



UNAP



FACULTAD DE ENFERMERÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GERONTOLOGÍA Y
GERIATRÍA

INFORME DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA

**REPERCUSIONES DEL CUIDAR A ADULTOS MAYORES
DEPENDIENTES, PADOMI - ESSALUD -2009**

INFORME PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

AUTORAS: MANUELA RAMIREZ ARCE
AURORA MARIVEL VELA ROJAS
SILVIA ALVÁN VARGAS

ASESOR: Dra. MARITZA EVANGELINA VILLANUEVA BENITES
Dra. VICTORIA DELICADO USEROS

IQUITOS – PERÚ

2017



UNAP

Escuela de Post Grado
Oficina de Asuntos Académicos

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Directoral N° 0556-2011-EPG-UNAP**, se designa como Jurado evaluador y dictaminador del proyecto de tesis: **“Repercusiones del cuidar a adultos mayores dependientes, PADOMI – Es-Salud 2011”**, a los siguientes profesionales:

Dra. Juana Evangelista Fernández Sánchez	Presidente
Dra. Elena Lázaro Rubio	Miembro
Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites	Miembro

A los Veintiséis días del mes de Noviembre del 2015, a horas 10:00 am., en el Auditorio de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, se constituyó el Jurado evaluador y dictaminador, para presenciar y evaluar la exposición de la tesis titulada: **“Repercusiones del cuidar a adultos mayores dependientes, PADOMI – Es-Salud 2011”**, presentado por las egresadas: **MANUELA RAMIREZ ARCE, AURORA MARIVEL VELA ROJAS Y SILVIA ALVÁN VARGAS**, como requisito para optar el Título de **ESPECIALISTA EN GERONTOLOGÍA y GERIATRÍA**, que otorga la UNAP de acuerdo a la Ley Universitaria y el Estatuto General de la UNAP.

Después de haber escuchado la sustentación y luego de formuladas las preguntas, éstas fueron:

Abuelitas Satisfactoriamente

El Jurado, después de la deliberación correspondiente en privado, llegó a las siguientes conclusiones:

1. La Sustentación es: *Aprobada por Excelencia*
2. Observaciones : *—*

En fe de lo actuado los miembros del Jurado suscriben la presente acta por cuadruplicado.

Seguidamente, el Presidente de Jurado dio por concluida la sustentación, siendo las *12⁰⁰* a.m.

Con lo cual, se le declara a las sustentantes *Apta* para recibir el Título de **ESPECIALISTA EN GERONTOLOGÍA y GERIATRÍA**

Juana Evangelista Fernández Sánchez
Presidente

Elena Lázaro Rubio
Miembro

Maritza Villanueva Benites
Miembro

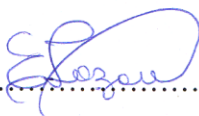
INFORME APROBADO EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA DEL DÍA JUEVES
26 DE NOVIEMBRE DEL 2015, EN EL AUDITORIO DE LA ESCUELA DE
POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA
PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS-PERÚ.

MIEMBROS DE JURADO:



.....
Dra. JUANA EVANGELINA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

Presidenta



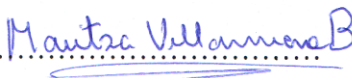
.....
Dra. ELENA LAZARO RUBIO

Miembro



.....
Dra. MARITZA EVANGELINA VILLANUEVA BENITES

Miembro



.....
Dra. MARITZA EVANGELINA VILLANUEVA BENITES

Asesora

DEDICATORIA

A los docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, por haber desarrollado las asignaturas de manera excelente, con alta calidad académica.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro especial agradecimiento a las autoridades de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, por habernos brindado la oportunidad de promover nuestro desarrollo profesional.

A la coordinadora de la especialización Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites, por su paciencia, dedicación y preocupación para que las asignaturas se desarrollen sin ningún contratiempo.

A los miembros de jurado, por su orientación en el desarrollo de la informe de investigación operativa.

**REPERCUSIONES DEL CUIDAR A ADULTOS MAYORES
DEPENDIENTES, PADOMI - ESSALUD - 2009**

Manuela Ramírez-Arce, Aurora Marivel Vela-Rojas, Silvia Alvan-Vargas

RESUMEN

El presente estudio descriptivo no experimental, se realizó con el objetivo de determinar los factores que repercuten en la salud de los cuidadores informales de personas mayores dependientes de PADOMI ESSALUD, la muestra estuvo constituido por 100 cuidadores informales que fue determinada por conveniencia considerando, los instrumentos de recolección fueron el cuestionario, visitas domiciliarias y cinco tipo de escalas (escala de datos demográficos, escala de sobrecarga del cuidador (Zarit), escala de salud general de Goldberg (GHQ.12), índice de Barthel y el índice de Lawtom). Los resultados mostraron lo siguiente: La edad promedio de los cuidadores informales es 44.14 años de edad, el mayor porcentaje 79% de encuestados son del sexo femenino, 46% con educación secundaria, el 58% son casados y el 58% son amas de casa, de las características individuales que mostraron relación significativa con la salud del cuidador es la edad valorada en la escala de Goldberg ($p < 0.05$).

Palabras Claves: PADOMI, Grado de dependencia, instrumentos, escalas.

**REPERCUSSIONS OF TAKING CARE OF DEPENDENT BIGGER
ADULTS, PADOMI - ESSALUD - 2009**

Manuela Ramírez-Arce, Aurora Marivel Vela-Rojas, Silvia Alvan-Vargas

ABSTRACT

The present descriptive study not experimental, he/she was carried out with the objective of determining the factors that rebound in the health of the informal caretakers of dependent grown-ups of PADOMI ESSALUD, the sample it was constituted by 100 informal caretakers that it was determined by convenience considering, the gathering instruments they were the questionnaire, domiciliary visits and five type of scales (scale of demographic data, climbs of the caretaker's overload (Zarit), scale of general health of Goldberg (GHQ.12), index of Barthel and the index of Lawtom). The results showed the following thing: The age average of the informal caretakers is 44.14 years of age, the biggest percentage 79% of having interviewed is of the feminine sex, 46% with secondary education, 58% is married and 58% is housewives, of the individual characteristics that showed significant relationship with the caretaker's health it is the age valued in the scale of Goldberg ($p < 0.05$).

Key words: PADOMI, dependence Degree, instruments, scales.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.	iv
AGRADECIMIENTOS.	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE CUADROS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
CAPÍTULO I	01
1.1 INTRODUCCIÓN.	01
1.2 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	03
1.3 OBJETIVOS: general y específicos	03
CAPÍTULO II	05
2.1. MARCO TEÓRICO.	05
2.1.1. Antecedentes.	05
2.1.2. Bases Teóricas	09
2.1.3. Marco Conceptual	17
2.2 DEFINICIONES OPERACIONALES	19
2.3 HIPÓTESIS.	21
CAPÍTULO III	22
3. METODOLOGÍA:	22
3.1 Método de investigación	22
3.2 Diseños de investigación.	22
3.3 Población y muestra.	22
3.4 Técnicas e instrumentos	22
3.5 Procedimientos de recolección de datos.	24
3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de Datos.	24
3.7 Protección de los derechos humanos	25

CAPÍTULO IV	26
RESULTADOS	26
1. Análisis Univariado	26
2. Analisis Bivariado	40
CAPÍTULO V	49
DISCUSIÓN.	49
CAPÍTULO VI	51
PROPUESTA.	51
CAPÍTULO VII	52
CONCLUSIONES.	52
CAPÍTULO VIII	54
RECOMENDACIONES.	54
CAPÍTULO IX	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIA.	55
ANEXOS O APÉNDICES	56

