



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

“GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR Y NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON LESIONES NEUROLÓGICAS – SERVICIO DE MEDICINA INTERNA- HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA - ESSALUD ICA, MARZO 2017”

PRESENTADO POR:

BACH. BRENDA RUTH NEYRA SILVERA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ASESOR: DR. OLINDA OSCCO TORRES

ICA – PERÚ

2017

DEDICATORIA:

Dedicado a mis padres por apoyarme siempre en cada momento de mi vida, por su amor y comprensión. Por ayudarme a lograr mi sueño: La culminación de mi carrera profesional, y a mis hermanas que hacen cada día especial.

AGRADECIMIENTO:

Agradezco a Dios por permitirme este logro, y al apoyo de mi familia en cada momento, en cada proyecto que emprenda y por disfrutar conmigo de esta meta lograda.

RESUMEN

OBJETIVO:

Determinar la correlación entre el grado, de dependencia del adulto mayor con el nivel de, sobrecarga del cuidador en pacientes con lesiones neurológicas, atendidos en el servicio de Medicina Interna, del Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud Ica Marzo 2017.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico con objetivo correlacionar es una muestra de 92 pacientes, adultos mayores con enfermedades neurológicas con sus correspondientes cuidadoras. Se empleó el índice de Barthel que valora la capacidad de una persona, para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria y la Escala de sobrecarga del cuidador - Test de Zarit, para determinar la sobrecarga en las cuidadoras. Conclusiones: El 4.3% (4) de los pacientes son independientes, el 12.1% (11) presentan dependencia leve, el 14.1% (13) dependencia moderada, el 40.2% (37) dependencia grave y el 29.3% (27) dependencia total. El 18.5% (17) de las cuidadoras informales no presentan sobrecarga, el 18.5% (17) presentan sobrecarga leve y el 63% (58) presenta sobrecarga intensa. Existe una mayor proporción de sobrecarga (25% y 31.5%) en las cuidadoras informales que tienen pacientes a su cargo con mayor grado de dependencia (Dependencia grave y dependencia total). Índice de correlación moderada (0.484 vale decir 48.4% de correlación). El 8.7%, de cuidadores son del sexo masculinos y el 91.3% son de sexo femenino. El 28.3% de los cuidadores son de edades entre 18 y 22 años, el 52.2% son de edades entre 23 y 27 años y el 19.5% son de edades entre 28 y 32 años.

PALABRAS CLAVE: Grado dependencia adulto mayor, sobrecarga cuidador

ABSTRACT

OBJECTIVE:

To determine the correlation between the degrees of dependence of the elderly with the level of caregiver overload in patients with neurological injuries treated in the Internal Medicine service of the Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud Ica March 2017.

METHODOLOGY:

An observational, transversal, prospective and analytical study with correlation aim are a sample of 92 elderly patients with neurological diseases with their corresponding caregivers. Barthel's index was used that assesses a person's ability to perform independently or dependently 10 basic activities of daily living and the Caretaker Overload Scale - Zarit Test, to determine the overload in caregivers. Conclusions: 4.3% (4) of the patients were independent, 12.1% (11) presented mild dependence, 14.1% (13) moderate dependence, 40.2% (37) severe dependence and 29.3% (27) . 18.5% (17) of informal caregivers do not present overload, 18.5% (17) have mild overload and 63% (58) present intense overload. There is a greater proportion of overload (25% and 31.5%) in informal caregivers who have patients in their care with a greater degree of dependence (severe dependence and total dependence). Moderate correlation index (0.484 is 48.4% correlation). 8.7% of caregivers are males and 91.3% are female. 28.3% of the caregivers are between 18 and 22 years old, 52.2% are between 23 and 27 years old and 19.5% are between 28 and 32 years old.

KEYWORDS: Degree adult dependent major, career overload

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO: I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivo específico	4
1.4. Justificación e importancia de la investigación	5
1.5. Limitaciones	6
CAPÍTULO: II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Definición de términos básicos	30
2.4. Hipótesis de la investigación	32
2.4.1. Hipótesis General	32
2.4.2. Hipótesis Específica	32

2.5. Variables	33
2.5.1. Operacionalización de la variable	34
CAPÍTULO: III METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	35
3.2. Delimitación espacial	35
3.3. Población y muestra	35
3.3.1. Población	35
3.3.2. Muestra	36
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
3.4.1. Técnica	37
3.4.2. Instrumento	37
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	38
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	38
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	40
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
Fuentes de información	52
Anexos	56
-Matriz de consistencia	57
-Modelo de instrumento	60
EVIDENCIA:	
-Foto # 01	64
-Foto # 02	64
-Foto # 03	65
-Foto # 04	65

ÍNDICE DE TABLAS

N°		Pág.
1	GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES CON LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA – ESSALUD – ICA MARZO 2017	41
2	NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA - ESSALUD ICA MARZO 2017	42
3	CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR CON EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD ICA MARZO 2017	43
4	GENERO DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD ICA MARZO 2017	45
5	GRUPO DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD ICA MARZO 2017	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°		Pág.
1	GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES CON LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA – ESSALUD – ICA MARZO 2017	41
2	NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON LESIONES NEUROLOGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA – ESSALUD – ICA MARZO 2017	42
3	CORRELACIÓN ENTRE GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR CON EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON LESIONES NEUROLOGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA – ESSALUD – ICA MARZO 2017	44
4	GÉNERO DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA – ESSALUD – ICA MARZO 2017	45
5	GRUPO ETÁRIO DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA – ESSALUD – ICA MARZO 2017	46

INTRODUCCIÓN

Para la mayoría de los encargados del cuidado continuo, las responsabilidades del trabajo y de la casa no desaparecen cuando un ser querido se enferma. Sus propias necesidades personales de descanso y atención a su propia salud tampoco se esfuman. Lo que significa que puede verse, haciendo malabarismos con muchas responsabilidades, algunas de las cuales pueden estar en conflicto.

Frecuentemente cuidar de un ser querido enfermo, crea una sensación profunda de cercanía entre ustedes dos. Puede sentir más intimidad, satisfacción y orgullo. Sin embargo, la ansiedad proveniente de enfrentarse a una enfermedad seria, combinada con la carga del cuidado continuo, puede causar tensión en la relación y presión para usted. En ocasiones se sentirá abrumado, culpable, resentido, molesto, ansioso y hasta deprimido. Estas emociones variadas y complejas son comunes. Es normal sentir emociones positivas y negativas cuando atiende a un ser querido que está enfermo.

La labor de enfermería no se limita a la parte asistencial, si no que tienen que orientar el continuo tratamiento del enfermo, en su domicilio por lo que la información y capacitación de los cuidadores externos es fundamental en el éxito de la terapéutica de estos enfermos cuya dependencia en sus familiares a veces es total. (1)

En el hospital Augusto Hernández Mendoza, se atienden una proporción elevada de pacientes adultos mayores, con limitaciones físicas muchas veces marcadas producto de lesiones neurológicas, por lo que el estudio se diseñó para obtener, información sobre las condiciones que se encuentran, los cuidadores externos sobre la base de la atención de estos pacientes, con distinta limitación física y mental. El primer capítulo trata sobre la problemática, en el segundo capítulo se trata las bases científicas y teóricas de la investigación, las hipótesis y variables, en el capítulo tres se trata de la metodología la población, muestra, técnicas e instrumentos, en capítulo cuatro se muestran los resultados, y en capítulo cinco se discute los resultados, finalmente se indican las conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas, así como los anexos.

CAPÍTULO: I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, durante el siglo XX la proporción de personas mayores de 60 años siguió aumentando y se espera que esta tendencia continúe en el siglo XXI. En 1950, las personas mayores de 60 años eran 8 % y en 2000, 10 %, se prevé que llegará a 21 % en 2050. El aumento de la esperanza de vida está produciendo un incremento de la población anciana proclive a sufrir un mayor número de patologías crónicas, que conlleva a declives físico y psíquico que limitan su capacidad funcional, y cada vez es mayor el número de personas que precisan de cuidados. Se prevé que, en el 2030, las cuatro causas principales de muerte en el mundo serán las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares, el VIH/sida y las neuropatías obstructivas crónicas. Entre las enfermedades neurológicas que mayor discapacidad y necesidad de cuidado necesitan están las crónicas degenerativas incurables tipo Alzheimer, Parkinson, Huntington, entre otros.

(2)

En Estados Unidos aproximadamente doscientos mil fallecimientos anuales, ocurren en ancianos con enfermedades crónicas. En Colombia, el 28% de

todas las muertes se deben a enfermedad cerebro vascular, con una incidencia de 7,2 por cada cien mil habitantes. Es la segunda causa de años de vida potencialmente perdidos y la quinta causa de años potencialmente saludables perdidos. (2)

El proceso de envejecimiento de la población aunado a la transición epidemiológica representa un incremento importante de enfermedades crónicas degenerativas con problemas de dependencia y / o déficit funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, situación que se exacerba durante la enfermedad, ante este hecho la familia, es quien asume la responsabilidad del cuidado por ello se le reconoce como un agente cuidador natural.

En el Perú, según el Ministerio de Salud (MINSA) se ha reportado una prevalencia de 6,8% en zonas urbana y 2,7% en zona rural en mayores de 65 años, en donde representan el 28,6 y 13,7% respectivamente, de las causas de muerte.(1)

Las personas dependientes, por tanto, van a requerir de una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados. De ahí la importancia de los cuidados formales e informales en la atención a la necesidades de este colectivo. La familia es la principal fuente de ayuda para las personas mayores y adquiere aún más importancia cuando éstas sufren algún tipo de dependencia pues contribuye a rellenar las lagunas o carencias de las redes socio-sanitarias de servicios y constituye un eje fundamental de las políticas sociales basadas en el “envejecimiento en el hogar”. (3)

El cuidado de las personas adultas es una problemática en todos los países sobre todo cuando la familia no puede suplir el cuidado personal de su padre, por lo que acude a personal en su mayoría capacitado en cuidado de personas como son los técnicos de enfermería o alumnas de Enfermería, por lo que este personal tiene que asumir el cuidado y compañía del adulto mayor que muchas veces son ancianos con una alta dependencia que

genera en la cuidadora enorme carga física y psíquica, lo que es necesario medir.

A nivel local no existen evidencias sobre el cuidador, por ello el estudio de este tema desde la orientación cualitativa, permite explorar vivencias del cuidador de pacientes adultos mayores de, este modo contextualizar el medio y conocer su posición en la adaptación de su vida para el cuidado, además posibilitará nuevas alternativas, para hacer visible su participación en el cuidado, y coadyuvar esfuerzos para mejorar su calidad de vida y por ende la del receptor de sus cuidados.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Existe correlación entre el grado de dependencia del adulto mayor, con el nivel de sobrecarga del cuidador, en pacientes con lesiones neurológicas atendidos en el servicio, de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud Ica Marzo 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

1. ¿Cuál es el grado de dependencia de los adultos mayores, con lesiones neurológicas atendidos en el servicio, de Medicina Interna, del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017?
2. ¿Cuál es el nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes, adultos mayores, con lesiones neurológicas atendidos, en el servicio de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017?
3. ¿Cuál es el Género de los cuidadores de pacientes adultos mayores con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017?

