entrar de lleno a hacer parte de las políticas en salud pública. (25)

La carga que sobrellevan las personas a cargo de un paciente se usa a menudo para describir las múltiples dimensiones del sufrimiento que resulta de un desequilibrio entre las exigencias de la atención y la disponibilidad de recursos para satisfacer esas demandas. (26)

La carga repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones sociales, el desarrollo personal y del tiempo libre, la economía familiar. Estas áreas se agrupan en dos grandes dimensiones: carga objetiva y carga subjetiva, La carga objetiva, puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores, que son potencialmente observables y verificables; (27) mientras que la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva.

Zarit ideó la Escala de carga que lleva su nombre en el año de 1983, en ella se miden tres dimensiones muy profundas a la carga que son: impacto de cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia, descritas anteriormente. Existen estudios que han demostrado la existencia de repercusiones negativas sobre la salud física y mental de los cuidadores informales de personas dependientes, llegando incluso a identificar un cuadro clínico que aglutinaría el conjunto de patologías que sufren los cuidadores, denominado como el síndrome del cuidador.

Otros estudios, determinan el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol, más de la mitad presentan sobrecarga intensa. La variable sobrecarga del cuidador sólo se asoció

significativamente a instituciones que apoyan al cuidador y es factor predictivo de la sobrecarga. (28)

2.2.6. Cuidado del Adulto mayor

La organización mundial de la salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de los 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años a quienes viven en países desarrollados, estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio- económicas que tienen unos u otros países. (29)

En el estado de salud de un adulto mayor influyen distintos factores tales como: influencia genética, habilidades cognoscitivas, edad, sexo, ambiente, estilos de vida, localización geográfica, cultura, religión, estándar de vida, creencias y prácticas de salud, experiencias previas de salud, sistemas de apoyo, entre otras dimensiones. Al valorar a un adulto mayor es necesario hacerlo en una perspectiva integral para identificar los problemas físicos, psicológicos y sociales que presentan ellos y sus cuidadores. (30)

El envejecimiento es parte del continuo del hombre en el ciclo vital, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar sólo algunas características. La enfermedad no debe considerarse como un fenómeno de envejecimiento, sin embargo, cuando se identifica una desviación de salud es importante sospechar la asociación con otros trastornos, ya que la interacción constituye una característica de este proceso; la clasificación del envejecimiento ha cambiado en los últimos años y en nuestro país se considera adulto mayor al que tiene 65 años y más, sin diferenciación con las edades más avanzadas. (31)

a) Valoración Física.-Los adultos mayores generalmente prefieren vivir separados de sus hijos, sin embargo las enfermedades y el grado de auto valencia de ellos hacen necesario la ayuda con las actividades de la vida diaria. Es necesario llegar a un justo equilibrio y aprender a equilibrar la dependencia de la independencia por parte de los adultos mayores. Los cuidadores requieren de los conocimientos para poder sobrellevar este nuevo estado de sus familiares. (32)

Se consideran actividades de la vida diaria:

- Actividades Básicas: como alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación y el control de esfuerzos.
- Actividades Instrumentales: limpiar, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, usar el transporte público, trabajo casero (jardinería), control de la medicación, subir las escaleras, entre otras actividades.
- Es importante valorar estos aspectos en los adultos mayores ya que influye directamente en la calidad de vida de ellos y sus cuidadores. Para ellos existen distintas escalas de valoración de las actividades de la vida diaria tales como:
 - Índice de Katz, Escala de Barthel y Escala de Autocuidado de Kenny, la Escala de Incapacidad Física de la Cruz roja, entre otras.
 - El Índice de Katz es el más utilizado en nuestro país, valora de forma dicotómica las funciones de bañarse, vestirse, ir al aseo, desplazamiento cama-sillón, continencia y alimentación. El índice clasifica en 8 categorías a los adultos mayores según su grado de dependencia.

b) Valoración del Estado Mental.-El estado mental es la total expresión de las respuestas emocionales de la persona, del ánimo, la función cognitiva y la personalidad. Está absolutamente ligado al funcionamiento del individuo lo que

comprende la motivación e iniciativa; la formación de expectativas o metas, el planeamiento y desarrollo de tareas y actividades; el autocontrol y la integración de la retroalimentación de las múltiples fuentes de energía. (33)

El foco de la valoración está en la identificación de las fortalezas del adulto mayor y sus capacidades para interactuar con el medio.

El estado mental del adulto mayor no presenta una declinación en su inteligencia a menos que exista un desorden neurológico o se desarrolle alguna alteración sistémica. La capacidad para resolver problemas que tiene el adulto mayor probablemente puede declinar por desuso, pero su imaginación no presenta cambios significativos. La memoria remota es más eficiente que la reciente, pero esto es función del patrón general de salud que presenta la persona.