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
a. Cuadro 01.- Distribución de la población del Cuidador según Edad, Sexo, Grado de Instrucción, PADOMI EsSalud-2009.	26
	27
b. Cuadro 02.- Distribución de la población del Cuidador según Estado Civil y Situación Ocupacional	
	28
c. Cuadro 03.- Distribución de la población del Adulto Mayor del programa PADOMI EsSalud-2009, según Edad, Sexo y Estado Civil	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 01.- Tiempo del cuidado dedicado al adulto mayor	29
Grafico 02.- Tiempo del cuidado en meses dedicado al adulto mayor PADOMI EsSalud-2009.	30
Grafico 03.- Relación existente entre el cuidador y el adulto mayor	31
Grafico 04.- Tipo de cuidador informal	32
Grafico 05.- Efectos negativos del cuidador	33
Grafico 06.- Razones por las que se hace cargo del cuidado	34
Grafico 07.- Sobrecarga del cuidador según ZARIT	35
Grafico 08.- Salud general del cuidador valorado en la escala de GOLDBERG (GHQ)	36
Grafico 09.- Diagnóstico del adulto mayor	37
Grafico 10.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de BARTHEL	38
Grafico 11.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de LAWTON	39
Grafico 12.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de BARTHEL vs Sobrecarga del Cuidador según ZARIT	40
Grafico 13.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de BARTHEL vs la salud general del cuidador según GOLDBERG (GHQ)	41
Grafico 14.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de LAWTON vs la Sobrecarga del Cuidador según ZARIT	42
Grafico 15.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de LAWTON vs la salud general del cuidador según GOLDBERG (GHQ)-	43
Grafico 16.- Sobrecarga del Cuidador según ZARIT vs el Sexo del cuidador	45
Grafico 17.- Salud del Cuidador según GOLDBERG vs el Sexo del cuidador	46
Grafico 18.- Sobrecarga del cuidador según ZARIT vs la edad del cuidador	47

Grafico 19.- Salud del cuidador según GOLDBERG vs la edad del 48 cuidador

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La OMS en 1994 en CHICAGO EE.U.U, auspiciado por la World Organization FOR Care in the Home AND Hospice, el Carnegie Council on Ethies and Internacional Affaire y la Alton Ochsner Medical Foundation, en conferencia hizo de conocimiento un análisis comparativo de los programas de asistencia domiciliarias dadas en esa época y propusieron nuevos sistemas para atender las futuras necesidades mundiales, asimismo se abordó las necesidades de formación de los médicos las enfermeras y otros agentes de salud y en especial la necesidad de educar a los miembros de la familia y otros que se dedican al cuidado en el hogar; Asimismo, informo estudios de las necesidades de las personas de edad, estudios de enfermedades atendidas con frecuencia en el hogar y la medicina preventiva, siendo importante para los investigadores las enfermedades predominantes en el hogar debido a que las deficiencias funcionales asociadas a las enfermedades crónicas son un problema en la creciente población de las personas de edad muy avanzada¹

En CANADÀ Ontario, con una inversión de 300 millones de dólares asignados al programa de asistencia domiciliaria ha permitido realizar economías de 1800 millones de dólares en inversiones y 500 millones en gastos de funcionamiento en cada año y se demostró que reduciendo el número de personas de edad en las instituciones de salud constituye una gran fuente de ahorro para los sistemas sanitarios de CANADÀ.

Estudios realizados en DINAMARCA en los ESTADOS UNIDOS y otros países, demuestran que muchos ancianos que son atendidos en instituciones muy caras es por la falta de servicios adecuados de asistencia domiciliaria. El instituto de Migración y Servicio Social (IMSERSO) de España realizó investigaciones a partir de 1990, cuyos resultados principales son:

- La familia en general y las mujeres en particular son las principales suministradoras de cuidados a aquellas personas ancianas que lo necesitan.
- Muchas de las personas que suministran cuidados se sienten sobrecargadas, tanto por la cantidad de trabajo que este cuidado significa, como por el nivel de estrés emocional que comporta.²

A nivel latinoamericano, entre los pocos estudios que se han hecho para caracterizar al cuidador de ancianos en Chile, destacan dos investigaciones de la Universidad de Concepción, que perfilaron a la población cuidadora urbana y rural de la Octava Región. Entre los resultados, se determinó que sobre el 75% de los cuidadores son mujeres y entre 83% y 94% son familiares que viven con el anciano. Casi todas las cuidadoras tiene sobre 40 años, sin trabajo remunerado fuera del hogar, y realizan esta labor por un promedio de siete años. Asimismo, estos estudios indican que las cuidadoras familiares enfrentan una gran carga física y psicológica, carencia de apoyo y falta de información.

En el Perú el 28 de Junio del año 2000 mediante D.S. N° 010-2000 PROMUDEH, se explicita políticas para las personas adultas mayores, este plan fue elaborado de acuerdo a los criterios establecidos en la mesa nacional y con el apoyo técnico de la Oficina Panamericana de la Salud.⁴

En nuestra ciudad contamos con la información de ESSALUD en la cual de los 327 pacientes registrados en PADOMI a la fecha, 280 son adultos mayores de los cuales gran parte de ellos son atendidos por familiares.

1.2. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

En el ámbito local no se cuenta con datos sistematizados sobre esta problemática que facilite un abordaje familiar más integral. En respuesta a esto se pretende conocer más de cerca este fenómeno dentro del servicio de PADOMI EsSalud.

¿Cuáles son los factores que repercuten en la salud del cuidador informal del adulto mayor dependiente de PADOMI ESSALUD – 2009?

Los resultados del presente proyecto permitirán:

- Tomar acciones que mejoren la calidad de vida del cuidador informal del adulto mayor dependiente de PADOMI ESSALUD – 2009, en nuestra ciudad.
- Desarrollar un abordaje familiar más integral.

1.3. OBJETIVOS: general y específicos

Objetivo General

Determinar los factores que repercuten en la salud de los cuidadores informales de personas mayores dependientes de PADOMI ESSALUD - 2009.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a los adultos mayores dependientes de PADOMI que reciben atención de cuidadores informales: edad, sexo, diagnóstico médico, capacidad funcional y tiempo en meses que necesita ayuda.
2. Identificar las características sociodemográficas de los cuidadores informales del adulto mayor dependiente PADOMI
3. Identificar los datos relacionados al cuidador del adulto mayor dependiente PADOMI

4. Valorar el estado de salud del cuidador informal del adulto mayor dependiente PADOMI .
5. Reconocer el grado de sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor dependiente PADOMI
6. Correlacionar los factores identificados con el estado de salud y el grado de sobre carga del cuidador informal del adulto mayor dependiente PADOMI.

CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes

Políticas para el cuidado de mayores en su domicilio

En 1893 en NUEVA YORK, LILLIAN WALD fundó el Servicio de Enfermeras Visitadoras (SEV). Esta innovación significó el nacimiento de la enfermería de salud pública en los ESTADOS UNIDOS, cuenta con cerca de 5,000 empleados , es uno de los cuatro únicos grupos de los USA que perciben fondos federales para estudiar el mejoramiento de la salud de los ancianos a través de la atención comunitaria de enfermería.

En el Perú, las fuerzas armadas fueron las primeras instituciones que crearon servicios de atención especializada para el adulto mayor, se cuenta con programas públicos para la atención a los ancianos de escasos recursos los cuales están considerado dentro de otros programas integrales, siendo los albergues y hogares de la sociedad de beneficencia de exclusividad para la atención al adulto menesteroso.

En el 2001, existía en Lima 20 casas de reposo, las cuales tenían un costo entre 60 y 600 dólares mensuales, ubicadas en barrios de clase media. PADOMI se crea el 06 de diciembre de 1994, este programa realiza a tensión domiciliaria a mayores de 80 años con limitaciones físicas, se propone lograr la participación del paciente y familia en la atención de salud fomentando el autocuidado y la prevención.

La familia y el cuidado de las personas mayores

Muchas personas en nuestro país dedican una parte importante de su tiempo a cuidar de un familiar de edad avanzada que depende de esta ayuda para poder desenvolverse en su vida diaria. Estas personas saben que cuidar a

alguien puede resultar una experiencia satisfactoria, pero saben también que a menudo, se trata de una tarea solitaria, difícil, ingrata y muy pocas veces reconocida.