4. ¿Cuáles son los grupos etarios de los cuidadores de pacientes adultos mayores, con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVOS GENERAL

Determinar la relación entre el grado de dependencia del adulto mayor, con el nivel de sobrecarga del cuidador en pacientes, con lesiones neurológicas atendidos en el servicio, de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud Ica Marzo 2017

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Indicar el grado de dependencia de los adultos mayores, con lesiones neurológicas atendidos en el servicio, de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017
2. Indicar el nivel de sobrecarga del cuidador, de pacientes adultos mayores con lesiones neurológicas, atendidos en el, servicio de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017
3. Conocer el Género de los cuidadores de pacientes adultos mayores, con lesiones neurológicas atendidos en el, servicio de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017
4. Precisar los grupos etarios de los cuidadores de pacientes adultos mayores, con lesiones neurológicas atendidos, en el servicio de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

En las últimas décadas se ha observado un cambio demográfico importante, los índices de natalidad han disminuido y la esperanza de vida está aumentando cada vez más, pasando de los 35 años, a principios del siglo XX, a los 50 años a mediados de éste, y superando los 78 años en la actualidad. Ello ha generado una población mayor cada vez más envejecida. Las causas de esto las podemos encontrar, en los grandes avances experimentados por la medicina y en los cambios sociales acaecidos a lo largo de todos estos años.

Las enfermedades neurológicas que derivan en una discapacidad y/o dependencia, y en concreto la enfermedad de Parkinson (EP), producen un impacto considerable en la vida de las personas que las padecen, sus familias y la sociedad. Junto a los cambios físicos y psicológicos que experimentan los pacientes, se producen también cambios sociales en torno a los roles en el hogar y en el ámbito laboral. Estos procesos suelen afectar a las relaciones familiares íntimas, las relaciones sociales y en no pocas ocasiones llevan a un deterioro de la salud del cuidador. (3)

En este sentido, un campo de intervención para los profesionales sanitarios es el de ayudar a los pacientes a convivir lo mejor posible con las limitaciones y cambios producidos por la enfermedad.

Existe gran heterogeneidad en cómo los pacientes con enfermedades crónicas consiguen “acomodar” su vida a la enfermedad. Stanton y col han identificado algunos factores que propician esta adaptación como son el apoyo interpersonal que reciben los pacientes, algunos rasgos de la personalidad como el optimismo, el significado de la enfermedad para la persona y la repercusión de la misma en los valores y objetivos en la vida.³

RELEVANCIA SOCIAL. - La investigación determinará, el grado de relación que existe entre la sobrecarga, del cuidador según el nivel de dependencia del paciente con lesión neurológica, que está siendo cuidado, lo que ayudará

a comprender mejor la problemática y enfocar mejor el tratamiento al binomio cuidador – cuidado.

RELEVANCIA PRÁCTICA.- Mejorar las relaciones del binomio cuidador – cuidado contribuirá a tener mejor calidad de vida en este grupo de pacientes.

RELEVANCIA TEÓRICA.- La investigación reforzará el nivel de conocimiento, que se tienen en la actualidad sobre, la base de una investigación científica en la región de Ica.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación tiene alcance solo para las cuidadoras, de los pacientes adultos mayores con lesiones neurológicas, atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” - EsSalud Ica, en el mes de Marzo del 2017. Por lo que sus resultados son válidos para el ámbito de estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales

Borghini A. (2013), Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la Enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo. Brasil. Objetivo: comparar la sobrecarga del cuidador familiar, principal con la del secundario del anciano con Enfermedad de Alzheimer e identificar cual dimensión genera mayor impacto. Método: estudio comparativo, realizado en Maringá, Paraná, con 20 cuidadores primarios de ancianos con Alzheimer y 20 secundarios. Los datos fueron recolectados en mayo y junio de 2012. Resultados: la sobrecarga objetiva global, y en cada sub escala, fue significativamente mayor en el grupo de cuidadores principales; la sobrecarga subjetiva no difirió entre los grupos. Comparando las sub escalas, la asistencia cotidiana al paciente ejerció mayor influencia para la sobrecarga objetiva en ambos grupos, y la preocupación con el anciano fue la dimensión que más influyó la sobrecarga subjetiva de cuidadores principales y secundarios. Conclusión: la diferencia de sobrecarga entre los grupos refuerza la necesidad de

planificación de acciones de salud para cada tipo de cuidador, objetivando reducirlas (4)

De Valle, M. (2014), Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. México. Objetivo. Conocer las condiciones personales, de sobrecarga y su relación con el Síndrome de Burnout en el cuidador informal del adulto mayor. Método. Estudio correlacional y transversal. Muestreo no probabilístico, por conveniencia. Muestra: 52 cuidadores informales de ancianos de ambos sexos. Resultados. La media de edad de los cuidadores fue de 44 años, 58% están casados, 50% tienen escolaridad media superior, 45% son hijos de los seniles (35% son las hijas), el 27% trabajan como profesionistas, 73% tienen de 1 a 6 años cuidando al anciano; 42% dedica de 6-15 horas a su cuidado; 58% padece sobrecarga, con significancia ($r = 0.442$, $p = 001$) con las horas diarias dedicadas al cuidado. El Síndrome de Burnout mostró bajo riesgo en todas las dimensiones: Agotamiento Emocional 67%, Deshumanización 80% y Realización Personal 73%, aunque más del 20% lo padece en alguna dimensión. Conclusiones. La sobrecarga y el síndrome de Burnout en los cuidadores familiares se encontraron bajos. El factor relacionado con la sobrecarga y el Burnout fue el tiempo diario dedicado al cuidado. Con base en los resultados, se propone establecer programas preventivos de entrenamiento acerca del cuidado dirigidos a familiares de ancianos; con el fin de contribuir al bienestar de los cuidadores. (5)

Cerquera, A; Granados Latorre, F; Buitrago Mariño, A. (2012), Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Colombia. Objetivo determinar los niveles de sobrecarga que presenta una muestra de cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. La muestra fue seleccionada por conveniencia, la cual debería tener como labor principal el cuidado y mantenimiento de algún familiar que padezca esta enfermedad. Se evaluaron 52 cuidadores, sin distinción de edad, género, raza o religión. Resultados:

arrojaron que el 65.4% no presenta sobrecarga, el 17.3% presenta sobrecarga leve y el mismo porcentaje presenta sobrecarga intensa. Se determinó que los datos sociodemográficos como el alto nivel de escolaridad, el elevado estrato socioeconómico y el parentesco están relacionados con la no sobrecarga. (6)

Villarejo, L. (2012), Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. España. Objetivos: Evaluar la sobrecarga subjetiva y el dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes y determinar si la intensidad del dolor percibido está asociado a la sobrecarga de la cuidadora. Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo transversal. Variables: edad, sexo, parentesco familiar, convivencia con el paciente, nivel educativo, tiempo como cuidador, trabajo remunerado, Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC) e intensidad del dolor (EVA). Análisis estadístico descriptivo e inferencial: Test T de Student, r de Pearson y ANOVA, según los casos. Resultados: IEC $6,58 \pm 1,21$, EVA $6,60 \pm 1,21$; correlación EVA y IEC $r = 0,571$, $p < 0,0001$; EVA y tiempo como cuidadora $r = 0,340$, $p < 0,026$. Conclusiones: Las cuidadoras de ancianos dependientes presentan elevados índices de sobrecarga y percepción del dolor provocada por propias características de los cuidados que requieren los ancianos dependientes. Existe una relación directa entre la intensidad del dolor y el grado de sobrecarga de las cuidadoras. (7)

Antecedentes Nacionales

Villano S. 2016. Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémica Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima. Objetivo: Determinar la relación entre la Calidad de vida y Sobrecarga del cuidador de pacientes ambulatorios con secuela de Enfermedad Cerebro Vascular en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas de agosto a diciembre del 2014. Metodología: La población estuvo conformada por cuidadores primarios y la muestra es de 115 que asistieron a la Institución Nacional de Ciencias Neurológicas, que

reunieron los criterios de selección, y a quienes desarrollaron el instrumento de Calidad de vida (SF-36) y Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit; previo consentimiento informado. Resultados: Demuestra que los cuidadores primarios suelen ser de sexo femenino, quienes tienen que realizar tareas de acompañamiento, alimentación, eliminación, higiene, vigilancia, movilidad, etc. en pacientes con enfermedad cerebrovascular, en relación de la Calidad de Vida presenta un resultado alto de 62% y bajo 38% a nivel global y en dimensiones son afectadas el Rol Emocional y Función física, experimentan un nivel de sobrecarga Intensa. Conclusión: No se evidencia relación entre la Sobrecarga hallada y la Calidad de vida de vida que presentan en los cuidadores primarios de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular isquémica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. (8)

Mendoza G. 2014. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Lima Perú. Objetivo. Describir la presencia del síndrome del cuidador o de sobrecarga en familiares de pacientes crónicos con enfermedad neurológica. Material y métodos. Estudio descriptivo de casos clínicos. La entrevista de sobrecarga de Zarit se aplicó a los cuidadores encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica, que acudieron al consultorio de neurología del Hospital San Juan de Lurigancho. Y el Índice de discapacidad física de Barthel se aplicó a los pacientes. Se consideraron 68 casos por cumplir los criterios de inclusión. Resultados. De 68 familiares entrevistados, 77,9 % eran ama de casa con una edad promedio de 45,2 años. La enfermedad crónica más frecuente que necesitaba de un cuidador fue la secuela por enfermedad cerebro vascular en 32 (46,4 %) casos. Se encontró sobrecarga intensa en 72,1 % de los familiares a cargo del cuidado. El mayor nivel de sobrecarga fue proporcional a la mayor discapacidad del paciente. Conclusión. Existe una relación directa entre el grado de dependencia del paciente con enfermedad neurológica crónica y el grado de sobrecarga en los familiares que se

encuentran a su cuidado. Los familiares que tienen más sobrecarga son aquellos que tienen a familiares con secuela de enfermedad cerebrovascular. (9)

Aldana, G., y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Lima. Objetivo: Conocer el nivel del síndrome de sobrecarga, en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica, del Hospital San Juan de Lurigancho 2011-2012 en Lima Perú. Método: Estudio de tipo Descriptivo, de casos clínicos. Se consideraron 68 casos por cumplir los criterios de inclusión. Resultados: De 68 familiares entrevistados, 64 (94.1%) correspondían al género femenino, siendo el promedio de edad 45.2 años. El 77.9% de los cuidadores eran ama de casa. La enfermedad crónica más frecuente que necesitaba de un cuidador fue la secuela por enfermedad cerebro vascular en 32 (46.4%) casos. La Entrevista de carga Familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS-II) y el test de Zarit demostró que la sobrecarga intensa estaba presente en 72.1% de los familiares a cargo del cuidado, y que existe un mayor nivel de sobrecarga a mayor discapacidad del paciente. Conclusiones: Existe una sobrecarga intensa en los cuidadores de pacientes crónicos, con enfermedad neurológica y una relación directa entre el grado de dependencia del paciente, con enfermedad neurológica crónica y el grado de sobrecarga en los familiares que se encuentran a su cuidado. (10)

Antecedentes Locales o Regionales

No se encontraron

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. EL ADULTO MAYOR

2.2.1.1. DEFINICIÓN. - Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 60 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).

Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría, por lo general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades, debido a su larga trayectoria. Aunque esto difiere según cada cultura, porque en algunos países la condición de vida de un adulto mayor se torna muy difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados. En el caso de países desarrollados o en vías de desarrollo, un adulto mayor tiene un nivel de vida mejor, esto se debe a que le son otorgados trabajos sin importar la edad sino la experiencia y capacidad que ellos poseen, también el gobierno les provee de un subsidio (pensión), garantías de salud y otros beneficios.

El cuidado de un adulto mayor debe ser especial porque su organismo no es el mismo y ha sufrido varios cambios biológicos, es por eso que se les recomienda a estas personas llevar un estilo de vida tranquilo donde puedan disfrutar de su familia y de las cosas que más le gustan hacer, también es recomendado una alimentación balanceada y una rutina de ejercicios que les ayude a contrarrestar el degeneramiento de su organismo.