Con la edad hay una declinación en la síntesis y el metabolismo de los neurotransmisores, en momentos de estrés el metabolismo es inadecuado para responder a una presión tan alta como puede serlo una enfermedad aguda o un desequilibrio metabólico. Esto se puede observar claramente en la hospitalización aguda de un adulto mayor que puede presentar un delirium como una forma de mostrar su inadaptación a este fenómeno. (34)

En cuanto a las tareas cognitivas del adulto mayor incluyen llegar a la aceptación de su propia muerte y la de sus seres cercanos; aprender a tener una vida feliz aceptando sus enfermedades y limitaciones físicas. En resumen, los dos aspectos que se deben valorar son: (35)

Cambios en las funciones mentales: cognitivas, proceso de pensamiento, memoria y confusión:(36)

Depresión Para examinar el estado mental se recomienda valorar una serie de aspectos tales como: apariencia y comportamiento, habilidades cognitivas, estabilidad emocional, lenguaje y expresión oral. Para valorar la función cognitiva se recomienda utilizar una escala de medición cuantitativa de esta función, llamada Mini-Mental-State (de Folstein ME, McHugd FR, 1975), validada en Chile por la Dra. Pilar Quiroga. Este instrumento a través de 28 preguntas de fácil aplicación permite detectar enfermedades orgánicas y discriminar a los adultos mayores normales de los que tienen demencia u otras patologías como: esquizofrenia y desordenes afectivos. (37)

c) Valoración Psicoactiva.- La valoración de la situación psicoactiva y del desarrollo se focaliza principalmente en una esfera subjetiva, en donde adquiere vital importancia la autovaloración del estado de salud y del grado de apoyo social que posee de sí mismo el adulto mayor y, por otro lado, la valoración objetiva del profesional de enfermería que apunta a la detección de la psicopatología y de los déficit de autocuidado. (38)

Afectividad.- Una de las principales tareas afectivas del adulto mayor es revisar los logros de la vida. Ellos logran una sensación de satisfacción e integridad del ego cuando sienten que los sucesos vitales de su vida han sido positivos.

La espiritualidad se aumenta en esta etapa de la vida lo cual se traduce en una mayor filosofía de la vida. Con esto es posible experimentar una sensación de importancia, lo cual puede ayudarle en su aceptación y autoestima. La

sexualidad en esta edad está llena de mitos y creencias y a su vez se le da menos importancia que a otros aspectos de la salud de los adultos mayores. (39)

Es importante destacar que la expresión de sexualidad de ellos gira en torno a la expresión de ternura, afectividad, cariño, respeto, comprensión, expresiones verbales y no verbales y la ayuda mutua. Sin lugar a dudas que en la expresión de la sexualidad influyen los aspectos físicos, psicológicos, socioemocionales y el manejo que hayan tenido de su sexualidad durante toda su vida.

En cuanto a los cambios descritos en la sexualidad de los adultos mayores se destaca que disminuye la frecuencia o deseo de la actividad sexual relacionado con viudedad u otras parejas sexuales; entorno sexualmente restrictivo; depresión; enfermedades debilitantes (Seidel, H, 1997). Cabe destacar que estos cambios deben relacionarse con la anterior actividad sexual. En las mujeres la libido y la capacidad orgásmica no disminuyen con la edad, existe una reducción de la lubricación vaginal y puede existir dispareunia. Además se describe en la literatura que existe una mayor capacidad de disfrute sexual (Tucker, S et al, 1997). En el hombre existe mayor dificultad para llegar a una erección que para llegar a un orgasmo, disminuye el número de eyaculaciones, reducción de la cantidad y viscosidad del líquido seminal, existe una mayor duración de la fase de excitación y la meseta del orgasmo; la fase de resolución puede durar de 12 a 24 horas y la libido y sensación de satisfacción no suelen cambiar con la edad. (40)

d) Social y Familiar El significado que el adulto mayor y la sociedad le da a esta etapa dependerá en gran medida de la cultura en que se encuentren. Por ejemplo, para la cultura

oriental el adulto mayor es el ser más sabio y respetado, lo cual refleja un concepto de vejez muy distinto al de la cultura occidental. Los adultos mayores no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas que la adaptación a esta serie de cambios requiere de una capacidad individual y del apoyo externo. Es importante valorar a la familia que otorga los cuidados al adulto mayor e indagar en aspectos como: (41)

- ¿De qué manera afrontan los cambios en las necesidades del adulto mayor?
- ¿De qué manera solucionan sus problemas de salud?
- ¿Buscan ayuda en forma oportuna?
- ¿Cómo manejan el estrés? – ¿Ofrecen sensación de bienestar al adulto mayor?
- ¿Son capaces de satisfacer los requerimientos de cuidado del adulto mayor?
- ¿Van a cuidar ellos o trasladar a un lugar de estadía a sus familiares adultos mayores?

De esta manera es posible indagar más sobre la dinámica familiar y es posible hacer un diagnóstico de las potencialidades y carencias de la familia con el objetivo de fijar los lineamientos de la intervención de enfermería. (42)

2.2.7. Teorías de enfermería

Según Martha Rogers

Martha Roger el objetivo de su modelo es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así que este modelo debe “fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo

potencial de salud". Para Martha Roger el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de intercambiar este entorno y hacer elecciones que le permitan desarrollar su potencial. (43)

Utiliza 4 bloques para desarrollar su modelo:

- Campos de energía, Son las unidades fundamentales tanto de los seres vivos como de la materia inerte, son particulares, dinámico, abierto e infinitos.
- Universo de sistemas abierto.- se refiere a la idea de que los campos de energía son abiertos, infinitos e interactivos (integrales).
- Patrón.- es la característica de un campo de energía, se percibe como una onda que varía constantemente haciéndose cada vez más compleja y diversa.
- Tetradimensionalidad o pandimensionalidad.- hace referencia a un dominio no lineal, sin atributos de espacio ni tiempo, su límite son imaginarios y fluctúan continuamente.

Incorporando los principios de la hemodinámica a modo de comprensión de la vida, ya que nos puede proporcionar conocimientos para intervenir y guiar a un cliente a su bienestar.

Meta paradigmas

- Persona.- es un sistema abierto que interacciona constantemente con otro sistema abierto el cual es el entorno. Lo define como ser humano unitario e integrado con campos de energía infinitos y pan dimensionales o eterna energía.