Cuidar a una persona mayor conlleva esfuerzo, dedicación y en muchos casos implica renuncias a otra forma de vida, a un trabajo o promoción laboral, a continuar formándose, a dedicar más tiempo al resto de la familia o a los amigos y así otras posibilidades. Afortunadamente, cuidar puede significar también la oportunidad de descubrir en uno mismo cualidades, aptitudes o talentos que de otro modo hubieran pasado desapercibidos. Igualmente, puede llevar a que se establezca una relación más próxima con la persona que cuidamos o con otros familiares y que descubramos en ellos facetas positivas que hasta entonces habían permanecido ocultas para nosotros. Por todo ello, una gran parte de los cuidadores, pese a los posibles sinsabores, puedan acabar descubriendo la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos.

En algunos países desarrollados como España se ha diseñado guías de atención educativa las cuales son productos finales de un conjunto de estudios y trabajos patrocinados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) que han permitido conocer cuáles son las necesidades y problemas a los que se enfrentan diariamente quienes cuidan a familiares mayores. Para elaborarla ha sido necesario el esfuerzo de diversas instituciones, profesionales y muchas personas que este momento están prestando cuidados a un familiar con diversas encuestas para conocer quiénes y cómo son los cuidadores, las personas cuidadas y cuáles son sus necesidades.

La mayor parte de las personas de edad avanzada disfrutan de una salud que les permita vivir de forma independiente y realizar muchas actividades y tareas sin depender de nadie. Sin embargo, algunas requieren ayuda para determinadas actividades para su vida diaria. Las necesidades de estas

personas pueden incluir desde una ayuda mínima (acompañamiento en un desplazamiento) hasta un grado importante y continuo de ayuda (por ejemplo, la higiene personal). También puede ser necesario proporcionarles ayuda para que mantengan una adecuada relación con sus semejantes y con el mundo en que viven. En general, la gente que vive hasta una edad muy avanzada suele acabar requiriendo, en algún grado, ayuda de otros miembros de la familia, amigos o vecinos para distintas facetas de su vida diaria.

En la mayor parte de los casos, la familia cuida con dedicación y afecto a sus familiares, respondiendo así a sus necesidades. Aun cuando la ayuda que proporcionan las instituciones - servicios sociales y de salud- son importantes, los miembros de la familia son, sin duda, una fuente principal de apoyo y ayuda para las personas mayores. Todos sabemos que la ayuda que proviene de la familia, es en principio, es la mejor que se puede ofrecer a las persona mayores y que recibir esta ayuda es una buena forma de que las personas mayores sientan que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están resueltas.

Sin embargo, quienes cuidan no siempre están preparadas para responder ante las tareas, tensiones y esfuerzos que supone el cuidado. Cuidar implica muchas y variadas actividades. Es difícil señalar cuáles son con exactitud estas tareas ya que depende de cada familia y de la persona a quien se cuida. Algunas de las tareas más frecuentes son las siguientes:

- Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.).
- Ayuda para el transporte fuera del domicilio (acompañarle al médico).
- Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.
- Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
- Ayuda para la administración del dinero y los bienes.
- Supervisión en la toma de medicamentos.

- Ayuda en cuidados de enfermería.
- Hacer por su familiar pequeñas tareas de la vida cotidiana (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercarle la radio, etc.).
- Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta en forma agitada).
- Ayuda para comunicarse con los demás cuando existen dificultades para expresarse.

2.1.2 Bases teóricas

Razones para cuidar a familiares

La mayor parte de las personas que cuidan están de acuerdo en que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, unas normas sociales, que deben ser respetadas. Ahora bien, no es ésta la única razón que nos lleva a cuidar a otra persona. Los cuidadores también señalan otros motivos para prestar cuidados:

- Por motivación altruista, es decir, para mantener el bienestar de nuestro familiar porque se entienden y comparten sus necesidades.
- Por gratitud que nos muestra la persona cuidada.
- Por reciprocidad, ya que antes nos cuidaron ellos.
- Por sentimientos de culpa del pasado.
- Para evitar la censura de la familia, amigos conocidos en el caso de que no se cuidara al familiar en casa.

Todas las anteriores son razones para cuidar a un familiar. Sin embargo, el mayor peso de una u otra razón influirá en la calidad, cantidad y tipo de ayuda que se proporciona.

Definición de cuidador y tipos de cuidadores

Los cuidadores son los que proporcionan la mayor cantidad de atención, son los directamente responsables del cuidado del anciano.

Cuidadores informales

Aquellos que realizan este cuidado de forma desinteresada (como los familiares) son llamados cuidadores informales.- Con mucha frecuencia este rol es asumido por el cuidador informal sin que este se dé cuenta, lo cual hace que los cuidadores muchas veces no puedan recordar cuando empezaron a serlo con exactitud, pero si logran definir con exactitud cambios en sus rutinas diarias lo cual genera muchas veces la idea al cuidador de que el nuevo rol no permite elección.

Lo cual hace que los cuidadores muchas veces no puedan recordar cuando empezaron a serlo con exactitud, pero si logran definir con exactitud cambios en sus rutinas diarias lo cual genera muchas veces la idea al cuidador de que el nuevo rol no permite elección: el adulto mayor necesita un cuidado y debe proporcionársele.

En la mayor parte de las familias, un único miembro de ésta asume la mayor parte de la responsabilidad del cuidado, normalmente, esta responsabilidad recae en mujeres: esposas, hijas y nueras. Hasta tal punto es así que ocho de cada diez personas que están cuidando a un familiar mayor en nuestro país son mujeres de 45 y 65 años de edad. Algunas otras características de las familias que cuidan a personas mayores son las siguientes:

- En cada familia hay un cuidador principal- normalmente la hija o la nuera- que suele responder a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre las personas que componen la familia.
- Cuando se asume el cuidado del familiar se piensa que va a ser una situación temporal, aunque frecuentemente acaba siendo una situación que dura varios años con una creciente demanda de cuidados por parte del familiar mayor.
- Los cuidadores, habitualmente mujeres, deben atender también a las necesidades del resto de su familia (esposo e hijos). Decidir dónde y cuándo invertir los esfuerzos y energías es difícil, sobre todo cuando las demandas de las otras personas son elevadas.

También, dependiendo de cuál sea el parentesco o la relación entre el cuidador y la persona cuidada, existen diferencias en la forma en que se vive y se acepta la situación de cuidado. El parentesco es un factor muy importante para comprender y entender los sentimientos y la experiencia que viven los cuidadores.

Consecuencias del cuidado a un familiar mayor

El cuidado de un familiar mayor, generalmente, es una experiencia duradera que exige reorganizar la vida familiar, laboral y social en función de las tareas que implica cuidar. Así, quienes cuidan a familiares de edad avanzada suelen indicar que su vida se ha visto afectada de diversas maneras desde que empezó ésta actividad. Veamos cuáles son estos cambios:

- **Relaciones familiares.**

Uno de los cambios que los cuidadores manifiestan de forma más clara respecto a su situación se refiere a las relaciones familiares. En efecto, pueden aparecer conflictos familiares por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación con el comportamiento y actitudes de estos últimos hacia la persona mayor o por la forma en que se proporcionan los cuidados. A veces el malestar con los otros miembros de la familia es debido a los sentimientos del cuidador principal acerca de que el resto de la familia no es capaz de apreciar el esfuerzo que realiza.

- **Reacciones emocionales.**

Los cuidadores se ven expuestos a un buen número de emociones y sentimientos. Algunas de ellas son positivas, como los sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar de un ser querido. Pero también, frecuentemente son negativas, como la sensación de impotencia, sentimientos de culpabilidad, soledad, preocupación o tristeza.

- **Consecuencias sobre la salud**

También, los cuidadores manifiestan que una situación de cuidado prolongado afecta a su salud. Se encuentran cansados y tienen la sensación de que su salud ha empeorado desde que comenzaron a cuidar a sus familiares mayores.