Finalmente llegar a esta etapa de la vida es un privilegio, que pocos pueden tener es por esta razón que al llegar a ser adulto mayor se debe tener una actitud positiva y alegre.

2.2.1.2. PAPEL DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Uno de los aspectos más importantes de la atención al ictus es su carácter multidisciplinar. La integración y coordinación de los servicios de AP, urgencias extra e intra hospitalarias, servicios de neurología, rehabilitación, enfermería y trabajo social es fundamental para garantizar una atención al paciente eficiente y de calidad.

El papel los equipos de Atención Primaria es de gran importancia en la asistencia de pacientes que sufren enfermedades crónicas. Es indiscutible su labor en la prevención tanto primaria como secundaria en el caso de las Enfermedad Cerebro Vascular, además, en los episodios de ictus agudo, el médico de Atención Primaria también es en ocasiones el primer facultativo que atiende al paciente. Debe, por lo tanto, ser capaz de reconocer los síntomas, aplicar las medidas terapéuticas iniciales y conocer los criterios de derivación urgente, para evitar demoras que puedan afectar a la posibilidad de recibir el tratamiento adecuado.

No obstante, un estudio realizado en nuestro país reveló que un porcentaje significativo de médicos de Atención Primaria no estaban familiarizados con algunos de los aspectos referentes a la atención urgente del ictus. El 32,8% desconocía las cifras de presión arterial a partir de las cuales debía iniciarse el tratamiento antihipertensivo durante la fase aguda del ictus, y el 57,1% no sabía qué tratamiento antihipertensivo era el recomendado. Además, en el 80% de los casos desconocían las cifras de glucemia en las que es preciso el uso de insulina y en un 28,6% de los médicos entrevistados los conocimientos sobre la administración del anti agregante eran erróneos. (11)

2.2.1.3. VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Un estudio realizado en Reino Unido, puso de manifiesto la variabilidad en la práctica clínica existente entre los asistentes de Atención Primaria, tanto en el patrón de derivación a Atención Especializada como en el manejo terapéutico.

Tras la fase hospitalaria, una vez que el paciente ha sido dado de alta, se definen como tareas del asistente de Atención Primaria el manejo de la prevención secundaria de la Enfermedad Cerebro Vascular, la colaboración con los equipos, integración del impacto de la enfermedad en el contexto global del paciente y ofrecer acceso a los servicios especializados de rehabilitación, entre otros.

En varios estudios los pacientes han expresado la necesidad de una rehabilitación no sólo física, sino también psicológica y social, y resaltan el papel de la Atención Primaria como primer punto de contacto para recibir información o consultar problemas de salud. (12)

2.2.1.4. DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR

Las definiciones más utilizadas de dependencia, se enmarcan dentro de las limitaciones o incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria. Es así como la definen como “la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él”. Abanto, desde un punto de vista asistencial, enfatiza la necesidad de ayuda: “cuando se recurre a un tercero o cuidador y estos cuidados afectan los actos elementales de la vida diaria”.

La definición de dependencia propuesta, por la Organización Mundial de la Salud representó un importante avance en la descripción, cuantificación y gradación del fenómeno. La dependencia definida como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”, se especifica en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). En dicha clasificación, específicamente en la dimensión correspondiente a “Minusvalía de Independencia Física”, la OMS definió “Independencia Física” como la “capacidad del sujeto para llevar habitualmente una existencia independiente efectiva” y contrario a la dependencia correspondería a la incapacidad para llevar habitualmente una existencia independiente efectiva.

La discapacidad/dependencia es una relación compleja entre las condiciones de salud alteradas (trastornos o enfermedades); las funciones o estructuras corporales afectadas (deficiencias); las limitaciones para realizar diversas actividades y los factores del contexto tanto personal, como ambiental en el que se desenvuelve la persona (barreras o ayudas). Desde esta definición, se comprende la gran variedad de parámetros de estudios y metodologías de medición para el fenómeno de dependencia.

GRADOS DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR

La dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo severo a lo leve, según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización.

Dependencia severa

Se incluyó dentro de esta categoría a todos los individuos con limitación funcional severa, los cuales, debido a esa condición, siempre necesitan ayuda. Ellos constituirán los sujetos con dependencia severa.

Dentro de la definición de limitación funcional severa se incluyeron las siguientes situaciones:

- a. Individuos Postrados. Se define como aquellos confinados a su cama.
- b. Sujetos que presenten Demencia de cualquier grado.
- c. Presencia de alguna de las siguientes situaciones:
 - Incapacidad para efectuar 1 ABVD (Actividades básicas de la vida diaria) (excepto bañarse)
 - Incapacidad para efectuar 2 AIVD

Las personas que cumplieron con alguno de los 3 criterios mencionados, fueron consideradas como personas dependientes severas.

Dependencia Moderada

Considerando la segunda parte de la definición, es decir la necesidad de ayuda humana, en el caso de existir una limitación funcional moderada que la requiera siempre o casi siempre, se incluyó dentro de la definición de dependencia moderada.

La dependencia moderada que requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye las siguientes situaciones:

- Incapacidad para bañarse
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 ABVD
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar 3 AIVD
- Incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD

Dependencia Leve

La dependencia leve se ha definido como

- Incapacidad para efectuar 1 AIVD
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD

2.2.1.5. SECUELAS Y COMPLICACIONES COMUNES

Problemas físicos

VALORACIÓN DE DÉFICITS Y ALTERACIONES

ALTERACIONES MOTORAS

Entre las alteraciones motoras tras un ictus, se engloban secuelas tales como falta de coordinación, pérdida selectiva de movimientos, pérdida de control motor y/o debilidad.

Esta última es probablemente el factor más incapacitante en términos de limitación de la movilidad. (13)

ALTERACIONES SENSORIALES

Los pacientes pueden sufrir alteraciones sensoriales en el tacto, sentido de la posición y otras.

Probablemente la gravedad esté asociada al déficit motor, por lo que se desconoce la importancia de este déficit de manera aislada.

Se debe valorar si existe una pérdida o alteración sensorial del lado afectado, para lo que se puede utilizar en caso necesario un instrumento formal como la Nottingham Sensory Assesment.

Los pacientes con una marcada pérdida sensorial, y que conserven buena función motora, deben ser instruidos en cómo cuidar del miembro afecto y evitar heridas accidentales.

ALTERACIONES VISUALES

En algunas ocasiones los pacientes, que han sufrido un ictus presentan alteraciones visuales, por lo que la capacidad visual de los pacientes debería ser examinada con el paciente utilizando las gafas apropiadas. En el caso de que se detecten alteraciones visuales se debe informar de los riesgos y consecuencias, especialmente si el paciente conduce. También es necesario valorar la presencia de hemianopsia. (13)

ALTERACIONES DEL LENGUAJE

Las alteraciones del lenguaje deben ser examinadas y tratadas por especialistas.

-Espasticidad

La espasticidad es uno de los problemas más frecuentes tras un ictus (19-38% de los pacientes). Se desarrolla de manera gradual, manifestándose generalmente en los primeros meses. Aunque no siempre causa molestias, puede interferir con la rehabilitación y las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, asearse) y ocasionar otras complicaciones, como dolor y contracturas. Hasta un 17% de los pacientes que han sufrido un ictus presentan espasticidad al año del episodio, y un 4% presenta una espasticidad discapacitante.

No deben tratarse todos los casos de espasticidad; una espasticidad ligera puede que no requiera tratamiento, mientras que los casos más graves a menudo no responden al mismo. (14)

ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL

Aunque no existe una única dieta para pacientes disfágicos, es común incluir modificaciones en la textura y viscosidad de líquidos y sólidos. Estas modificaciones pueden reducir el contenido nutricional de la dieta y mostrar la comida como poco apetitosa, provocando una disminución de la ingesta oral. Por ello, es recomendable enriquecer la comida de manera que se cumplan los requerimientos, nutricionales de los pacientes y presentarla de manera apetecible y variada. Se debe monitorizar la alimentación de los pacientes y si se considera necesario, derivar a un nutricionista.

Algunos de los alimentos y modificaciones de las texturas que se recomiendan son las siguientes:

- Alimentos en forma de puré, evitando que queden demasiado líquidos o con grumos.
- Alimentos picados o molidos, referido a alimentos blandos con los que se puede formar un bolo homogéneo fácil de masticar.
- Líquidos espesados.
- Evitar los alimentos de consistencia mixta, que combinen sólidos y líquidos, alimentos que puedan causar reflujo gastroesofágico, pan y bollería, fluidos, líquidos y alimentos en pequeños trozos secos (arroz, cereales, maíz).(14)

CAÍDAS

Las caídas, tanto en el hospital como en la comunidad, son habituales en pacientes que han sufrido un ictus.

Se estima que hasta el 73% sufre al menos una caída durante los seis primeros meses tras el alta.

A la elevada incidencia de caídas se le suma la mayor pérdida de densidad mineral ósea, sobre todo en el lado hemiparético por lo que no sólo se necesitan intervenciones para reducir la incidencia de caídas sino también para limitar sus consecuencias.

Además, no hay que olvidar que alguno de estos pacientes puede estar recibiendo terapia antitrombótica y las caídas son uno de los factores de riesgo de sangrado.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Es frecuente que los pacientes que han sufrido, un ictus presenten alguna alteración del humor, especialmente depresión.

Además, pueden presentar ansiedad o labilidad emocional, en solitario o acompañando a la depresión.

DEPRESIÓN

Los pacientes que han sufrido un ictus, deberían considerarse como población de alto riesgo a padecer depresión. Es una secuela bastante común que puede llegar a afectar hasta a un 33% (IC95%: 29% a 36%) de los pacientes.

La gravedad del ictus, la discapacidad física y el deterioro cognitivo son algunos de los factores de riesgo asociados a la depresión post-ictus. Es más frecuente en mujeres, en aquellos que ya han presentado depresión u otro trastorno psiquiátrico y en personas con aislamiento social. Aunque se puede padecer en cualquier momento, parece que los primeros meses tras la vuelta a casa son los más críticos. (13,14)

En la mayoría de los casos se trata de depresiones leves. Aun así, la depresión puede influir en las actividades sociales y ser nefasta para la recuperación y rehabilitación del paciente. También se asocia a un incremento de la mortalidad. Por ello, muchas investigaciones se han centrado en la instauración de tratamientos de manera precoz tras el ictus, con la finalidad de evitar los episodios depresivos.

ANSIEDAD

La ansiedad es casi tan común como la depresión, a menudo relacionada con el miedo a las caídas o a una recurrencia del ictus.

Se presenta habitualmente de manera concomitante con la depresión, por lo cual las guías recomiendan que ante cualquier forma de alteración del humor se valore la presencia de otras alteraciones.

LABILIDAD EMOCIONAL

Los pacientes que han sufrido un ictus, pueden atravesar por periodos de labilidad emocional (fenómenos de llanto o risa desproporcionados o ante mínimos estímulos). Estos síntomas tienden a desaparecer sin necesidad de medicación o intervenciones terapéuticas. Sin embargo, en algunos casos, el llanto puede ser persistente o interferir con la rehabilitación del paciente o en su relación con los miembros de la familia. En tales casos puede considerarse el tratamiento farmacológico. (15)

AFECTACIÓN COGNITIVA

Es muy probable que determinados cambios en las funciones cognitivas estén presentes, en cierta medida, en todos los pacientes que han sufrido un ictus. Estos cambios pueden ser generales (enlentecimiento en el procesamiento de la información), o específicos de algunas áreas (orientación, atención, memoria, flexibilidad mental, planificación y organización).