- Entorno.- es un campo de energía irreducible y pandimensional. Cada campo de entorno es específico de un campo humano por lo cual ambos evolucionan continuamente interactuándose entre sí.
- Salud.- lo define como un concepto que dependerá de la definición o percepción que le ofrezca cada persona o cultura y que esto dependerá de las circunstancias y experiencias a lo largo de la vida de cada ser humano y la capacidad de este para lidiar y alcanzar la salud según los sistemas de valores existentes a considerar.
- Enfermería.- la describe tanto como una ciencia y como un arte, impulsa la enfermería como ciencia ya que el objetivo de esta es fomentar y promover la salud y bienestar buscando el balance y armonía entre el hombre y su entorno.se centra en su totalidad de la persona de modo humanístico abstracto y juicioso y compasiva sin perder la creatividad u la inventiva en cada intervención.

Esta teoría habla sobre como la persona se va adaptar a su entorno que los rodea y a la situación que estén pasando para afrontar de forma armónica y adecuada la situación que pueda afectar su salud para que no afecte y altere su estado emocional. La siguiente teoría ayudara en mi trabajo de investigación ya que mi problema es la carga subjetiva del cuidador en relación con el cuidado del adulto mayor hospitalizado, vamos a ver cómo el deterioro del estado de salud del adulto mayor va alterar su entorno del familiar cuidador y como el familiar cuidador se puede adaptar a este cambio radical que se hará alrededor de él.

Según Madeleine Leininger:

La teoría de Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. Ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes

culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modo de conducta. (44)

El propósito de la teoría era describir las particularidades y las universalidades de los cuidados humanos según la visión del mundo, la estructura social y así poder descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada como se menciona. El objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que les sean beneficiosas, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural. La teoría de Leininger afirma que la cultura y el cuidado son medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y las prácticas enfermeras.

Considerando lo mencionado, podemos decir que estas teorías están relacionadas con el tema a investigar.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

- **Sobrecarga**

Es un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador.

- **Estrés del cuidador**

Una respuesta no específica del organismo, como características asociadas a los estímulos del ambiente

- **Adulto mayor**

Adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de los 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años a quienes

viven en países desarrollados, estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio - económicas que tienen unos otros países.

2.4. HIPOTESIS

H_1 = Si existe relación entre el cuidado del adulto mayor hospitalizado con la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2016.

H_0 = No existe relación entre el cuidado del adulto mayor hospitalizado con la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2016.

2.5. VARIABLES

Variable Independiente = El cuidado del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2016.

Variable dependiente = Sobrecarga al familiar cuidador del adulto mayor hospitalizado.

2.5.1. Definición conceptual de la variable

- **Cuidado del adulto mayor**

Es el servicio que brinda una persona a otra de edad avanzada frente a las necesidades básicas como limpieza, alimentación y valoración personal.

- **Sobrecarga del familiar cuidador**

Está sujeta al entorno en el que se desarrolla el adulto mayor, siendo este el elemento principal para generar desgaste físico, mental y psicológico en el familiar que lo proporciona.

2.5.2. Definición operacional de la variable

- **Cuidado del adulto mayor**

Es el servicio que brinda el familiar cuidador al adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado según las siguientes dimensiones: Físico, psicológico y social.

- **Sobrecarga del familiar cuidador**

Está sujeta al entorno en el que se desarrolla el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado según las siguientes dimensiones: Impacto del Cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Cuidado del adulto mayor	Físico Psicológico Social	<ul style="list-style-type: none">• Higiene y comodidad• Apoyo emocional• Buena socialización
Sobrecarga del familiar cuidador	Impacto del cuidado Relación interpersonal Expectativas de auto eficiencia	<ul style="list-style-type: none">• Dependencia• Cansancio• Inseguridad• Disminución de la vida social• Estrés• Confianza

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

La presente investigación es de tipo descriptivo - cuantitativo, porque permite medir y cuantificar numéricamente las variables, es de nivel aplicativo - correlacional porque se van a relacionar las variables, es de diseño no experimental de corte transversal porque se aplicara el instrumento una sola vez y es bivariado. (Según Hernández Sampieri).

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se realizó en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza, en el distrito de Arequipa, Ubicado en la Av. Daniel Alcides Carreón 505, en el departamento de Arequipa, donde brinda atención integral y servicios de pediatría, medicina, ginecología, cirugía, farmacia, laboratorio, rayos X, servicios externos, entre otros. La atención es de lunes a viernes de 8am a 10m y sábados de 8am a 2pm.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población total del estudio estuvo conformada por 150 familiares cuidadores de adultos mayores hospitalizados en el

servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 109 familiares cuidadores de adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

$$n = \frac{E \cdot N \cdot P \cdot Q}{E^2(n - 1) + EPQ}$$

n = muestra

E = margen de error 5 (va de 1 a 10)

P = posibilidad de acierto 50

Q = posibilidad de error 50

N= población

z= nivel de confianza

$$\frac{4 \times 0.5 \times 0.5 \times 150}{(0.0025 \times 149) + (4 \times 0.5 \times 0.5)} = \frac{150}{(0.3725) + (1)} = 109$$

Criterio de inclusión

- Hombres o mujeres cuidadores que deseen participar de manera voluntaria en la investigación.
- Hombre o mujeres cuidadores que sean mayores de 18 años.
- Hombres o mujeres que tengan a un familiar adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina.