Además de los cambios en las relaciones familiares y en el estado físico y psicológico del cuidador, cuidador puede tener otras consecuencias.

- **Consecuencias laborales**

Los cuidadores que trabajan fuera de casa suelen experimentar un conflicto entre las tareas de cuidado y las obligaciones laborales, al tener la sensación de estar incumpliendo tanto en el trabajo (por ausentismo, falta de puntualidad, etc.) como con el cuidado del familiar. Incluso, no es raro que el cuidador se vea obligado a restringir su jornada laboral o renunciar a su trabajo.

- **Dificultades económicas**

También son frecuentes las dificultades económicas, ya sea porque disminuyen los ingresos (disminución de la dedicación laboral) o porque aumentan los gastos derivados del cuidado del anciano.

- **Disminución de las actividades de ocio**

Los cuidadores manifiestan que la situación de tener a su cargo una persona mayor provoca una reducción del número de actividades sociales y de ocio que realizan, lo que les produce sentimientos de aislamiento de sus conocidos y del mundo que les rodea.

En definitiva, la cantidad de trabajo que se supone el cuidador de una persona mayor, la presión psicológica y el esfuerzo invertido en dar respuesta a todos los problemas cotidianos es común a todos los cuidadores. Por este motivo, quienes cuidan a las familias mayores suelen sufrir problemas de salud, psicológicos (sentimientos de malestar, depresión, sensación de "sobrecarga") y sociales (relaciones familiares tensas, problemas laborales). Conocer cuáles son estos cambios es muy útil para comprobar hasta qué punto cuidar a nuestro familiar está afectando

nuestra vida y en consecuencia, poner en práctica posibles soluciones para mejorar, en la medida de lo posible, esta situación.

Cuidar a distancia

En algunos casos, las personas que cuidan a un familiar viven lejos de éste. La mayor parte de las veces, esta situación ocurre entre padres e hijos, bien porque viven en diferentes puntos alejados dentro de una misma ciudad, o porque los padres se han trasladado a una residencia. Cuidar a los padres en la distancia plantea problemas específicos desde un punto de vista práctico y emocional.

Es posible que algunos cuidadores no se hayan visto reflejados en las consecuencias del cuidado que se han mencionado anteriormente. Muchas de estas personas están perfectamente adaptadas a su situación, no sintiéndose por ello más cansadas o tristes y, dentro de unos límites, mantienen su bienestar.

Es lógico pensar que la situación de cuidar influye de forma distinta en cada persona, dependiendo de los problemas o enfermedades que padece la persona que recibe los cuidados, de lo avanzada que esté la enfermedad, de la lucidez mental que posea, así como de la salud resistencia del propio cuidador. Aquellas personas con un mayor deterioro de su salud y con más dificultades para valerse por sí mismas supondrán una mayor carga de trabajo para el cuidador. Límites, mantienen su bienestar.

El bienestar del cuidador depende de:

- La salud del cuidador
- La ayuda que recibe de otros familiares
- La ayuda que recibe de las instituciones
- El apoyo emocional, agradecimiento y reconocimiento de otros familiares.

- La información que tiene sobre cómo cuidar y resolver problemas del cuidado.
- Su capacidad para actuar ante algunos comportamientos difíciles, molestos o de pasividad que puede manifestar la persona cuidada (agitación, enfados, inactividad, alucinaciones, insomnio, depresión, etc.)
- Su forma de enfrentarse a la situación de cuidado y superar situaciones difíciles.

Cuidadores Formales.- Aquellos, que realizan el cuidado al adulto en el ejercicio de su profesión.

Sobrecarga del cuidador

Estado psicológico resultado de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas que provienen del cuidado de un paciente.

Dimensiones de sobrecarga

Evaluación de las conductas propias:

- Autovaloración de su competencia para seguir cuidando o expectativas de auto eficacia.
- Percepción de conflicto de roles.
- Evaluación de la influencia del cuidado en su vida y bienestar personal (intimidad, tiempo libre).
- Relación interpersonal con la persona cuidada (sentimientos, tensión, afectos, rechazos).

Sobrecarga en cuidadores según escala de zarit

Valores en la ESC. Puntos de Corte:

- < 45 : no sobrecarga.
- 45-55 : Sobrecarga Débil.
- > 55 : Sobrecarga Intensa.

Dimensiones más afectadas:

- ✓ No disponer de vida privada.
- ✓ Pérdida de relaciones sociales.
- ✓ Estrés y falta de tiempo.

Factores Favorecedores de Sobrecarga:

- ✓ Ser ama de casa.
- ✓ Cuidadores que rotan.
- ✓ Cuidadores del medio rural.

Escala de ansiedad y depresión de goldberg

La prevalencia de trastornos psicopatológicos en Atención Primaria se sitúa alrededor del 20-30%. Sin embargo, a pesar de ser muy frecuentes, más de la mitad de los casos no son diagnosticados y tratados correctamente, debido a la frecuente presentación clínica atípica especialmente en las quejas somáticas, entre otros factores¹. Si además se tiene en cuenta que el médico de Atención Primaria dispone de un tiempo limitado en la consulta, se entiende la necesidad de disponer de cuestionarios de detección breves y sencillos, apropiados para su utilización en este medio.

La escala de depresión y ansiedad de Goldberg, fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria.

- La ansiedad y la depresión
- Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Asistencia Primaria.
- Puede servir de guía de la entrevista, aunque sin sustituir a la historia clínica, así como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos.
- Ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8% > y valor predictivo positivo 95.3% > adecuados).

Escala de valoración física

Escala de Valoración Física de BARTHEL

Evalúa la actividad básica de la vida diaria (ABVD), comprende 10 ítems con diferentes alternativas cada uno, la puntuación máxima es de 100 siendo mayor de 60 independiente.

Escala de Valoración Física de LAWTON

Mide las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), estas actividades están influidas tanto por aspectos cognitivos, sociales como afectivos, cuenta con 8 ítems con diferentes alternativas cada uno, donde un puntaje de 8 sería la máxima independencia y 0 puntos una total dependencia.

2.1.3 Marco conceptual

Cuidar.- Puede significar también la oportunidad de descubrir en uno mismo cualidades, aptitudes o talentos que de otro modo hubieran pasado desapercibidos. Igualmente, puede llevar a que se establezca una relación más próxima con la persona que cuidamos o con otros familiares y que descubramos en ellos facetas positivas que hasta entonces habían permanecido ocultas para nosotros.

Guías de atención educativa.- Son productos finales de un conjunto de estudios y trabajos patrocinados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) que han permitido conocer cuáles son las necesidades y problemas a los que se enfrentan diariamente quienes cuidan a familiares mayores.

Cuidar personas.- Son personas que opinan de que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, unas normas sociales, que deben ser respetadas.

Cuidadores informales.- Son aquellas personas que realizan este cuidado de forma desinteresada (como los familiares).

Reacciones emocionales.- son aquellas emociones y sentimientos a la que los cuidadores se ven expuestos, algunas de ellas positivas y otras negativas.

Cuidar a distancia.- Son aquellas personas que viven lejos de la persona a cuidar, la mayor parte de las veces, esta situación ocurre entre padres e

hijos, bien porque viven en diferentes puntos alejados dentro de una misma ciudad, o porque los padres se han trasladado a una residencia. Cuidar a los padres en la distancia plantea problemas específicos desde un punto de vista práctico y emocional.

Cuidadores Formales.- Aquellos, que realizan el cuidado al adulto en el ejercicio de su profesión.

Sobrecarga del cuidador.- Estado psicológico resultado de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas que provienen del cuidado de un paciente.