El deterioro cognitivo y la demencia vascular son conceptos en constante evolución, que plantean numerosos problemas en relación con la terminología. Actualmente se tiende a considerar el término deterioro cognitivo vascular como una categoría que incluye todos los síndromes y enfermedades caracterizados por un deterioro cognitivo de etiología cerebrovascular. (16)

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) define la demencia como una pérdida de la capacidad intelectual que provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social, y representa una merma importante del nivel previo de actividad, siempre acompañado de deterioro de la memoria y al menos uno de los siguientes: afasia, apraxia, agnosia o alteración de la actividad constructiva (planificación, organización, secuenciación y abstracción). Son muchos los autores que consideran que esta definición no es apropiada, dada la importancia que se le otorga al deterioro de la memoria, y se proponen nuevas definiciones que enfatizan más la pérdida funcional y la alteración de la actividad constructiva.

Por otra parte, aunque no existen criterios de consenso para definir los déficits cognitivos vasculares sin demencia de manera sencilla, se pueden considerar bajo esta categoría todos los déficits cognitivos de origen vascular que no cumplen los criterios de demencia.

Debido a la disparidad en los criterios definitorios entre estudios es difícil saber cuál es la verdadera incidencia y prevalencia del deterioro cognitivo. En un estudio descriptivo, la prevalencia de deterioro cognitivo tras un ictus, definido como una puntuación en el Mini Mental State Examination (MMSE) por debajo de 24, fue del 39% a los tres meses y entre el 32-35% en sucesivas valoraciones hasta los 3 años.

Otros autores han encontrado prevalencias de deterioro cognitivo por encima del 50%. En general, se admite que puede existir una infraestimación del deterioro cognitivo ya que en muchos estudios se equipara con la demencia, cuando el deterioro cognitivo sin demencia parece ser más prevalente. Puede que hasta dos tercios de los pacientes que han sufrido un ictus presenten alteraciones cognitivas, y que aproximadamente un tercio desarrolle demencia. Mientras que en algunos pacientes el deterioro cognitivo irá en progresión, se considera que entre un 16-20% de los pacientes experimentará mejoría, sobre todo en los primeros meses tras el ictus.

Dada la elevada prevalencia del deterioro cognitivo, es recomendable realizar una valoración de las funciones cognitivas de manera rutinaria, a todos los pacientes que han sufrido un ictus. Si un paciente en rehabilitación no progresa como se esperaba, puede que un deterioro cognitivo no detectado sea el responsable de esta falta de progreso, por lo que el paciente quizás debiera ser sometido a una valoración de las funciones cognitivas más detallada. (17)

2.2.1.6. PROBLEMÁTICA SOCIAL O FAMILIAR EN EL ENTORNO DEL PACIENTE

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Las actividades de la vida diaria (AVD) pueden dividirse en dos categorías:

AVD personales: incluyen tareas para un autocuidado básico como ducharse, ir al baño, vestirse o comer.

AVD instrumentales: hacen referencia las habilidades necesarias para ser independientes en casa y en la comunidad tales como cocinar, comprar, conducir.

Se recomiendan hacer una valoración de las AVD. Se debiera hacer utilizando instrumentos validados y se recomienda especialmente utilizar el índice Barthel para AVD.

El índice de Barthel evalúa las actividades de la vida diaria mediante 10 categorías. La puntuación total, que varía de 0 a 100, orienta sobre el grado de dependencia. Como no considera las AVD instrumentales, la puntuación máxima no garantiza que la persona pueda vivir sola.

Además del índice de Barthel se pueden utilizar otras escalas. La escala de independencia funcional (FIM) considera 18 ítems, de los cuales 13 corresponden a aspectos motores y 5 a aspectos cognitivos. Cada ítem se evalúa con una escala de 7 puntos, en la que el mínimo corresponde a la dependencia completa y el máximo a la independencia total. La escala de Rankin modificada valora la discapacidad de manera global en siete niveles, desde el 0 (sin síntomas) a 6 (muerte).

En el caso en el que se detecten dificultades para las AVD es el terapeuta ocupacional el que se encarga de ayudar a maximizar las habilidades de los pacientes para obtener el mayor nivel de funcionalidad e independencia posible. (18)

2.2.2. EL CUIDADOR

2.2.2.1 Carga del cuidador

Conjunto de dificultades y desafíos a los que se enfrentan los sujetos como consecuencia de la enfermedad padecida por un miembro de la familia.

Es la sumatoria de problemas de diferente naturaleza que sufre el cuidador como consecuencia del cuidado; se hace de esta categoría un fenómeno demasiado abarcador y por tanto, poco factible de identificar y de medir.

Otra definición plantea que la carga constituye, una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, su estado de ánimo y en la modificación de los umbrales de percepción del sufrimiento y del dolor del enfermo a su cuidado.

Esta definición relaciona la carga con dificultades en la salud física debido a una acumulación de estresores, frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación.

El síndrome de sobrecarga se caracteriza, por un cuadro plurisintomático que afecta de manera insidiosa con repercusiones físicas, emocionales, medicas, sociales, económicas, y otras que pueden llevar al 'cuidador principal' a tal grado de frustración que finalmente colapse, se evidencia la enfermedad ante las exigencias demasiado intensas de la persona necesitada de cuidados.

El cuidador presenta una serie de alteraciones físicas y de su salud como son: las quejas somáticas, el dolor crónico del aparato locomotor, la cefalea tensional, la astenia y la fatiga crónica, la alteración del ciclo sueño-vigilia, el deterioro de la función inmune y una mayor predisposición a úlcera péptica y enfermedad cardiovascular, entre otras. Por otra parte, el cuidador puede presentar problemas relacionados con una alta tasa de automedicación.

Se han realizado mediciones de otras alteraciones que con frecuencia sufren estos cuidadores como es la depresión y la ansiedad. Se ha

visto que al ser generalmente las hijas que se encuentran en la edad mediana de la vida, éstas tienen múltiples obligaciones sociales, laborales y familiares que les provocan alteraciones de diferente tipo, entre ellas la depresión.

Los cuidadores informales de ancianos con demencia presentan altos niveles de depresión y ansiedad, y en un elevado porcentaje de casos, morbilidad psiquiátrica apreciable, aunque a niveles subclínicos.

Se entiende por persona dependiente a aquella que, por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Se estima que, del colectivo de personas mayores de 60 años dependientes que recibe algún tipo de cuidado, en 84,9 % de los casos el cuidado es informal, lo que indica que la familia constituye la fuente principal de apoyo en la atención de personas dependientes.

El cuidador principal es aquella persona que dedica la mayor parte de su tiempo a atender las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria de la persona dependiente. El cuidado realizado por los cuidadores familiares tiene aspectos positivos (existe la posibilidad de un ambiente más humanizado) y negativos (el desgaste del cuidador, las situaciones conflictivas entre familia) cuyas decisiones pueden excluir al paciente de su propio cuidado, restringen o anulan su autonomía. (2)

Los cuidadores suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina 'carga'. A esta 'carga' se le ha dado diferentes nombres: colapso, crisis, sobrecarga, burn out, (síndrome del quemado), síndrome del cuidador, síndrome del cuidador principal, claudicación del cuidador.

La problemática del cuidador es un hecho frecuentemente ignorado por el equipo terapéutico, de esta manera se obvia los efectos de esta influencia negativa en el desarrollo del tratamiento. La detección precoz de la sobrecarga en los cuidadores permite la intervención del equipo de salud en la preservación de la salud del cuidador, e identifica sus necesidades concretas y de esta manera preservar la salud de su asistido e incluso optimizar la labor del equipo terapéutico. (11)

Diferentes estudios demuestran de forma reiterada, que el principal agente social encargado del cuidado y atención de estas personas dependientes es la propia familia, lo que focaliza la tarea principalmente, en el cónyuge, el hijo/a, el hermano/a u otros parientes próximos. El hecho de que la tarea de cuidado del familiar dependiente recaiga principalmente en una sola persona y que además esta persona carezca de la formación especial necesaria para desarrollar dicha función, del apoyo de otras instituciones y agentes sociales, de la comprensión de la sociedad, de la ayuda del entorno próximo y de la implicación de otros familiares, provoca finalmente una serie de sentimientos, sensaciones y emociones de no estar cumpliendo bien con su función de cuidador y por albergar sentimientos ambivalentes hacia el propio enfermo y hacia la situación en la que se encuentra, que lejos de contribuir al buen desarrollo de la tarea de cuidado, la dificulta y entorpece.

Muchos pacientes dependen de un cuidador principal quien facilita actividades como el aseo, alimentación, traslados, entre otros; las cuales, según el grado de discapacidad del paciente, pueden ser de difícil ejecución, requerir fuerza y una disposición corporal inadecuada, que con el tiempo pueden repercutir de manera negativa en la salud física y emocional del cuidador, que de no ser atendidos se traducirían tarde o temprano en el llamado síndrome de sobrecarga del cuidador principal. Por todo ello, es indispensable identificar algunas características de dicho síndrome en la población.

La falta de instituciones que se hagan cargo de paciente, con secuelas de enfermedades neurológicas crónicas o de promotores de salud que orienten el

correcto cuidado de estos pacientes, este proceso ha tenido como consecuencia que numerosas familias hayan tenido que enfrentar a las obligaciones que conlleva el cuidado de un pariente enfermo. (20)

2.2.2.2. Concepto de cuidado informal

Son numerosos los autores que han aportado una definición al concepto de cuidado informal, en un intento de clarificar un término que, a día de hoy, sigue provocando controversia en cuanto a su definición (Benjumea, 2009). Existe cierta unanimidad a la hora de definir el término como “la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”.

Aunque esta conceptualización es una de las más utilizadas, en la investigación ofrece pocos matices, quedándose obsoleta al margen de los cambios producidos en la sociedad con respecto a la dependencia. Otras definiciones propuestas por organismos oficiales, como la que sugiere la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, delimitan el cuidado no profesional como “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”. (21)

En este caso, la definición sigue resultando algo ambigua y muy genérica, y no llega a establecer claramente los límites de la duración de los cuidados, ni a aportar información precisa sobre la figura del cuidador principal. Sin embargo, el Libro Blanco de la Dependencia va más allá, aportando una definición más exhaustiva de lo que significa el cuidado familiar de una persona dependiente, definiéndolo como “el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera

ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración”. En este sentido, esta definición complementa la introducida por la ley, ya que integra el carácter temporal de los cuidados, la implicación afectiva que se da entre el dependiente y el cuidador y el volumen de la red que proporciona las atenciones.

A efectos reales, sigue siendo la familia, sin haber manifestado explícitamente su deseo de hacerlo, la encargada principal de los cuidados, la que mayores recursos de salud aporta a la dependencia y la que asume la responsabilidad del mantenimiento y el desarrollo del dependiente que reside en el hogar.

Aunque se hace referencia a la empresa familiar como la principal encargada de proporcionar los cuidados, se debe tener en cuenta la implicación de cada uno de los miembros de la misma. De forma natural, siempre suele asumir el rol de cuidador principal un miembro de la familia, el cual sufre las consecuencias más peyorativas de esta labor. El cuidador informal principal se define como “aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. (21,22)

Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña” (Feldberg et al., 2011). Otros autores, aportan nuevas definiciones al concepto, como en el caso de la conceptualización del cuidador informal principal como “aquel individuo que asume las tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada económicamente” (Fernández et al., 2011).

Pese a que esta definición añade la percepción, por parte de los restantes miembros de la familia, no se adapta a la situación actual del estado español tras la entrada en vigor de la ley de dependencia, ya que uno de los recursos que implementa la ley actualmente consiste en una retribución económica al cuidador principal del enfermo dependiente, que pese a seguir siendo un

cuidador informal y familiar, percibiría una gratificación económica por el hecho de prestar sus cuidados.