Criterios de Exclusión

- Hombres o mujeres cuidadores que no deseen participar de manera voluntaria en la investigación.
- Hombre o mujeres cuidadores que no sean mayores de 18 años.
- Hombres o mujeres que no tengan a un familiar adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

La técnica empleada en la investigación es la Encuesta, por ser la más adecuada para cumplir con el objetivo de estudio y obtener información. Como instrumento un Cuestionario que consta de introducción datos generales, selección de información específica que busca determinar la relación entre el cuidado del adulto mayor y el sobre carga del familiar cuidador.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se determinó mediante Juicio de Expertos, donde participaron 7 profesionales, consistió en la revisión del instrumento por expertos en el tema; cada uno de sus ítems fue analizado en su estructura, comprensión y criterios de evaluación, buscando coherencia con la definición operacional de la variable. La confiabilidad del instrumento se determinará a través de alfa de Crombach.

3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo previa realización de trámites administrativos para obtener la autorización del Director del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, a quien se le informo sobre el tema de investigación y la confiabilidad de los datos e información requerida para el desarrollo de la misma. El instrumento será aplicado aproximadamente entre 20 a 30 minutos por cada entrevistado. Los datos recolectados se tabularon manualmente mediante el programa estadístico

Minitab 16, para que puedan ser presentados a través de tablas y gráficos con sus respectivos análisis.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

CUIDADO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO Y LA SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA – 2016.

SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR	CUIDADO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Adecuado	24	22%	9	8%	3	3%	36	33%
En Proceso	3	3%	46	42%	12	11%	61	56%
Inadecuado	3	3%	3	3%	6	5%	12	11%
Total	30	28%	58	53%	21	19%	109	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:

El cuidado del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel de sobrecarga del familiar cuidador En Proceso en un 42%(46). El nivel Alto en el cuidado del adulto mayor hospitalizado tiene a su vez un nivel Adecuado en la sobrecarga del familiar cuidador en un 22%(24). Los cuidados del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso de sobrecarga del familiar cuidador en un 11%(12). Estos resultados nos indican que existe relación entre los Cuidados del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador familiar.

TABLA 2
CUIDADO FÍSICO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO Y EL IMPACTO
DEL CUIDADO DEL FAMILIAR EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA – 2016.

IMPACTO CUIDADO FAMILIAR	DEL DEL	CUIDADO FÍSICO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO						TOTAL	
		ALTO		MEDIO		BAJO		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Adecuado		23	21%	9	8%	3	3%	35	32%
En Proceso		7	6%	45	42%	11	10%	63	58%
Inadecuado		3	3%	6	5%	2	2%	11	10%
Total		33	30%	60	55%	16	15%	109	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2:

El cuidado Físico del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel de Impacto del cuidado del familiar En Proceso en un 42%(45). El nivel Alto en el cuidado Físico del adulto mayor hospitalizado tiene a su vez un nivel Adecuado en el Impacto del cuidado del familiar cuidador en un 21%(23). Los cuidados Físicos del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso en el Impacto del cuidado del familiar cuidador en un 10%(11). Estos resultados nos indican que existe relación entre los Cuidados Físicos del adulto mayor y el Impacto del cuidado del cuidador familiar.

TABLA 3
ASPECTO PSICOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO CON EL
ASPECTO INTERPERSONAL DEL FAMILIAR CUIDADOR EN EL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA
AREQUIPA – 2016.

ASPECTO INTERPERSONAL DEL FAMILIAR CUIDADOR	ASPECTO PSICOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Adecuado	23	21%	9	8%	1	1%	33	30%
En Proceso	5	4%	49	45%	11	11%	65	60%
Inadecuado	3	3%	5	5%	3	2%	11	10%
Total	31	28%	63	58%	15	14%	109	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3:

El aspecto Psicológico del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel del aspecto interpersonal del familiar cuidador En Proceso en un 45%(49). El aspecto Psicológico del adulto mayor hospitalizado de nivel Alto tiene a su vez un nivel Adecuado del aspecto interpersonal del familiar cuidador en un 21%(23). El aspecto Psicológico del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso del aspecto interpersonal del cuidador familiar en un 11%(11). Estos resultados nos indican que existe relación entre el aspecto Psicológico del adulto mayor y el aspecto interpersonal del cuidador familiar.

TABLA 4
ASPECTO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO CON LAS
EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA DEL FAMILIAR CUIDADOR EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA
AREQUIPA – 2016

EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA DEL FAMILIAR CUIDADOR	ASPECTO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Adecuado	23	22%	9	8%	3	2%	35	32%
En Proceso	5	4%	47	45%	9	7%	61	56%
Inadecuado	5	4%	5	5%	3	3%	13	12%
Total	33	30%	61	58%	15	12%	109	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 4:

El aspecto Social del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel de expectativas de autoeficacia del familiar cuidador En Proceso en un 45%(47). El aspecto Social del adulto mayor hospitalizado de nivel Alto tiene a su vez un nivel de expectativas de autoeficacia del familiar cuidador Adecuado en un 22%(23). El aspecto Social del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso de expectativas de autoeficacia del cuidador familiar en un 7%(9). Estos resultados nos indican que existe relación entre el aspecto Social del adulto mayor y las expectativas de autoeficacia del cuidador familiar.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

H_1 = Existe relación entre el cuidado del adulto mayor hospitalizado con la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2016.

H_0 = No existe relación entre el cuidado del adulto mayor hospitalizado con la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2016.

$H_a \neq H_o$

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 5: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Cuidado del adulto mayor	Sobre carga del familiar cuidador
Cuidado del adulto mayor	Correlación de Pearson	1	,931**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	109	109
Sobre carga del familiar cuidador	Correlación de Pearson	,931**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	109	109

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 5, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.22, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,931, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Cuidado del adulto mayor y Sobrecarga del familiar cuidador, con un nivel de significancia de $p<0,05$.