2.2 Definiciones operacionales

- **La variable independiente está constituida por :**
 - Características demográficas del cuidador
 - Edad : Años Cumplidos en el momento del estudio
 - Sexo : Masculino - femenino
 - Nivel educativo: Sin estudios, primaria, secundario, superior.
 - Estado civil : Unión estable, (soltero/a , divorciado/a y/o separado/a), viuda/o, casado/a
 - Datos relacionados con los cuidadores del adulto mayor
 - Tipo de relación : Familiar y no familiar
 - Tipo de cuidador: Principal, contratado y rotativo
 - Tiempo dedicado al cuidado: Horas y meses
 - Situación ocupacional: Ama de casa, trabajo independiente, trabajo estable y jubilado/a.
 - Efectos negativos desde que ingresó a cuidar al adulto mayor dependiente: He tenido que abandonar mi empleo, tengo muy poco tiempo para mí, duermo poco por insomnio o falta de tiempo, he tenido problemas con otros familiares, tengo problemas económicos, tengo miedo por el futuro, sufro por el sufrimiento del propio enfermo, he tenido que mudarme de casa o traer al adulto a la mía, otros.
 - Motivación (Razones del cuidado): Soy su familia más próxima, los demás no quieren , soy quien vive más cerca, me ofrecí voluntariamente, creo que es mi deber moral, no hay otra solución el adulto no consiente otra solución, no podemos pagar un cuidador, otros.
 - Características de los adultos mayores dependientes que recibe atención del cuidador informal
 - Edad : Años cumplidos en el momento del estudio
 - Sexo : Masculino , femenino

- Dx médico : Patología de base registrada en la H.C.
- Capacidad Funcional :

Puntaje obtenido en el índice de BARTHEL

Valor: Resultado grado de dependencia (máxima puntuación 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

- < 20 Total
- 20-35 Grave
- 40-55 Moderado
- >= 60 Leve
- 100 Independiente

Puntaje obtenido en el índice de LAWTON

Un puntaje de 8 sería la máxima independencia y 0 puntos una total dependencia.

Para motivos de estudio los rangos son:

- Dependencia máxima : 0 - 2
- Dependencia media : 3 - 5
- Independencia : 6 - 8

- **La variable dependiente**

- Sobrecarga del cuidador informal.- Se consideró.

- La escala de sobrecarga del cuidador (ZARIT).- Valores:

- < 45: no sobrecarga.
- 45-55: Sobrecarga Débil.
- > 55: Sobrecarga Intensa.

- Estado de salud general(GOLBERG GHQ-12) .- Valores:

- < de 16 salud general buena
- de 17 a 20 salud general leve
- de 21 a 23 salud general moderada
- de 24 a más salud general grave

2.3. HIPÓTESIS

¿Existen factores que repercuten significativamente en la salud del cuidador informal del adulto mayor dependiente de PADOMI EsSalud – 2009?

CAPÍTULO III

2 METODOLOGIA

2.1 Método de investigación

Se utilizó el método no experimental, porque no hubo manipulación de las variables

3.2 Diseños de la Investigación

Descriptivo porque se describió las variables tal como se presentan.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La población del presente estudio estuvo constituida por los cuidadores informales de los adultos mayores con grado de dependencia III de PADOMI ESSALUD - 2009, que suman un total de 100.

3.3.2 Muestra

La muestra fue determinada por conveniencia es decir, que se consideró el 100 % de los cuidadores informales, por ser una población pequeña.

3.4 Técnicas e instrumentos

3.4.1 Técnicas

- Entrevista estructurada
- Visita domiciliaria

3.4.2. Instrumentos

En el presente estudio se empleó 5 instrumentos:

1. Índice de LAWTON.- Es un test por excelencia encargado de medir las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), contiene 8 ítems con diferentes alternativas cada uno con un puntaje de 1 y 0.

Valor: Resultado es grado de dependencia

8 = Máxima independencia

0 = Total dependencia

2. Índice de BARTHEL.- Evalúa actividades básicas de la vida diaria (ABVD), consta de 10 ítems con diferentes alternativas y puntaje de 15- 10-5 y 0.

La puntuación máxima es de 100.

Valor: Resultado grado de dependencia (máxima puntuación : 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

- < 20 Total
- 20-35 Grave
- 40-55 Moderado
- >= 60 dependiente leve
- 100 Independiente

3. Escala de salud general de GOLDBERG (GHQ-12). Que es una escala de valoración geriátrica validada y de confiabilidad comprobada , el cual contiene 12 ítems, tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%) adecuados, cuya valoración es:

- < de 16 salud general buena
- de 17 a 20 salud general leve
- de 21 a 23 salud general moderada
- de 24 a más salud general grave

4. Escala de sobrecarga del cuidador (ZARIT). Es un instrumento diseñado por ZARIT y colaboradores, contiene 22 ítems, escala de valoración geriátrica validada y de confiabilidad comprobada , cuya valoración es :

- < 45 : no sobrecarga.
- 45-55 : Sobrecarga Débil
- > 55 : Sobrecarga Intensa

5. Cuestionario de preguntas de datos sociodemográficos del adulto mayor dependiente de PADOMI y del cuidador informal elaborado por las investigadoras que contiene 11 ítems

3.5 Procedimiento de recolección de datos

- a) Se solicitó el permiso y autorización de ESSALUD para proceder a la recolección de datos.
- b) A los participantes se les solicitó consentimiento informado y se garantizó la confiabilidad de la información.
- c) Se realizó un entrenamiento previo para la aplicación de los instrumentos
- d) La recolección de datos se realizó en horas de mañana, tarde.
- e) Los datos fueron tomados de los cuidadores de los pacientes atendidos en PADOMI, mediante entrevista estructurada

3.6 Procesamiento de la información

Se contó con el apoyo de reconocidos profesionales expertos en el tema de estudio, ampliándose la técnica de “validación de contenido interjuese”, para obtener posteriormente el índice de concordancia.

Plan de análisis de datos

- a) Primero se realizó el análisis univariado de las variables en estudio, en la cual se empleó frecuencias simples y porcentaje.
- b) Luego se procedió al análisis bivariado para lo cual se empleó pruebas estadísticas.
- c) Para ambos análisis se empleó la base de datos del paquete estadístico SPSS Versión 16.0.
- d) La presentación se realizó a través de tablas y gráficos univariados y bivariados.

3.7 Protección de los derechos humanos

Los derechos humanos de las personas que conforman la muestra permanecieron en el anonimato, considerando su individualidad, con dignidad y privacidad.

Los datos recolectados se manejaron en forma confidencial, y fueron manipulados y procesados por las investigadoras y luego del análisis correspondiente los instrumentos fueron destruidos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

- a. **Cuadro 01.- Distribución de la población del Cuidador según Edad, Sexo, Grado de Instrucción, PADOMI EsSalud-2009.**

Características		Fi	hi (%)
Edad	32 - 44	47	47.0
	45 - 57	33	33.0
	58 - 69	20	20.0
	Total	100	100.0
Sexo	Femenino	79	79.0
	Masculino	21	21.0
	Total	100	100.0
Grado de Instrucción	Sin Estudio	2	2.0
	Primaria	24	24.0
	Secundaria	46	46.0
	Superior	28	28.0
	Total	100	100.0

Fuente.- Elaboración propia de la tesista.

Como se puede observar en la presente tabla la edad promedio es 44.14 años con una desviación estándar de 17.964 años. Siendo el 47% de ellos con edades que oscilan entre 32 y 44 años, seguida de un 33% comprendido entre 45 y 57 años. El mayor porcentaje 79% de encuestados son del sexo femenino. Asimismo el 46% son de instrucción secundaria seguidos de un 28% con grado de instrucción superior y un 24% con educación primaria.

b. Cuadro 02.- Distribución de la población del Cuidador según Estado Civil y Situación Ocupacional

Características		Fi	hi (%)
Estado civil	Soltero, divorciado, separado, viudo	42	42.0
	Casado	58	58.0
	Total	100	100.0
Situación Ocupacional del Cuidador	Jubilado	13	13.0
	Ama de Casa	58	58.0
	Trabajadora Independiente	18	18.0
	Trabajadora Estable	10	10.0
	Estudiante	1	1.0
	Total	100	100.0

Fuente.- Elaboración propia de la tesista.