La tradición familista del cuidado entiende que son las mujeres, fundamentalmente madres o hijas de la persona cuidada, las que asumen el papel de cuidadoras principales en la mayor parte de los casos. (23)

Representan en el estado español el 84% de los casos de las personas que se encargan de prestar cuidados.

Si se analizan sectores específicos de población dependiente, las cifras cambian, configurando el 60% de los cuidadores principales de personas mayores, el 75% de personas con discapacidad y el 92% de aquellas personas que necesitan atención de cualquier tipo. La responsabilidad de cuidar recae principalmente en la mujer, siendo la frecuencia y el tiempo dedicado al cuidado mucho mayor que en hombres, por lo que se ven más sobrecargadas de trabajo de forma prolongada en el tiempo. (2)

Además, asumen en mayor medida tareas de atención personal e instrumental al enfermo, y se implican de forma más habitual en actividades de acompañamiento y vigilancia, asumiendo los cuidados más pesados, rutinarios y que exigen una mayor carga y dedicación por parte del cuidador. El perfil sociodemográfico de la mujer cuidadora sería el de una persona usualmente sin empleo, con un bajo nivel educativo, responsable de las tareas domésticas, de clase social baja, familiar directo de la persona dependiente y que convive con éste (Vaquiro y Stiepovich, 2010). (24)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Los cuidadores informales, son personas familiares o no, que asumen el cuidado directo a una persona por voluntad, necesidad u obligación cultural, pueden o no reciben remuneración y se exponen a problemáticas debidas al contexto y desgaste que significa cuidar, convirtiéndose en sujetos de cuidados para el profesional de enfermería, requiriendo generar estrategias de acompañamiento y fortalecimiento para evitar la sobrecarga del cuidador.

De igual forma “para el cuidador, asumir la atención de personas con enfermedades crónicas en el hogar provoca sentimientos de soledad, sobrecarga emocional, depresión, exclusión, restricción de libertad personal y de su tiempo de ocio y descanso, así como un impacto fisiológico, que se refleja en aumento de la tensión arterial y problemas cardiovasculares, gastrointestinales, cefalea y alteraciones osteomusculares”.

Las intervenciones de enfermería se relacionaron con: identificación del rol de cuidador, autocuidado, estrategias para brindar cuidado con calidad, manejo de conflictos intrafamiliares, comunicación, relajación y habilidades de cuidado; realizadas a través de una estrategia educativa de enfermería.

2.2.3. TEORÍA DE ENFERMERÍA CALIXTA ROY

El cuidado se define como una transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura, multidimensional, contextual y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en: crecimiento del sujeto, del cuidado y del cuidador, y aumento del potencial para el autocuidado.

Al considerar que el cuidado es el centro de la práctica de enfermería, esta práctica debe basarse en el conocimiento científico e instrumental y con el conocimiento y cuidado de sí mismo, rubro esencial para dedicarse a otros con respeto, porque a partir de él se tendrá espacio para cuidar a otros.

Para brindar cuidado profesional existen diversos modelos, uno de ellos es el de Adaptación de que considera a la persona como un sistema holístico y adaptable, con partes que funcionan como una unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familias, organizaciones, comunidades y sociedad en general.

Para Roy el individuo, familia o comunidad está en constante interacción con el ambiente, sea éste externo y/o interno al mismo, y está sometidos a diferentes estímulos. Éstos, a su vez, pueden ser de origen externo o interno,

a los cuales se responde de modo satisfactorio o adaptable, visando mantener su integridad, o de modo ineficaz. (25)

La enfermera al respecto tiene el rol de orientar a la familia sobre los cuidados que debe darse al adulto mayor sobre todo en medidas preventivas como evitar accidentes o caídas, medicación oportuna y cuidadosa sobre todo lo referente a la dosificación, alimentación balanceada, higiene personal, evitar la depresión con cuidados y visitas familiares permanentes a fin de que el adulto no perciba soledad, promover participación en reuniones familiares o de la sociedad. Para ello la enfermera debe realizar visitas domiciliarias periódicas a fin de que se monitorice los consejos a los cuidadores de los adultos mayores. La interacción enfermera, familiares y cuidadores debe ser permanente. Pues la enfermera brinda orientación especializada en adultos mayores.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

CUIDADO: Modo de actuar de la persona que pone interés y atención en lo que hace para que salga lo mejor posible.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR: Estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador.

DEPENDENCIA: Estado en el cual se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan de una asistencia y/o ayuda importante –de otra persona- para realizar las actividades de la vida diaria.

AUTOCUIDADO: Todas aquellas acciones de atención para la salud que los individuos efectúan para ellos mismos y para sus familias, incluyendo el mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades, el autodiagnóstico y el auto tratamiento.

FACTOR DE RIESGO PSICOSOCIAL: Consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus

necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo.

ABULIA: Pérdida o disminución de voluntad. Puede existir el deseo de hacer o conseguir algo, pero no hay energía para hacerlo.

ICTUS CEREBROVASCULAR: (También llamado derrame cerebral): se produce cuando las células del encéfalo mueren debido a un flujo insuficiente de sangre en el encéfalo.

ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT): Es un "mini accidente cerebrovascular" provocado por una alteración temporal del flujo de sangre hacia una zona del cerebro, que produce una disminución breve y repentina de las funciones cerebrales.

DEMENCIA: Deterioro del funcionamiento intelectual que es lo suficientemente grave como para interferir con la capacidad de llevar a cabo las actividades cotidianas.

LESIÓN NEUROLÓGICA: Alteración del sistema nervioso que ocurre cuando el accidente afecta la parte neurológica.

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ECV): grupo amplio de lesiones clínicas que incluye el ataque isquémico transitorio (AIT), el ataque cerebrovascular (ACV), el infarto cerebral y la hemorragia cerebral parenquimatosa (HIC) o subaracnoidea (HSA).

ENFERMEDAD DE PARKINSON: enfermedad degenerativa, que progresa lentamente y que se suele asociar con los siguientes síntomas (que se derivan de la pérdida de las células encefálicas productoras de dopamina): temblores de los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara; rigidez del tronco y las extremidades; bradicinesia (lentitud de movimiento); inestabilidad postural o deterioro del equilibrio y la coordinación.

GRADOS DE DEPENDENCIA: La dependencia se puede considerar como un continuo que va desde severo hasta leve, según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: Las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) evaluadas correspondieron a las propuestas por Katz y colaboradores: bañarse, vestirse, caminar, comer, usar el excusado, acostarse y levantarse de la cama.

ADULTO MAYOR: Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 60 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

¿Existe correlación entre el grado de dependencia del adulto mayor, con el nivel de sobrecarga del cuidador en pacientes con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud - Ica, Marzo 2017?

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA

1. ¿Cuál es el grado de dependencia de los adultos mayores, con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de, Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017?
2. ¿Cuál es el nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017?
3. ¿Cuál es el Género de los cuidadores de pacientes adultos mayores, con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017?

4. ¿Cuáles son los grupos etarios de los cuidadores de pacientes adultos mayores con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica Marzo 2017?

2.5. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de sobrecarga del cuidador

VARIABLE INDEPENDIENTE

Grado de Dependencia

Género

Grupo Etario

2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ÍNDICE	INSTRUMENTO	FUENTE
Variable dependiente Nivel de sobrecarga del cuidador	Estado resultante de la acción de Cuidar a una persona dependiente o mayor.	Estado de salud del cuidador	No sobrecarga Sobrecarga Leve Sobrecarga intensa	Menor a 47 De 47 a 55 Mayor de 55	Test de Zarit	El cuidador
Variable independiente Grado de dependencia	Estado en el cual se encuentran las personas que, por falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan de una ayuda de otra persona	Estado de discapacidad del adulto mayor	-Independiente -Dependiente leve -Dependiente moderado -Dependiente grave -Dependiente total	100 puntos (95 si está en silla de ruedas). 91-99. 61-90 puntos. 21-60 puntos. 0-20 puntos.	Índice de Barthel	Adulto mayor
Género	Características genéticas y sexuales del sujeto	Características	Sexo	Masculino Femenino	Ficha de datos	Cuidador
Grupo etario	Edad según intervalos.	Años de vida desde el nacimiento	Años	18 a 22 años 23 a 27 años 28 a 32 años	Ficha de datos	Cuidador

CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, pues no se modificaron las variables, transversal por que la medición de las variables fue una vez, prospectiva pues los datos fueron obtenidos a propósito de la investigación y analítica pues se tiene dos variables.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Relacional

3.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL: El estudio se desarrolló en el servicio de Medicina Interna del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud – Ica, Marzo 2017

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

Cuidadoras informales que acuden con su familiar adulto mayor con lesiones neurológicas crónica al servicio de Medicina Interna del

Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud de Ica en el mes de Marzo del 2017, que son 120.

3.3.2. MUESTRA

El estudio se realizó en una muestra, el tamaño se determinó utilizando la fórmula para estudio de proporciones con población finita.

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n	=	Tamaño de muestra
N	=	Población 120
Z	=	Nivel de confianza (95% = 1.96)
E	=	Error permitido (5%)
p	=	0.50
q	=	1-p = 0.50
n = 92		

La muestra se seleccionará según criterio de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Paciente adulto mayor con lesiones neurológicas que se encuentran hospitalizados en el servicio de Medicina Interna con su cuidadora que desee responder el cuestionario.

Paciente y cuidadora que se encuentre habilitado para responder el cuestionario previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Paciente adulto mayor y cuidadora que no desee colaborar con el estudio

Paciente adulto mayor y cuidadora que se encuentre incapacitado de responder el cuestionario.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**3.4.1. TÉCNICA**

La técnica empleada fue la encuesta, luego de ingresar al hospital se entrevistó al paciente adulto mayor con lesión neurológica crónico que se encuentre con su cuidadora, a quien se le entregó el test de Zarit y el cuestionario de Barthel.

3.4.2. INSTRUMENTOS

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR- TEST DE ZARIT.
(26,27)

Tiene como indicación medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de personas dependientes. Es un cuestionario auto administrado que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala Likert. Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son: 1=Nunca, 2=Rara vez, 3=Algunas veces, 4=Varias veces, 5=Casi siempre. Los puntos de corte recomendados son:

< 47 No sobrecarga,

47 a 55 Sobrecarga leve,

> 55 Sobrecarga Intensa.

Tiene un alfa de Cron Bach de 0.91

ÍNDICE DE BARTHEL (28)

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulación y escaleras; se les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1) Independiente: 100 puntos (95 sí permanece en silla de ruedas),
- 2) Dependiente leve: 91-99,
- 3) Dependiente moderado: 61-90,
- 4) Dependiente grave: 21-60 y
- 5) Dependiente total: 0-20

Alfa de Cron Bach 0.89

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos utilizados son validados.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La información se obtuvo directamente del cuidador y del paciente con sus respectivos instrumentos de medición, por lo que previo al saludo se les dio el tiempo voluntario a que desarrollen las preguntas.

La información fue procesada en el programa estadístico SPSS v23 donde después de tabular los datos fueron presentados en tablas y gráficos para su respectivo análisis.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS:

La encuesta fue voluntaria indicando que es además fue anónima y cuyos resultados son exclusivamente para la investigación. Si el paciente o su cuidadora responden la encuesta se da por aceptada su participación en el estudio.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

TABLA N° 1

GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES CON LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA - ESSALUD ICA MARZO 2017

GRADO DE DEPENDENCIA	Frecuencia absoluta	Porcentaje
INDEPENDIENTE	4	4.3%
DEPENDIENTE LEVE	11	12.0%
DEPENDIENTE MODERADO	13	14.2%
DEPENDIENTE GRAVE	37	40.2%
DEPENDIENTE TOTAL	27	29.3%
Total	92	100.0%

Fuente: Pacientes y cuidadoras

La tabla muestra que el 4.3% (4) de los pacientes son independientes, el 12% (11) presentan dependencia leve, el 14.2% (13) dependencia moderada, el 40.2% (37) dependencia grave y el 29.3% (27) dependencia total.