Siendo cierto que: Existe relación entre el cuidado del adulto mayor hospitalizado con la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2016.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

El cuidado del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel de sobrecarga del familiar cuidador En Proceso en un 42%(46). El nivel Alto en el cuidado del adulto mayor hospitalizado tiene a su vez un nivel Adecuado en la sobrecarga del familiar cuidador en un 22%(24). Los cuidados del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso de sobrecarga del familiar cuidador en un 11%(12). Estos resultados nos indican que existe relación entre los Cuidados del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador familiar. Coincidiendo con LUENGO (2010) Conclusiones: *“De los 98 cuidadores: 91,8% son mujeres y 8,2% hombres. Respecto del Cumplimiento de los Cuidados Básicos al usuario cuidados básicos al usuario postrado, un 27,6% cumple los cuidados de manera deficiente y solamente un 22,4% los cumple adecuadamente. Respecto al factor emocional, se ha investigado ampliamente el factor emocional percibida por los cuidadores, familiares, determinándose que todos perciben algún nivel de sobrecarga emocional y que, en general, la carga percibida por los cuidadores suele ubicarse en niveles moderados o severos, 13 lo cual concuerda con este estudio donde el 62,2% de los cuidadores presentan una sobrecarga intensa, coincidiendo además con otros estudios nacionales e internacionales en que los cuidadores familiares estudiados presentaron en un 70%-72% algún grado de sobrecarga, predominando la sobrecarga intensa. Al asociar esta variable con el cumplimiento de los cuidados básicos no se encontró significación estadística, incluso aquellos cuidadores con sobrecarga intensa otorgan un cuidado más adecuado que aquellos sin sobrecarga, esto se puede explicar porque la mayoría de los cuidadores llevan más de 5 años al cuidado y presentan edades de más de 40 años, por lo que tienen más experiencia y principalmente más asumido su rol de cuidador, que aquellos que comienzan en la actividad y debido a su falta de habilidad y corta edad se ven superados rápidamente en las labores del cuidado. Coincidiendo además con FLORES (2010) Conclusiones: “Encontramos una relación significativa entre el afrontamiento y la vivencia subjetiva de sobrecarga que manifestaban los cuidadores de pacientes con demencia, indicándonos que a mejor uso del afrontamiento se*

observa un mejor manejo de la sobrecarga subjetiva en el cuidador, es decir, que el uso correcto de los esfuerzos cognitivos y conductuales permitirá al cuidador manejar mejor los problemas físicos, psicológicos y socioeconómicos como consecuencia de cuidar a su familiar. Por otro lado, aquellos cuidadores que usaban los estilos de afrontamiento centrados en el problema (activos, de planificación, búsqueda de apoyo social, etc.) y en la emoción (reinterpretación positiva, aceptación, acudir a la religión, etc.) presentaron menor sobrecarga que aquellos cuidadores que hacían uso de estilos de afrontamiento centrados en la percepción (enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual y mental); concordando con Devi y Almazán quienes refieren que el “estilo de afrontamiento de evitación (percepción) está más relacionado con el estrés del cuidador”.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

El cuidado Físico del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel de Impacto del cuidado del familiar En Proceso en un 42%(45). El nivel Alto en el cuidado Físico del adulto mayor hospitalizado tiene a su vez un nivel Adecuado en el Impacto del cuidado del familiar cuidador en un 21%(23). Los cuidados Físicos del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso en el Impacto del cuidado del familiar cuidador en un 10%(11). Estos resultados nos indican que existe relación entre los Cuidados Físicos del adulto mayor y el Impacto del cuidado del cuidador familiar. Coincidiendo con PRIETO y Otros (2015) Resultados: se aplicaron 190 encuestas, sólo 170 cumplieron los criterios de inclusión. Se encontró síndrome de sobrecarga del cuidador en 48% de la población estudiada. Los límites de edad de los cuidadores fueron 18 y 86 años con media de 50.42 ± 13.5 , predominó el género femenino (72%). Existió asociación estadísticamente significativa entre el hecho de ser mujer y tener sobrecarga del cuidador con razón de momios de 2.1 ($p=0.02$; IC 95% 1.07-4.3). Además, se encontró asociación con sobrecarga si el cuidador dedicaba más de seis horas al día con razón de momios de 4.1 ($p=0.001$; IC 95% 1.9-9.2). Conclusión: *“La frecuencia del síndrome de sobrecarga del cuidador es alta en nuestra población, con asociación con el número de horas de cuidado diario”*. Coincidiendo además con CHINO (2013) Conclusiones: *“Se*

evidencian una clara relación entre los pensamientos disfuncionales y la sobrecarga, mostrando que en cuidadores con mayor puntuación en creencias irracionales observa puntuaciones mayores en la percepción de sobrecarga. De igual forma se establece la relación entre los pensamientos disfuncionales y depresión que evidencia que los síntomas de esta última se incrementan en la misma proporción que la primera, y por último, entre la variable depresión y la autoeficacia. En nuestra región se han desarrollado tres estudios en cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia con resultados similares de investigaciones de la misma índole a nivel mundial, que pese a no estar completamente relacionadas a nuestro estudio son consideradas importantes como precedentes anteriores al mismo.”