Como se puede observar en la presente tabla el 58% de encuestados son casados y 42% comprenden (solteros, divorciados, separados y viudos).

En lo relacionado a la situación ocupacional del cuidador el 58% son amas de casa, seguido de un 18% con trabajo independiente, 13% jubilado 10% trabajador estable y 1% estudiante.

c. **Cuadro 03.- Distribución de la población del Adulto Mayor del programa PADOMI EsSalud-2009, según Edad, Sexo y Estado Civil**

Características		Fi	hi (%)
Edad (agrupada)	60 – 70	8	8.0%
	71 – 80	19	19.0%
	81+	73	73.0%
Sexo	Masculino	52	52.0%
	Femenino	48	48.0%
Estado Civil	Soltero, divorciado, separado, viudo	47	47.0%
	Casado	53	53.0%

Fuente.- Elaboración propia de la tesista.

Como se puede observar en la presente tabla la edad promedio es 83.72 años con una desviación estándar de 7.6 años.

Siendo el 73% de los adultos mayores con edades que oscilan entre los 81 años a más, seguida de un 19% comprendido entre 71 a 80 años y 8% comprendido en 60 a 70 años.

En relación al sexo el mayor porcentaje 52% son del sexo masculino, seguida de un 48% del sexo femenino.

Con respecto al estado civil del paciente el mayor porcentaje 53 % de los adultos mayores son casados, siendo un 47% (soltero, divorciado, separado y viudo).

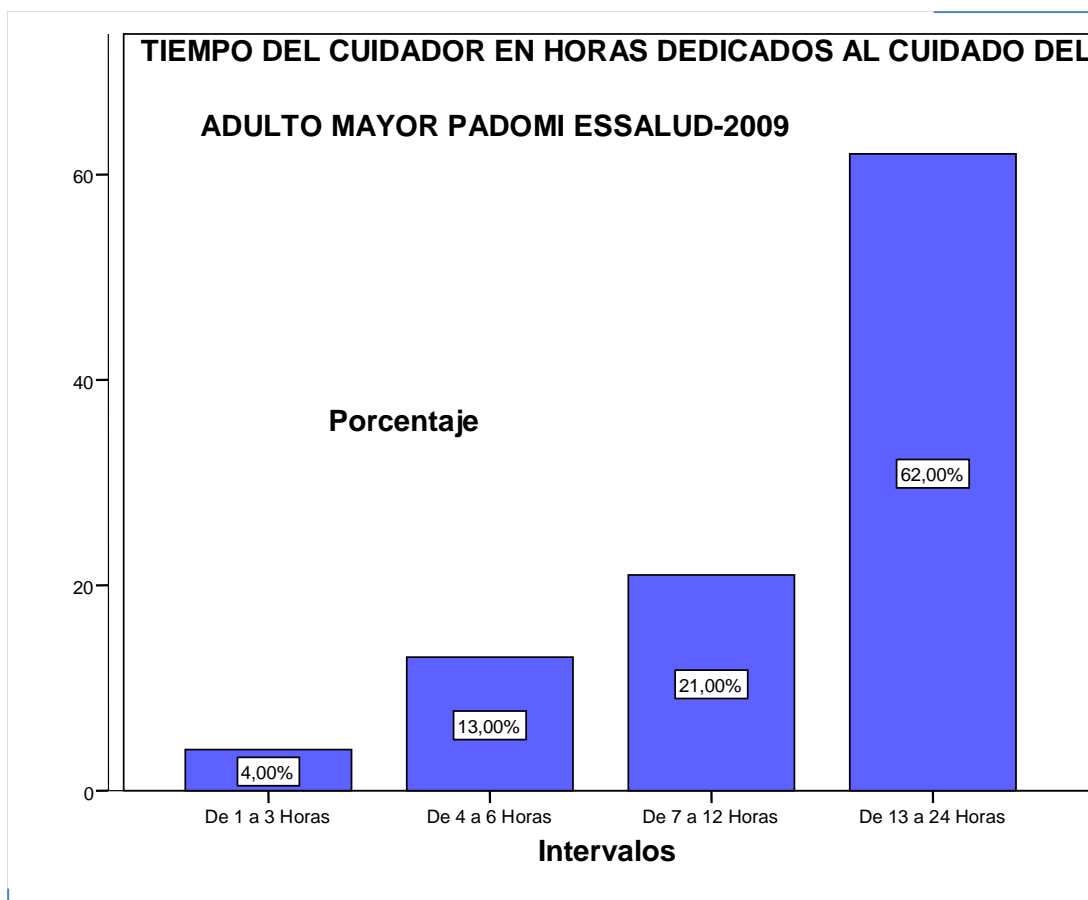


Gráfico N° 01.- Tiempo que dedica el cuidador al adulto mayor en el programa PADOMI EsSalud-2009.

El gráfico 01 muestra el tiempo que el cuidador informal utiliza en horas para atender al adulto siendo el promedio de 2.41 horas con una desviación estándar de 0.866 horas. Del total de cuidadores informales el 62% de ellos dedica de 13 a 24 horas su tiempo en el cuidado del adulto mayor, seguido de un 21% entre 7 y 12 horas.

TIEMPO DEL CUIDADO EN MESES DEDICADO AL ADULTO MAYOR PADOMI
ESSALUD 2009

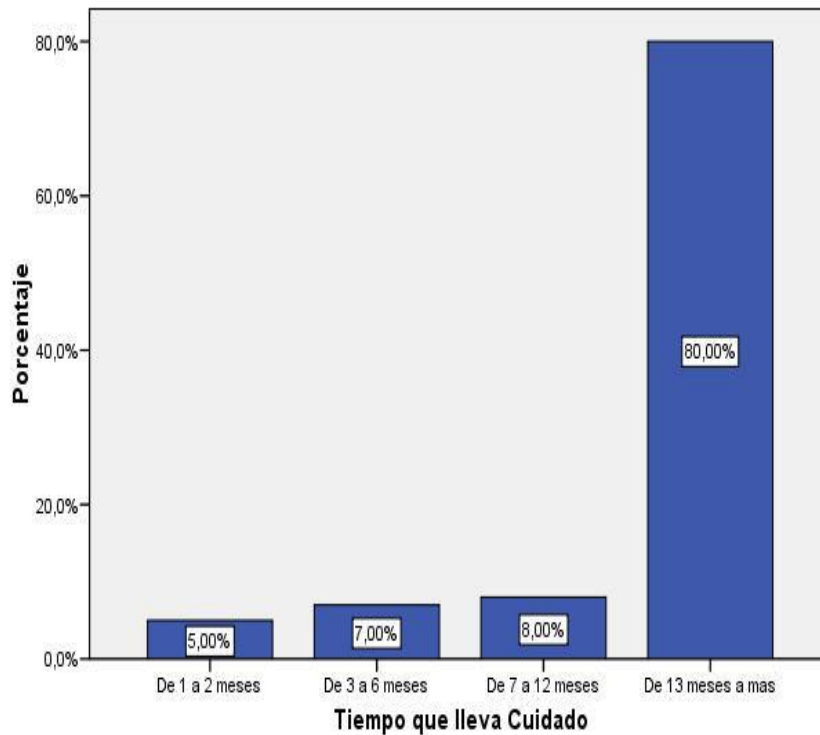


Grafico 02.- Tiempo del cuidado en meses dedicado al adulto mayor PADOMI EsSalud-2009.

El gráfico 02 muestra el tiempo que el cuidador informal utiliza en meses para atender al adulto mayor siendo el promedio de 3.62 meses con una desviación estándar de 0.825 meses.

Del total de cuidadores informales el mayor porcentaje 80% de ellos dedican su tiempo de 13 a más meses al cuidado del adulto.