GRÁFICO N° 01

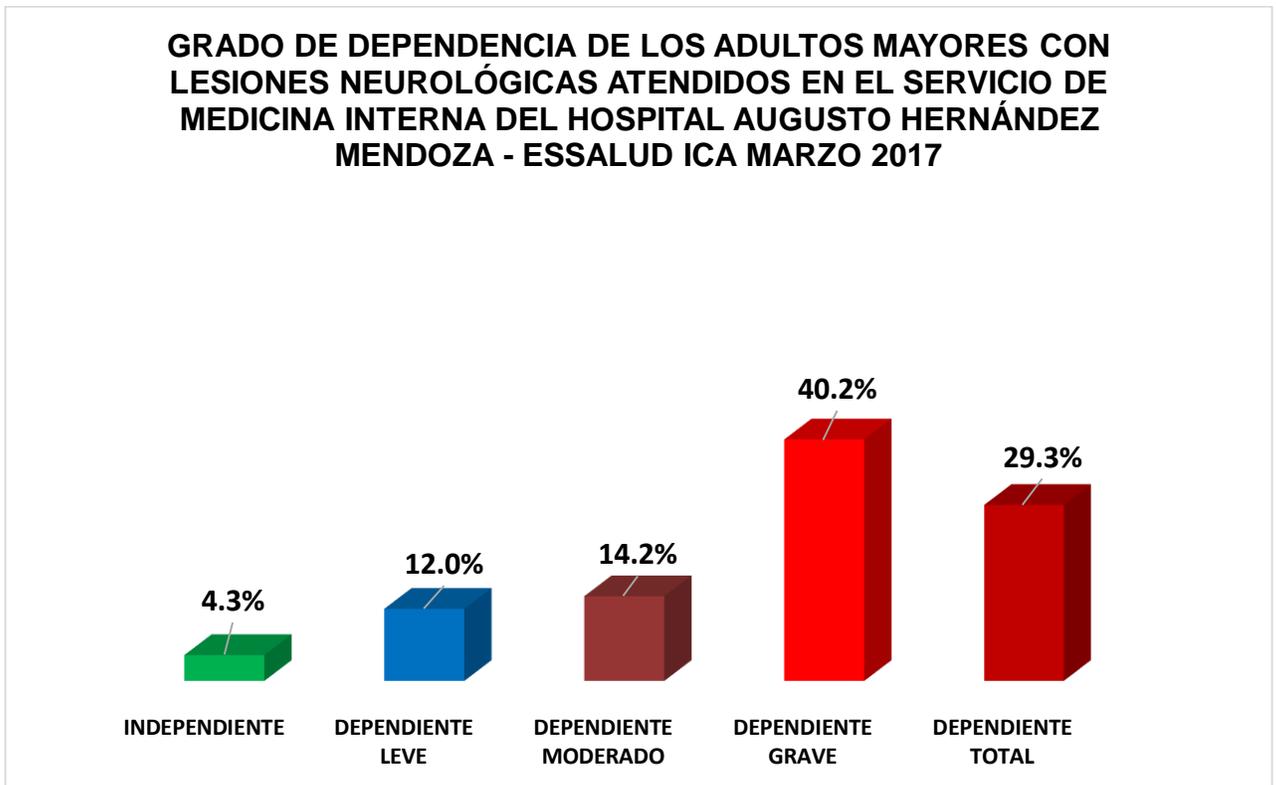


TABLA N° 02

**NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES ADULTOS
MAYORES CON LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA -
ESSALUD ICA MARZO 2017**

NIVEL DE SOBRECARGA	Frecuencia absoluta	Porcentaje
NO SOBRECARGA	17	18.5%
SOBRECARGA LEVE	17	18.5%
SOBRECARGA INTENSA	58	63.0%
Total	92	100.0%

Fuente: Pacientes y cuidadoras

La tabla muestra que el 18.5% (17) de las cuidadoras informales no presentan sobrecarga, el 18.5% (17) presentan sobrecarga leve y el 63% (58) presenta sobrecarga intensa.

GRÁFICO N° 02

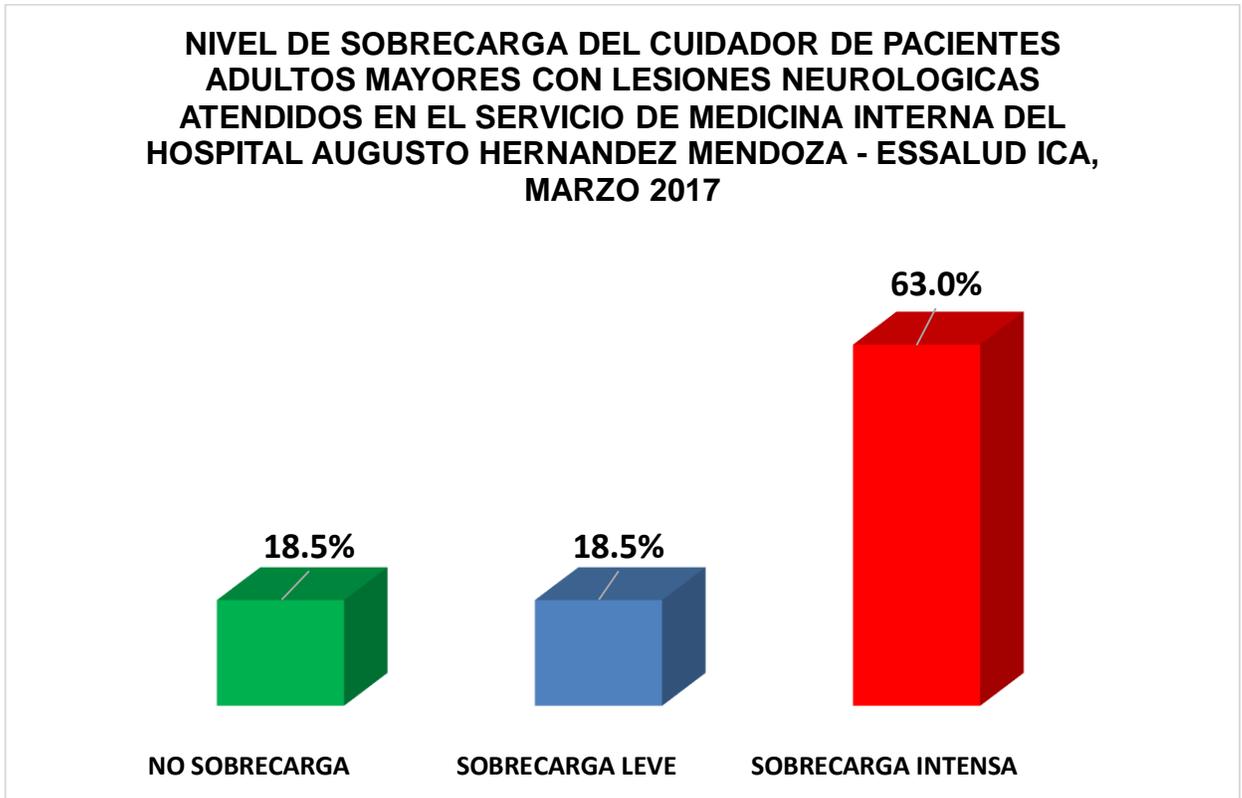


TABLA N° 03

**CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR
CON EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON
LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD ICA
MARZO 2017**

Sobrecarga	DEPENDENCIA					Total
	INDEPENDI ENTE	DEPENDIEN TE LEVE	DEPENDIENTE MODERADO	DEPENDIEN TE GRAVE	DEPENDIE NTE TOTAL	
NINGUNA	3	8	3	2	1	17
	3.3%	8.7%	3.3%	2.2%	1.1%	18.5%
LEVE	1	3	4	6	3	17
	1.1%	3.3%	4.3%	6.5%	3.3%	18.5%
SEVERA	0	0	6	29	23	58
	0.0%	0.0%	6.5%	31.0%	25.0%	63.0%
Total	4	11	13	37	27	92
	4.3%	12.0%	14.1%	40.2%	29.3%	100.0%

Fuente: Pacientes y cuidadoras

La tabla muestra una mayor proporción de sobrecarga (25% y 31.5%) en las cuidadoras informales que tienen pacientes a su cargo con mayor grado de dependencia (Dependencia grave y dependencia total).

CORRELACIÓN	Valor	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	0.484	0.000
N de casos válidos	92	

Interpretación del valor

0,00 – 0,19 Muy baja correlación

0,20 – 0,39 Baja correlación

0,40 – 0,59 Moderada correlación

0,60 – 0,79 Alta correlación

0,80 - 1,00 Muy alta correlación

GRÁFICO N° 03

CORRELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR CON EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON LESIONES NEUROLÓGICAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD ICA MARZO 2017

■ NINGUNA SOBRECARGA ■ SOBRECARGA LEVE ■ SOBRECARGA SEVERA

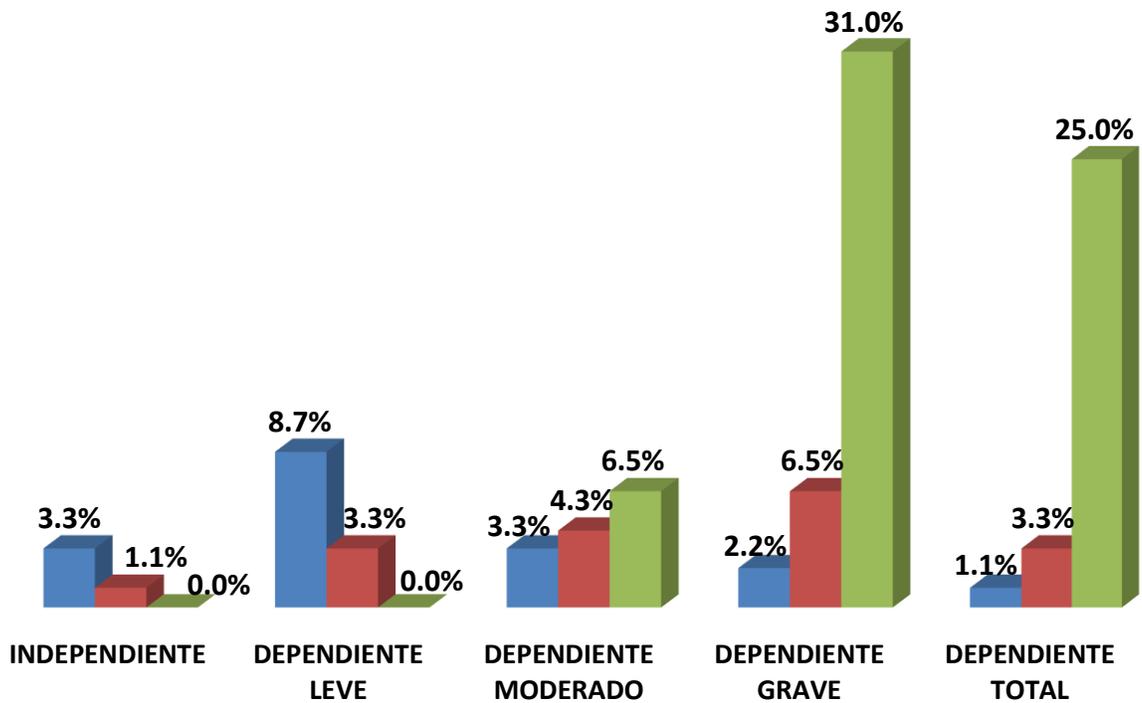


TABLA N° 04

**GÉNERO DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON LESIONES NEUROLÓGICAS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD ICA MARZO 2017**

Genero	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Masculino	8	8.7%
Femenino	84	91.3%
Total	92	100%

Fuente: Pacientes y cuidadoras

La tabla muestra una baja proporción de cuidadores masculinos 8.7% (8), en comparación a cuidadores del sexo femenino 91.3% (84).