OBJETIVO ESPECIFICO 2

El aspecto Psicológico del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel del aspecto interpersonal del familiar cuidador En Proceso en un 45%(49). El aspecto Psicológico del adulto mayor hospitalizado de nivel Alto tiene a su vez un nivel Adecuado del aspecto interpersonal del familiar cuidador en un 21%(23). El aspecto Psicológico del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso del aspecto interpersonal del cuidador familiar en un 11%(11). Estos resultados nos indican que existe relación entre el aspecto Psicológico del adulto mayor y el aspecto interpersonal del cuidador familiar. Coincidiendo con CAMACHO (2011) Conclusiones: *“El 58% de la muestra presenta sobrecarga emocional y sobrecarga emocional intensa; en relación con las horas de cuidado el 74% dedica más de 5 horas al día y en años, el 65% más de 5 años. Los resultados socio demográficos encontrados en el presente estudio son similares a los encontrados por otros autores españoles. Se logró; evaluar la sobrecarga emocional y las horas de cuidado. El estudio aporta otra perspectiva de investigación y un panorama de oportunidad para el ejercicio del profesional de enfermería en el hogar”.*

OBJETIVO ESPECIFICO 3

El aspecto Social del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel de expectativas de autoeficacia del familiar cuidador En Proceso en un 45%(47). El aspecto Social del adulto mayor hospitalizado de nivel Alto tiene a su vez un nivel de expectativas de autoeficacia del familiar cuidador Adecuado en un 22%(23). El aspecto Social del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso de expectativas de autoeficacia del cuidador familiar en un 7%(9). Estos resultados nos indican que existe relación entre el aspecto Social del adulto mayor y las expectativas de autoeficacia del cuidador familiar. Coincidiendo con LI Quiroga (2014) Conclusiones: *“Se encontró un 72,95% (89/122) de cuidadores con sobrecarga, de los cuales 30,34% (27/89) tienen una sobrecarga intensa y 69,66% (62/89) una sobrecarga leve. La mayoría de los familiares cuidadores fueron mujeres 68,85% (84/122) quienes presentaron en un 36,89% (45/84) sobrecarga leve. Los porcentajes de sobrecarga en hombres y mujeres fueron similares, con un 73,68% (28/38) y 72,62% (61/84) respectivamente.”*

CONCLUSIONES

PRIMERO

El cuidado del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel de sobrecarga del familiar cuidador En Proceso. El nivel Alto en el cuidado del adulto mayor hospitalizado tiene a su vez un nivel Adecuado en la sobrecarga del familiar cuidador. Los cuidados del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso de sobrecarga del familiar cuidador. Estos resultados nos indican que existe relación entre los Cuidados del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador familiar. Se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,931 y con un nivel de significancia de valor $p < 0.05$.

SEGUNDO

El cuidado Físico del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel de Impacto del cuidado del familiar En Proceso. El nivel Alto en el cuidado Físico del adulto mayor hospitalizado tiene a su vez un nivel Adecuado en el Impacto del cuidado del familiar cuidador. Los cuidados Físicos del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso en el Impacto del cuidado del familiar cuidador. Estos resultados nos indican que existe relación entre los Cuidados Físicos del adulto mayor y el Impacto del cuidado del cuidador familiar.

TERCERO

El aspecto Psicológico del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel del aspecto interpersonal del familiar cuidador En Proceso. El aspecto Psicológico del adulto mayor hospitalizado de nivel Alto tiene a su vez un nivel Adecuado del aspecto interpersonal del familiar cuidador. El aspecto Psicológico del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso del aspecto interpersonal del cuidador familiar. Estos resultados nos indican que existe relación entre el aspecto Psicológico del adulto mayor y el aspecto interpersonal del cuidador familiar.

CUARTO

El aspecto Social del adulto mayor hospitalizado en el nivel Medio tiene a su vez un nivel de expectativas de autoeficacia del familiar cuidador En Proceso. El aspecto Social del adulto mayor hospitalizado de nivel Alto tiene a su vez un nivel de expectativas de autoeficacia del familiar cuidador Adecuado. El aspecto Social del adulto mayor de nivel Bajo tienen a su vez un nivel En Proceso de expectativas de autoeficacia del cuidador familiar. Estos resultados nos indican que existe relación entre el aspecto Social del adulto mayor y las expectativas de autoeficacia del cuidador familiar.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Convocar a un equipo de enfermeras a fin de plantear estrategias adecuadas, de detección e intervención oportuna utilizando terapias de afrontamiento en la sobrecarga en los cuidadores familiares de los pacientes adultos mayores en el servicio del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa.

SEGUNDO

Promover el programa de apoyo psicológico a la familia con énfasis, en el cuidador familiar, mediante talleres, consejerías para conservar el buen estado de salud.

TERCERO

Implementar un programa de evaluación periódica de sobrecarga en los cuidadores familiares en el servicio del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, en la búsqueda de información relevante y oportuna, que permita identificar los indicios del agotamiento en el cuidador familiar.

CUARTO

Facilitar talleres a los familiares, educándoles sobre las medidas de afrontamiento físicas, psicológicas y sociales a optar para prevenir la sobrecarga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2000). Ageing and health programme. Towards an International Consensus on polity for long-term-care of the ageing. Geneva: WHO: Milibank Memorial Fund; 2000.
2. Organización Mundial de la Salud (2007). Estadísticas sanitarias mundiales 2007. Diez cuestiones estadísticas de especial interés en salud pública mundial.
3. Organización Mundial de la Salud (2011). Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas. Revisado en diciembre 2011. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html
4. Organización Mundial de la Salud (2014) Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento. Revisado octubre 2014. <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
5. Luengo Martínez Carolina Elena; “Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado” Chile – 2010.
6. Prieto Miranda Sergio Emilio; Arias Ponce Nazareth; Villanueva Muñoz Evelyn Yared; Jimenez Bernardino Carlos Alberto; “Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel”, México - 2015.
7. Camacho Estrada Lilian; “Factores emocionales del cuidador en el adulto mayor dependiente”. México – 2011.