RELACION EXISTENTE ENTRE EL CUIDADOR Y EL ADULTO MAYOR PADOMI ESSALUD - 2009

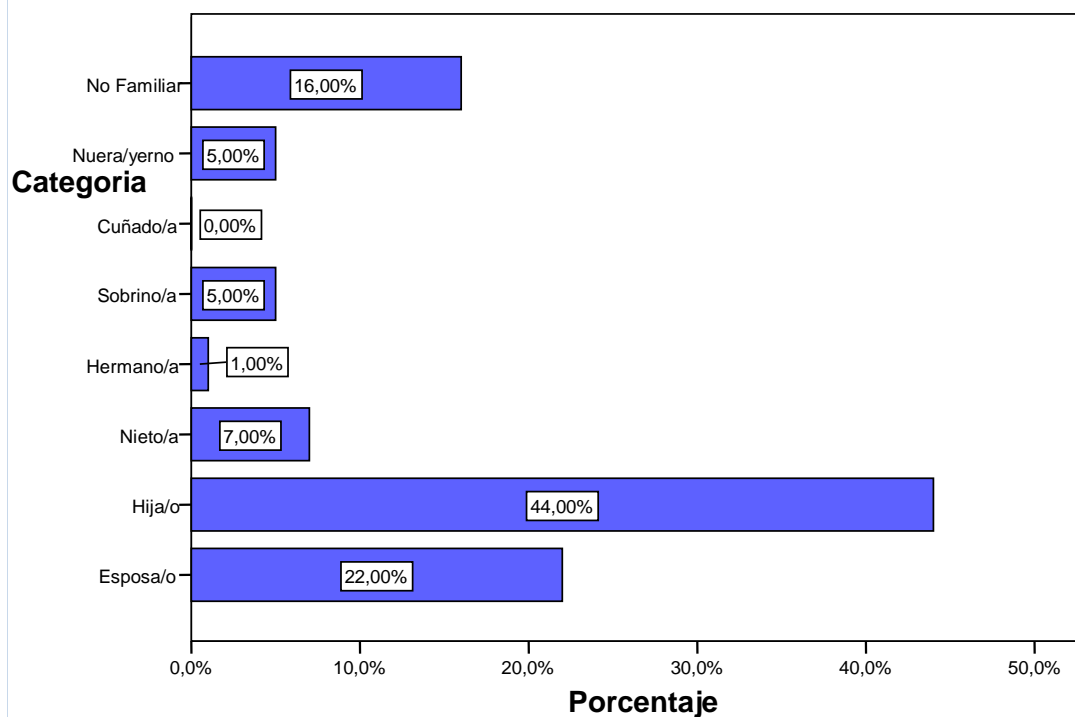


Gráfico 03.- Relación existente entre el cuidador y el adulto mayor

El gráfico 03, muestra la relación existente entre el cuidador informal y el adulto mayor, siendo las hijas(os) el mayor porcentaje con 44%, seguido de un 22% esposas(os), siendo importante tomar en cuenta que un 16% de cuidadores no son familiares del adulto mayor.

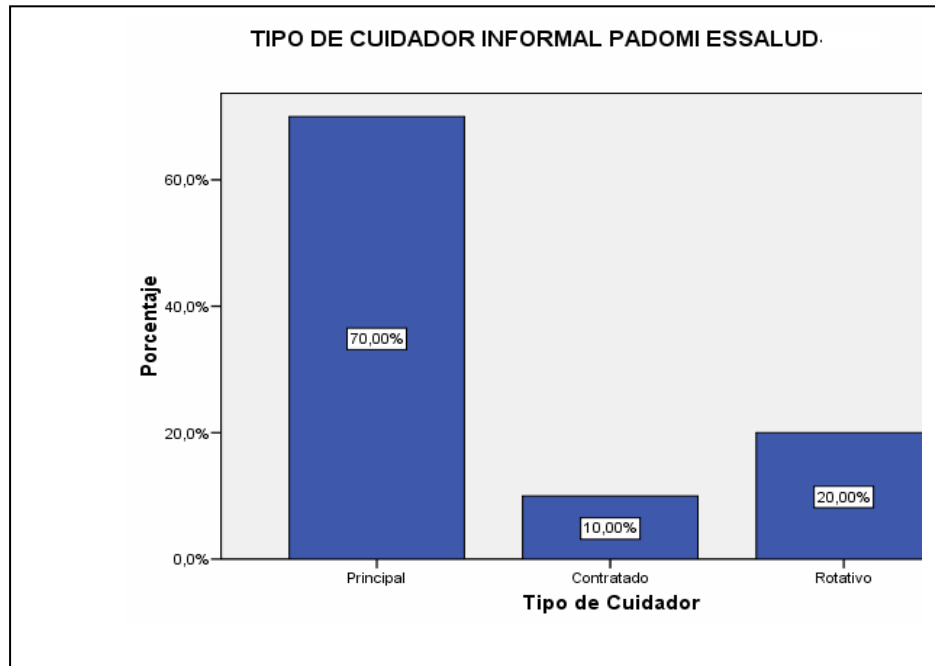


Gráfico 04.- Tipo de cuidador informal

El gráfico 04 muestra que del total de cuidadores informales el mayor porcentaje 70% son cuidadores principales seguido rotativo 20% y contratado 10%.

Para una mejor interpretación de los efectos negativos del cuidador informal del programa PADOMI EsSalud-2009, se presenta el gráfico 05.

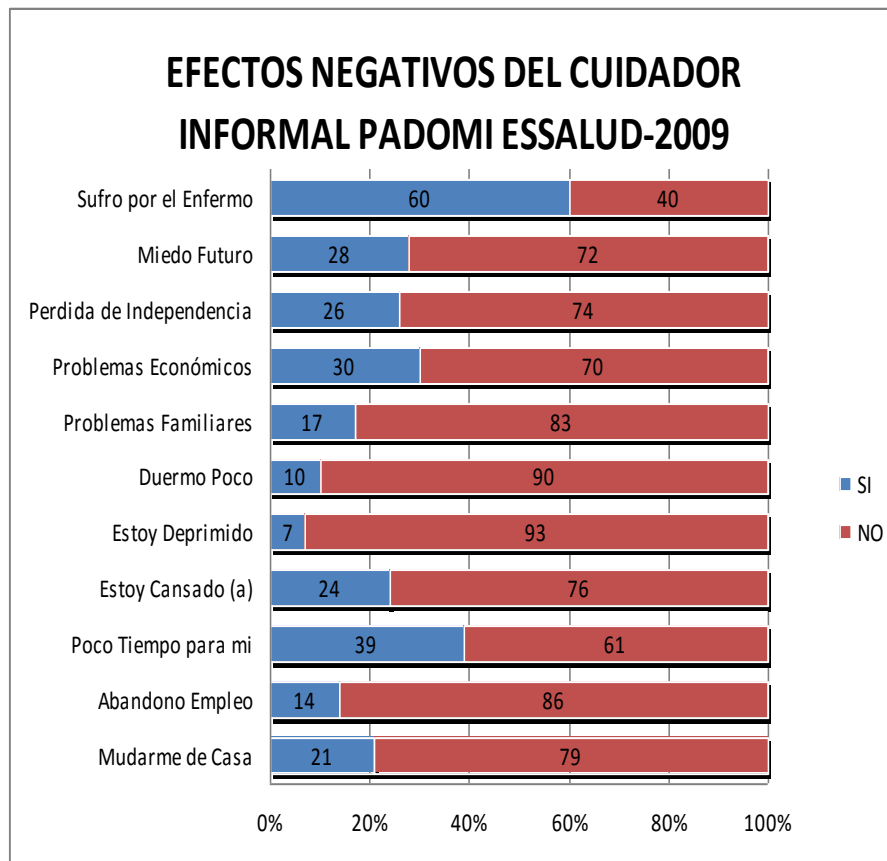


Gráfico 05.- Efectos negativos del cuidador

En el gráfico 05 muestra los efectos negativos manifestados por el cuidador informal, de los cuales el mayor porcentaje 60% manifiestan sufrir por el enfermo; seguido de un 39 % que manifiestan tener poco tiempo para dedicarse a ellos, siendo un 30 % que manifiestan problemas económicos.