GRÁFICO N° 04

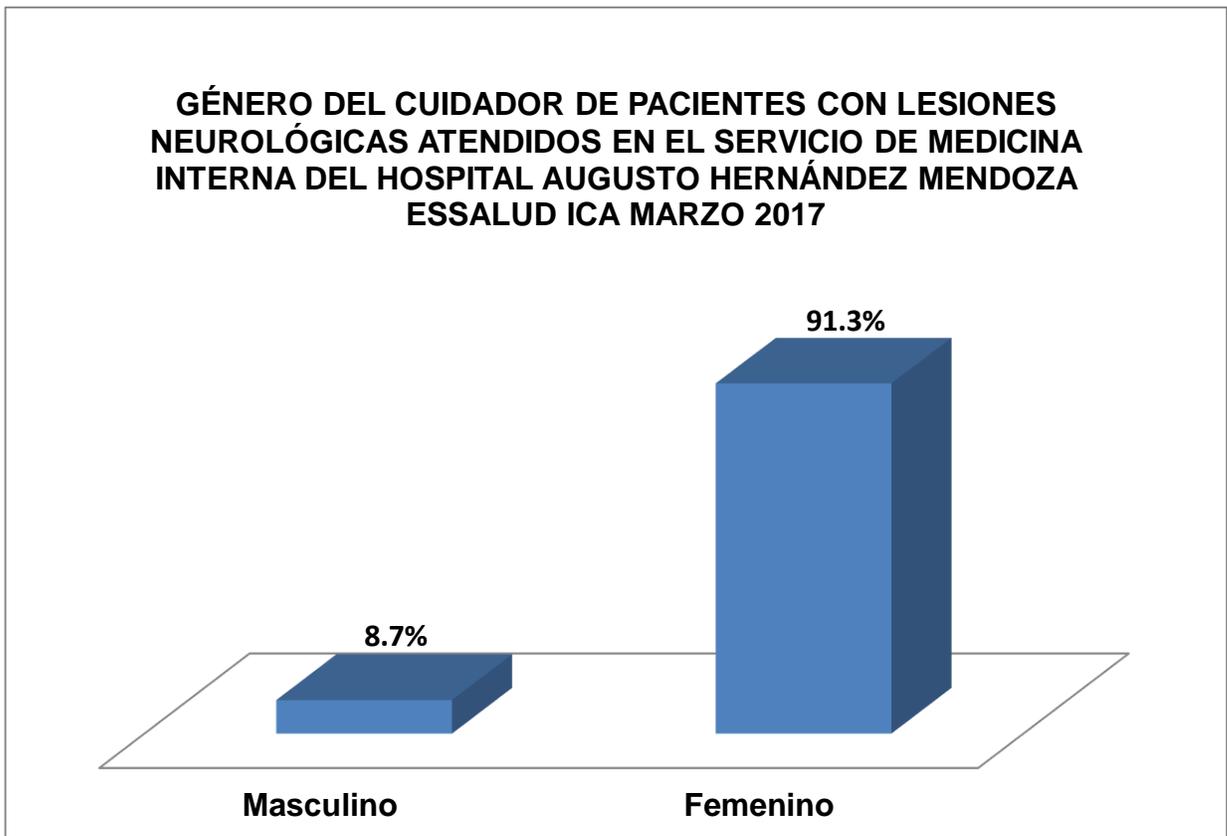


TABLA N° 05

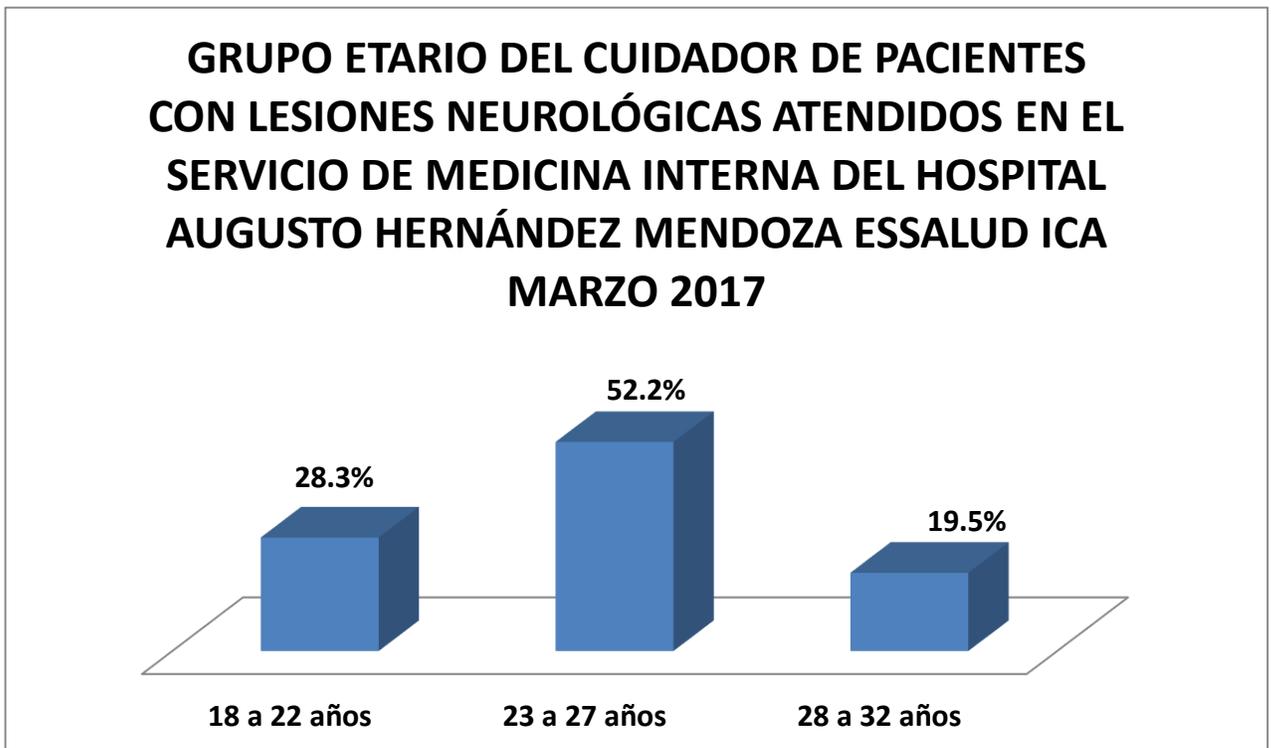
**GRUPO ETARIO DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON LESIONES NEUROLÓGICAS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ESSALUD ICA MARZO 2017**

Grupo	Frecuencia absoluta	Porcentaje
18 a 22 años	26	28.3%
23 a 27 años	48	52.2%
28 a 32 años	18	19.5%
Total	92	100%

Fuente: Pacientes y cuidadoras

La tabla muestra que el 28.3% de los cuidadores tenían edad entre 18 y 22 años de edad (26), el 52.2% tenían edades entre 23 y 27 años de edad (48) y el 19.5% tenían edades entre 28 y 32 años de edad (18).

GRÁFICO N° 05



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El estudio tiene como propósito determinar, la relación que existe entre el grado de dependencia de los pacientes adultos mayores con lesiones neurológicas, con el nivel de sobrecarga de sus cuidadoras, encontrándose los siguientes resultados:

En la tabla N° 01 se muestra que la mayoría de los pacientes presentan grados de dependencia grave y total (69.5%) y el resto (26.2%) son pacientes con grados de dependencia moderado y leve y solo el (4.3%) no presentaron dependencia. Ello porque los pacientes que atiende este nosocomio tienen un alto porcentaje de pacientes adultos mayores y son las enfermedades neurológicas las que predominan en estos pacientes. Aldana¹⁰ en su estudio demuestra que La enfermedad crónica más frecuente que necesitaba de un cuidador fue la secuela por enfermedad cerebro vascular en 32 (46.4%) casos, la que se debe a que estos pacientes están limitados física y psíquicamente en forma severa que hace que sean en su mayoría muy dependientes y necesiten de una o varias cuidadoras, cuidar a estos pacientes limitados severamente determina en la cuidadora estrés, agotamiento pues la alta prevalencia de adultos dependiente grave se debería a que en los últimas décadas la expectativa de vida ha aumentado, lo que le pone en riesgo al adulto mayor a que las enfermedades que adquiriera sean sumamente limitantes. En la tabla N° 02 se muestra que una alta sobrecarga (63%) en las

cuidadoras de los pacientes adultos mayores con lesiones neurológicas, el (18.5%) presentan sobrecarga leve y el (18.5%) no presentan sobrecarga. Estos resultados revelan que en Ica las cuidadoras de adultos mayores presentan en su gran mayoría alta sobrecarga, pues se estila contratar cuidadoras con altas horas de trabajo pues en su mayoría son trabajos informales, por lo que la intervención de enfermería sobre informar formas y técnicas adecuadas de cuidados es fundamental, para ello se orientaría a distraer al adulto mayor con música o televisión, actividades que puede realizar a fin de que independice a su cuidadora disminuyendo el estrés. Villano S⁸. 2016 no evidencia relación entre la Sobrecarga hallada y la Calidad de vida que presentan en los cuidadores primarios de pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular isquémica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, la que depende mucho del estado de ánimo de las cuidadoras, pues en su mayoría son cuidadoras jóvenes alumnas de escuelas de ciencias de la salud. Sin embargo, De Valle M⁵, determinó en su estudio que la sobrecarga y el síndrome de Burnout en los cuidadores familiares se encontraron bajos, como es de prever el cuidado de los pacientes adultos mayores dependen de varios factores desde la edad de las cuidadoras, hasta la colaboración de los familiares, así como del grado de dependencia de los adultos mayores con enfermedades neurológicas. Resultados contradictorios al estudio encontró Cerquera⁵, en Colombia el 65.4% no presenta sobrecarga, el 17.3% presenta sobrecarga leve y el mismo porcentaje presenta sobrecarga intensa, la que depende de las facilidades que cuenta la cuidadora que en otra realidad como es Colombia las condiciones deben ser mejores.

En la tabla N° 03 se relacionan ambas variables encontrándose, que existe una moderada correlación entre ambas variables con un índice de correlación de 0.484 y un nivel de significancia de 0.000 que es menor de 0.05. Estos resultados demuestran que es relevante intervenir en las cuidadoras de adultos mayores para mejorar su calidad de vida, tanto de la cuidadora como del que cuida, pues el estado de ánimo y físico de la cuidadora repercute en un mejor cuidado, ello es posible orientando a los cuidadores informales por parte de las enfermeras como

afrontar la carga de cuidar un adulto mayor sobre la base de generar el autocuidado en estos pacientes en la medida de sus posibilidades. Así lo demostró también Mendoza G⁹. 2014 en San Juan de Lurigancho en Lima que concluye que existe una relación directa entre el grado de dependencia del paciente con enfermedad neurológica crónica y el grado de sobrecarga en los familiares que se encuentran a su cuidado. Los familiares que tienen más sobrecarga son aquellos que tienen a familiares con secuela de enfermedad cerebrovascular. También Aldana¹⁰, concluye que existe una sobrecarga intensa en los cuidadores de pacientes crónicos con enfermedad neurológica y una relación directa entre el grado de dependencia del paciente con enfermedad neurológica crónica y el grado de sobrecarga en los familiares que se encuentran a su cuidado. Borghi A⁴, en su estudio concluye que la sobrecarga objetiva global, y en cada subescala, fue significativamente mayor en el grupo de cuidadores principales. Y Villarejo⁷ en Colombia encuentra que las cuidadoras de ancianos dependientes presentan elevados índices de sobrecarga provocada por propias características de los cuidados que requieren los ancianos dependientes. En la tabla 04 se aprecia que la gran mayoría de los pacientes, tienen cuidadores del sexo femenino explicable porque es éste género, la que predomina en las escuelas de enfermería y muchas de las cuidadoras son estudiantes de enfermería de las universidades de la región. En la tabla 05 se muestra que la mayoría de los cuidadores sus edades oscilan entre 18 y 27 años de edad pues la mayoría, utiliza este trabajo para tener ingresos que solventen sus estudios universitarios, pues en su mayoría son trabajos eventuales y sin ningún contrato.