8. LI Quiroga Meyling Cristal; “Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente y factores asociados en el hospital regional”, Chiclayo – 2014.
9. Flores Valdivia Gilda Milagros; “Afrontamiento y sobrecarga subjetiva de cuidadores de pacientes adulto mayor dependiente” Arequipa – 2010.
10. Chino Vilca Branda; “Relación entre pensamientos disfuncionales, depresión y sobrecarga en la tarea de cuidado de un familiar adulto mayor”, Arequipa – 2011.
11. Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA 1963; 185(12):914-919.
12. Trigas M. índice de Katz Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf> Consultado en diciembre 2010.
13. Cámara de diputados (México). Ley General de Salud. Título Quinto. Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación, México: Secretaría General, 2011.
14. Cátedra MA. Cuidado de la vida.1 a ed. Colombia: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería; 2007.
15. Heidegger M. Ser y tiempo. (Chile). Editorial Universitaria; 1998.
16. Maldonado GG, Medrano MM, Mendiola IS, Nieto LM, Flores RG. El cuidado del Adulto Mayor. Desarrollo Cientif Enferm 2005; 13(6): 169-173.

17. Zabalegui YA, Juando PC, Saenz A, Ramírez LA, López RL, Bover Ba, et al. Los cuidadores Informales en España. Rev. ROL Enf 2007; 30(7): 513-518.
18. Moruno M, Romero A. actividades de la vida diaria. (España): MASSON; 2006.
19. Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería. Cuidado y Práctica de Enfermería. (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2006.
20. Venegas B. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Aquichan 2006; 6(1): 137-47.
21. Quero RA. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. Nure Investigación. 2004 Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Originales_Imagenes/Original9.pdf. consultada en marzo 2011.
22. López G, Orueta SR, Gómez-Caro S, Sánchez OA, Carmona MJ, Alonso MF. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clín Med Fam 2009; 2(7) 332-34
23. Ríos OA, Rueda LG, Valverde OA, Mohamed HF. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador". Metas de Enfermería, 2001; 4(7):30-36.
24. Vázquez SM, Casal s SJ, Aguilar TP, Aparicio BP, Estébanez CF, Luque EA. et al. Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Enfermería Clínica 2005; 15(2): 63-70.
25. Flores AM, Cano-Caballero G, Caracuel RA, Castillo, FA, Mezcua FA, Osorio A. et al. La Alimentación del Acompañante del paciente hospitalizado. Enfermería Clínica 1999; 10(1): 3-8.

26. López Martínez J. Entrenamiento en manejo de estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa [Tesis]. Madrid: Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid; 2005. 408 p
27. De La Cuesta Benjumea, Carmen. El cuidado familiar: una revisión crítica. Invest. Educ. enferm [online]. 2009, vol.27, n.1 [cited 2012-08-17], pp. 96-102. Available .I SSN 0120-5307
28. Instituto Nacional De Cáncer. De los institutos nacionales de salud .de EE.UU. En Salud y Bienestar .27 Enero de 2012.
29. Zarit, S.H.Y Zarit J.M. The Memory and behavior problem checklist and the burden interview. Technical Report, Pennsylvania State University.1983
30. Argimón Jm, Limón E, Abós T. Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores informales de pacientes discapacitados. Aten Primaria 2003.
31. Zarit, S.H.Y Zarit J.M. The Memory and behavior problem checklist and the burden interview. Technical Report, Pennsylvania State University.1983
32. Carretero Gómez, Stefani. Garcés Ferrer, Jorge. Ródenas Rigla, Francisco. La S obre carga de las Cuidadoras de Personas Dependientes: Análisis y Propuestas de intervención psicosocial.2001
33. Consejo Europa. Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia; 1998 [citado 15 noviembre 2009]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>

34. Servicio Nacional del adulto Mayor. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. [Internet] Santiago, Chile: INTA; 2010. p. 10-15. [citado 15 noviembre 2009]. Disponible en <http://www.senama.cl/>
35. Lara-Perez L, Diaz-Diaz M, Silveira-Hernández P. (2001) Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería* 17(2):107-11.
36. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupo A, Begiristain J, et al. (2008) Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit* 22(5):443- 450.
37. León Saavedra, F.G. (2012). Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del hospital Víctor Larco Herrera. (Tesis inédita de Bachiller en Medicina) Universidad Nacional mayor de San Marcos, Lima, Perú.
38. López O, Lorenzo A. (1999) Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* 24: 404-10.
39. Mingote Adán, J.C. (1998) Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5 (8), 493-508.
40. Rogero-García, J. (2009). La distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 393-405.
41. Vilaplana M, Ochoa S, Martínez A, Villalta V. Martínez-Leal R, Puigdollers E. Validación en población española de la entrevista de

carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS-II). Actas Esp. Psiquiatr. 2007; 35 (6):372-81

42. Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Revista de Gerontología, 6, 338-346.
43. Teoría Enfermeras, Nola Pender,
[Http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Pe/2012/06](http://Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06).
44. Teoría Enfermeras, Madeleine Leininger,
[Http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Pe/2012/06](http://Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06).

ANEXOS

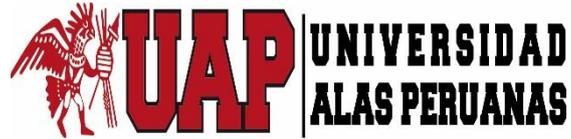
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Cuidado del adulto mayor hospitalizado en relación a la sobrecarga del familiar cuidador, en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2016.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES
<p>Problema general ¿Cuál es la relación sobre el cuidado del adulto mayor hospitalizado y la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la relación sobre el cuidado físico del adulto mayor hospitalizado y el impacto del cuidado del familiar en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016?</p> <p>¿Cuál es la relación sobre el aspecto psicológico del adulto mayor hospitalizado con el aspecto interpersonal del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016?</p> <p>¿Cuál es la relación sobre el aspecto social del adulto mayor hospitalizado con las expectativas de autoeficacia del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación sobre el cuidado del adulto mayor hospitalizado y la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016.</p> <p>Objetivo específico <input type="checkbox"/> Determinar la relación sobre el cuidado físico del adulto mayor hospitalizado y el impacto del cuidado del familiar en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016.</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar la relación sobre el aspecto psicológico del adulto mayor hospitalizado con el aspecto interpersonal del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016.</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar la relación sobre el aspecto social del adulto mayor hospitalizado con las expectativas de autoeficacia del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa – 2016.</p>	<p>H₁ = Si existe relación entre el cuidado del adulto mayor hospitalizado con la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2016.</p> <p>H₀ = No existe relación entre el cuidado del adulto mayor hospitalizado con la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2016.</p>	<p>Variable Independiente = El cuidado del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado de Arequipa – 2016.</p> <p>Variable dependiente = Sobrecarga al familiar cuidador del adulto mayor hospitalizado.</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Cuidado del adulto mayor	Físico Psicológico Social	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene y comodidad • Apoyo emocional • Buena socialización
Sobrecarga del familiar cuidador	Impacto del cuidado Relación interpersonal Expectativas de auto eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia • Cansancio • Inseguridad • Disminución de la vida social • Estrés • Confianza

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>La presente investigación es de tipo descriptivo - cuantitativo, porque permite medir y cuantificar las variables, es de nivel aplicativo - correlacional porque se van a relacionar las variables, es de diseño no experimental de corte transversal porque se aplicara el instrumento una sola vez y es bivariado. (Según Hernández Sampieri).</p>	<p>Población La población total del estudio estuvo conformada por 150 familiares cuidadores de adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado de Arequipa.</p> <p>Muestra La muestra estuvo conformada por 109 familiares cuidadores de adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado de Arequipa.</p> <p>Criterio de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombres o mujeres cuidadores que deseen participar de manera voluntaria en la investigación. ▪ Hombre o mujeres cuidadores que sean mayores de 18 años. ▪ Hombres o mujeres que tengan a un familiar adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina. <p>Criterios de Exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombres o mujeres cuidadores que no deseen participar de manera voluntaria en la investigación. ▪ Hombre o mujeres cuidadores que no sean mayores de 18 años. ▪ Hombres o mujeres que no tengan a un familiar adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina. 	<p>La técnica empleada en la investigación es la Encuesta, por ser la más adecuada para cumplir con el objetivo de estudio y obtener información. Como instrumento un Cuestionario que consta de introducción datos generales, selección de información específica que busca determinar la relación entre el cuidado del adulto mayor y el sobre carga del familiar cuidador.</p>	<p>La validez del instrumento se determinó mediante Juicio de Expertos, donde participaron 7 profesionales, consistió en la revisión del instrumento por expertos en el tema; cada uno de sus ítems fue analizado en su estructura, comprensión y criterios de evaluación, buscando coherencia con la definición operacional de la variable. La confiabilidad del instrumento se determinara a través de alfa de Crombach.</p> <p>La recolección de datos se llevó a cabo previa realización de trámites administrativos para obtener la autorización del Director del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, a quien se le informo sobre el tema de investigación y la confiabilidad de los datos e información requerida para el desarrollo de la misma. El instrumento será aplicado aproximadamente entre 20 a 30 minutos por cada entrevistado. Los datos recolectados se tabularon manualmente mediante el programa estadístico Minitab 16, para que puedan ser presentados a través de tablas y gráficos con sus respectivos análisis.</p>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Encuesta

Buenos Días señores soy el estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. En esta oportunidad me dirijo ante usted para poder realizar una encuesta acerca del Cuidado del adulto mayor hospitalizado y su relación con la sobrecarga del familiar cuidador en el servicio de medicina del Hospital Honorio Delgado, Arequipa – 2016. Por lo cual solicito a usted responda las siguientes preguntas que se han formulado, que será de manera anónima.

Datos Personales:

Edad: Genero:
Grado de instrucción:
.....
Sección:..... Parentesco:

A continuación se presentara una serie de preguntas, de las cuales Usted debe contestar solo una alternativa que considere correcta con una “X”

CUESTIONARIO

Marcar según la Escala de Likert, los puntajes para el ítem son:

(N) Nunca, (RV) Rara Vez, (AV) Algunas veces, (BV) Bastantes veces, (CS) Casi Siempre

ITEMS	N	RV	AV	BV	CS
1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que necesita?					
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3.-Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades trabajo, familia.) ?					
4.- ¿Siente vergüenza por el estado de salud, conducta de su familiar?					
5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente las relaciones que usted tiene con otros miembros de la familia?					
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8.- ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar. ?					
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido que ha tenido que cuidar a su					

familiar. ?					
11.- ¿Piensa que no tiene intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13.-¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14.- ¿Piensa que su familia le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15.- ¿Piensa que no tiene los suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familia, además de sus otros gastos?					
16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familia por mucho más tiempo. ?					
17.- ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar. ?					
18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona. ?					
19.-¿Se siente indeciso de qué hacer con su familiar. ?					
20.- ¿piensa que debería hacer más por su familiar. ?					
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar. ?					
22.-¿Cuidando a su familiar siente usted que es una carga.?					