CONCLUSIONES

- 1.- El 4.3% (4) de los pacientes son independientes, el 12.1% (11) presentan dependencia leve, el 14.1% (13) dependencia moderada, el 40.2% (37) dependencia grave y el 29.3% (27) dependencia total.
- 2.- El 18.5% (17) de las cuidadoras informales no presentan sobrecarga, el 18.5% (17) presentan sobrecarga leve y el 63% (58) presenta sobrecarga intensa.
- 3.- Existe una mayor proporción de sobrecarga (25% y 31.5%) en las cuidadoras informales que tienen pacientes a su cargo con mayor grado de dependencia (Dependencia grave y dependencia total). Índice de correlación moderada (0.484 vale decir 48.4% de correlación).
- 4.- El 8.7%, de cuidadores son del sexo masculinos y el 91.3% son de sexo femenino.
- 5.- El 28.3% de los cuidadores son de edades entre 18 y 22 años, el 52.2% son de edades entre 23 y 27 años y el 19.5% son de edades entre 28 y 32 años.

RECOMENDACIONES

1. Promover estilos de vida favorables como caminatas, ejercicios acordes con sus edades como el Taichí, actividades ligeras como tejer, leer regar jardines, así mismo evaluaciones periódicas de los mismo y mantener la relación enfermera-paciente. Ello es una actividad promocional, preventiva orientada a los pacientes adultos mayores, generar en el adulto mayor la sensación de que no está solo, y siempre existe una observación constante de parte de las enfermeras.
2. Facilitar el trabajo de las cuidadoras, con un menor número de horas de trabajo, distribuyendo el trabajo en forma justa, a fin de evitar la sobrecarga que afecta la calidad de vida, la que se puede lograr empadronando y formalizando el trabajo de las cuidadoras de adultos mayores.
3. Mejorar las condiciones del paciente adulto mayor, facilitando instrumentos que pueden ser manipuladas por ellos mismo a fin de que libere en parte a la cuidadora, estas deben estar adaptadas a las necesidades del paciente a fin de que su grado de dependencia sea menor. Así mismo dar las facilidades a las cuidadoras para que desempeñen en mejores condiciones su trabajo, con horas y remuneración justa.
4. Promover la igualdad de género, en el cuidado de los pacientes adultos con lesiones neurológicas, desde las universidades difundiendo los beneficios de la profesión de enfermería, la que repercutirá en la igualdad en el cuidado de los pacientes.
5. Formalizar el trabajo de cuidador, de pacientes adultos con lesiones neurológicas a fin de que se convierta en un ingreso familiar estable, para incentivar a personas de mayor edad realizar esta labor en beneficio de sus familias.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. (MIMP). Plan nacional para las personas adultas mayores 2013-2017.

Disponible en: www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/.../archivos/.../PLAN_AM_2013-2017.pd.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. (OMS) 2015. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Impreso en Estados Unidos de América. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- 3.- Goodman, S. 2012. Orientación para el cuidado continuo. Manual para los encargados del cuidado continuo de pacientes con enfermedades graves. University of California, San Francisco.
- 4.- Borghi A. (2013), Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la Enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo. Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem 21(4): 2013. Disponible en:

www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf
- 5.- De Valle, M. (2014), Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. México. Revista Enfermería Universitaria. Vol. 12. Núm. 1. Enero - marzo 2015. 12:19-27. Disponible en:

www.elsevier.es › Inicio › Enfermería Universitaria
- 6.- Cerquera, A; Granados Latorre, F; Buitrago Mariño, A. (2012), Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Colombia. Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 6, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 35-45 Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/2972/297225770002.pdf

- 7.- Villarejo, L. (2012), Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. España. Enferm. glob. vol.11 no.27 Murcia jul. 2012. Disponible en:
scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300009
- 8.- Villano S. 2016. Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémica Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima 2016
- 9.- Mendoza G. 2014. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Lima Perú. Rev. Soc. Perú Med Interna 2014; vol. 27
- 10.-Aldana, G., y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Summa Psicológica UST, 9(1), 5-14.
- 11.-Cófreces, Pedro, Ofman, Silvia y Stefani, Dorina (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. Revista de Comunicación y Salud, 4(1), 19-34.
- 12.-Molero, María del M., Pérez-Fuentes, María del C., Gázquez, José J. y Mercader, Isabel (2012). Construcción y validación inicial de un cuestionario para evaluar la Calidad de Vida en mayores institucionalizados. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 2(1), 53-65.
- 13.-Feldberg C. 2013. Enfermedad crónica y sentimiento de sobrecarga. Un estudio descriptivo comparativo en cuidadores familiares de pacientes con diferente patología neurológica. Perspectivas en psicología - Vol. 10 - Noviembre 2013 - (pp. 10 - 17)
- 14.-Gázquez J. 2015. Investigación en Salud y Envejecimiento. Volumen II. 2015. Edita: ASUNIVEP

- 15.-Zaragoza A. Elementos clave en el proceso de convivencia con la enfermedad de Parkinson de pacientes y familiares cuidadores. España. An. Sist. Sanit. Navar. 2014; 37 (1): 69-80
- 16.-Gázquez, José Jesús; Pérez Fuentes, M^a del Carmen; Molero, M^a del Mar y Mercader, Isabel 2015. Inteligencia emocional y calidad de vida del cuidador familiar de pacientes con demencia. Revista de Comunicación y Salud. Vol. 5, pp. 1-15.
- 17.-Molina R. 2012. Efecto de la aplicación del Plan funcional de personas cuidadoras sobre la ansiedad y calidad de vida de los cuidadores familiares de personas dependientes con alteraciones neurológicas. Nure Investigación N^o 56
- 18.-Stefani D. 2013. Los valores y el significado de la existencia. Un estudio observacional en cuidadores familiares de pacientes neurológicos. Conicet y Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Revista colombiana de psicología vol. 22 N. ° 2
- 19.-Ruiz N. 2012. El cuidado informal: una visión actual. Revista de Motivación y Emoción 2012, 1, 22 – 30
- 20.-Flores N. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 2014, Vol. 4, N^o 2 (Págs. 79-88)
- 21.-Ruíz-Robledillo, N. y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. Revista de Motivación y Emoción, 1, 22-30.
- 22.-Pinzón E, Carga del Cuidado y Calidad de Vida en cuidadores Familiares Respiratoria Crónica. Colombia 2014. [Revista de Internet]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47164/1/539880.2014.pdf>

- 23.-Fajardo G. Recomendaciones para la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de su seguridad en el hospital. Revista CONAMED, Vol.15, número 1, enero-marzo, 2010
- 24.- MINSA. (2015), Situación de las personas adultas mayores en el Perú. Marco normativo ley de las personas adultas mayores - Ley PAM.
Disponibile en: www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/53017/IrvingJaime.pdf
- 25.- Nava D. (2015), Atención de enfermería a un adulto con cardiopatía congénita basada en el modelo de adaptación de Callista Roy. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2015; 23 (3): 118-124.
- 26.-África F. 2015. Instrumentos para la evaluación de la sobrecarga del cuidador familiar de personas con demencia. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 2015, Vol. 5, Nº 2 (Págs. 281-292)
- 27.-Montero X. 2014. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 11, Núm. 1, 2014, pp. 71-85
- 28.-Barrera, L., Carrillo, G.M., Chaparro-Díaz, L., Sánchez, B., Vargas, E., y Carreño, S.P. (2015). Validez de constructo y confiabilidad de instrumento calidad de vida versión familiar en español. Enfermería Global, 14(1), 227-249.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRÍZ DE CONSISTENCIA

Problema general	Problemas específico	Objetivos	Hipótesis	Variable	Instrumento	Fuente
¿Existe correlación entre el grado de dependencia del adulto mayor con el nivel de sobrecarga del cuidador en pacientes con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de medicina interna del hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud Ica marzo 2017?	1. ¿Cuál es el grado de dependencia de los adultos mayores con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de medicina interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017? 2. ¿Cuál es el nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores, con lesiones	General Determinar la correlación entre el grado de dependencia del adulto mayor con el nivel de sobrecarga del cuidador en pacientes con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de medicina interna del hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud Ica marzo 2017 Específicos 1 Indicar el grado de dependencia de los adultos mayores	General ¿Existe correlación entre el grado de dependencia del adulto mayor, con el nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores, con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017 Específicas 1. ¿Cuál es el grado de dependencia de los adultos mayores con lesiones	Variable dependiente Nivel de sobrecarga a del cuidador Variable independiente Grado de dependencia Género Grupo etario	Índice de Barthel Test de Zarit	Adulto mayor El cuidador

	<p>neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017?</p> <p>3. ¿Cuál es el género de los cuidadores de pacientes, adultos mayores con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017?</p> <p>4. ¿Cuáles son los grupo etarios de los cuidadores de pacientes adultos</p>	<p>con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017</p> <p>2. Indicar el nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de medicina interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017</p> <p>3. Conocer el género de los cuidadores de pacientes adultos mayores, con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de</p>	<p>neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017</p> <p>2. ¿Cuál es el nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de medicina interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017</p> <p>3. ¿Cuál es el género de los cuidadores de pacientes adultos mayores, con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017</p>			
--	---	---	---	--	--	--

	<p>mayores con lesiones neurológicas atendidos en el servicio de Medicina Interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017?</p>	<p>Medicina Interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017</p> <p>4. Precisar los grupos etarios de los cuidadores de pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017</p>	<p>¿Cuáles son los grupos etarios de los cuidadores de pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina Interna del hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica marzo 2017?</p>			
--	--	---	--	--	--	--

ANEXO N° 02



Test de Sobrecarga del Cuidador - Test de Zarit

PREGUNTA A REALIZAR	NUNCA (1)	RARA VEZ (2)	AGUNAS VECES (3)	VARIAS VECES (4)	CASI SIEMPRE (5)
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
¿Siente que su familiar depende de usted?					
¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar?					

además de sus otros gastos?					
¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?					
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					

< 47 No sobrecarga

47 a 55 Sobrecarga Leve

>55 Sobrecarga intensa

ANEXO N°03



Escala de discapacidad- índice de Barthel

PARÁMETRO	Situación del Paciente	PUNTUACIÓN
Comer	Totalmente Independiente	10
	Necesita ayuda para cortar el pan, la carne, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y Ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5

	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0
Total		

La puntuación clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 puntos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: 91-99.
- 3- Dependiente moderado: 61-90 puntos.
- 4- Dependiente grave: 21-60 puntos.
- 5- Dependiente total: 0-20 puntos.

GÉNERO

(MASCULINO) (FEMNENINO)

GRUPO ETÁREO

(18 a 22 años) (23 a 27 años) (28 a 32 años)

ANEXO N° 04

FOTO # 01



FOTO #02



FOTO #03



FOTO #04