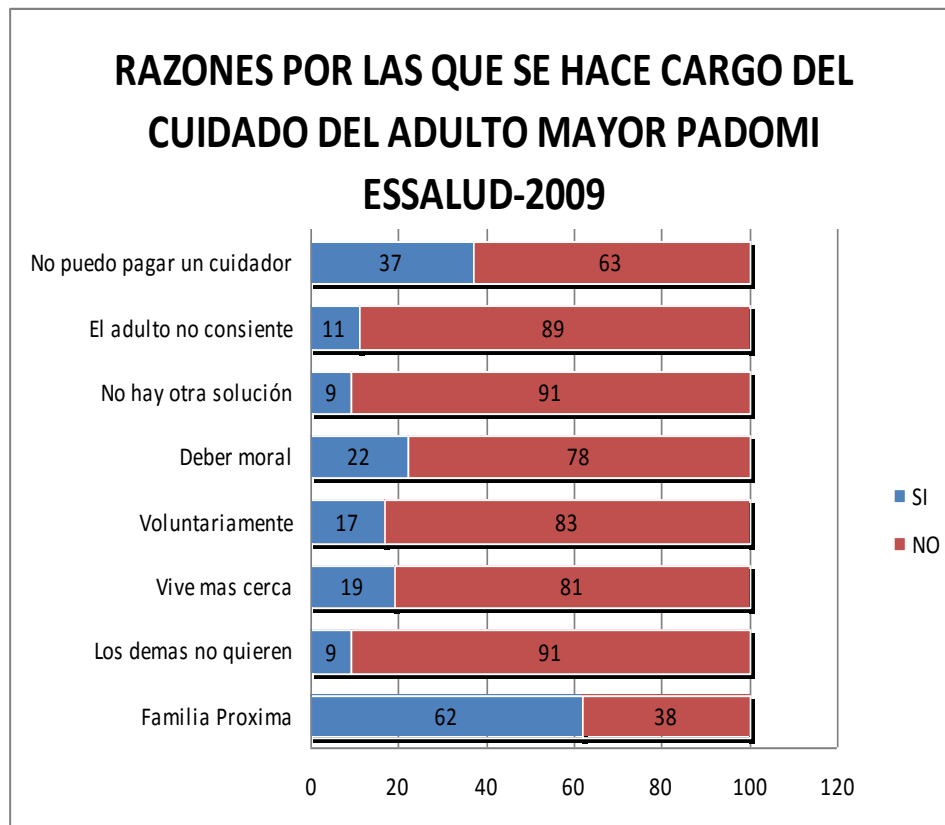


Grafico 06.- Razones por las que se hace cargo del cuidado

En el gráfico 06 muestra las razones por las cuales el cuidador informal se hace cargo del adulto mayor el mayor porcentaje 62% manifiestan por ser familiar próximo, seguido de un 37% que manifiestan no poder pagar un cuidador y el 22% manifiestan que es un deber moral.

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PADOMI ESSALUD -2009

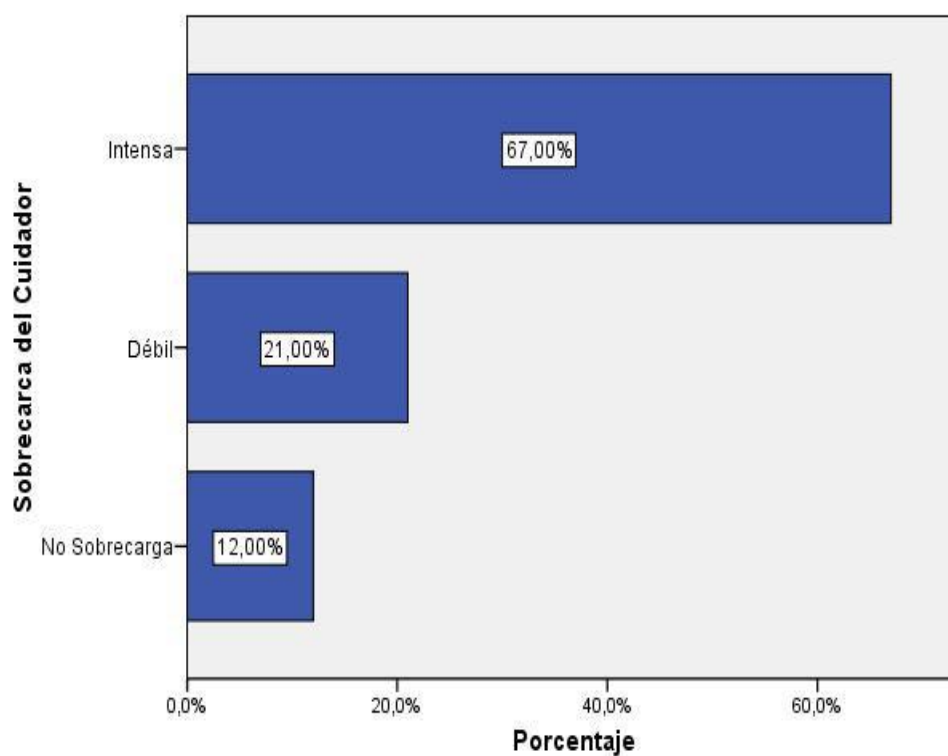


Gráfico 07.- Sobrecarga del cuidador según ZARIT

Según el gráfico 07 se evidencia que 88% de los cuidadores presentan sobrecarga; de los cuales el 67% presenta sobre carga intensa y 21 % de sobre carga débil.

SALUD GENERAL DEL CUIDADOR VALORADO EN LA ESCALA DE GOLDBERG (GHQ)
PADOMI ESSALUD -2009

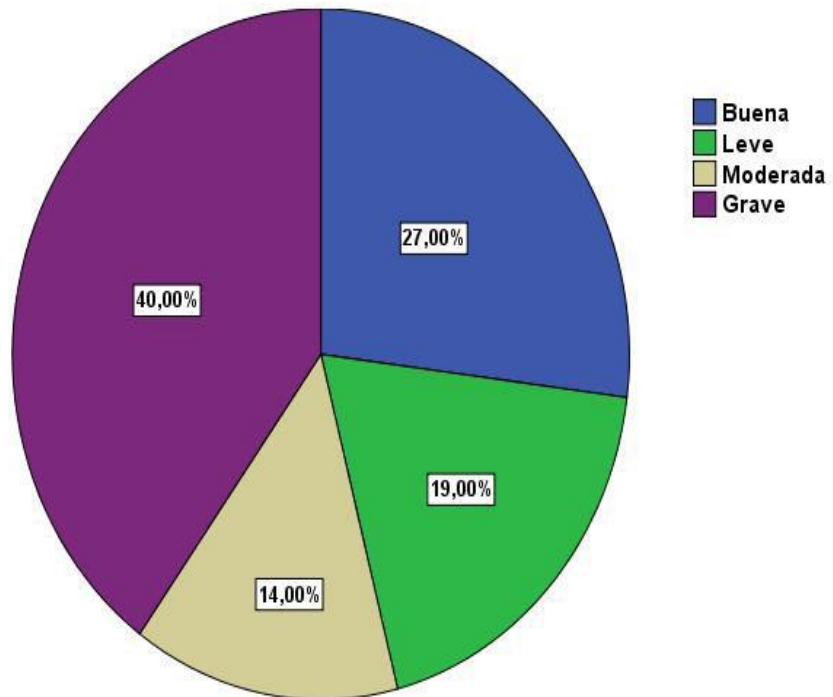


Grafico 08.- Salud general del cuidador valorado en la escala de GOLDBERG (GHQ)

Según el gráfico 08 del total de encuestados el 73% manifiestan tener algún grado de deterioro en sus salud; siendo un 40% deterioro grave, seguido de 19% de deterioro leve y un 14% de deterioro moderado

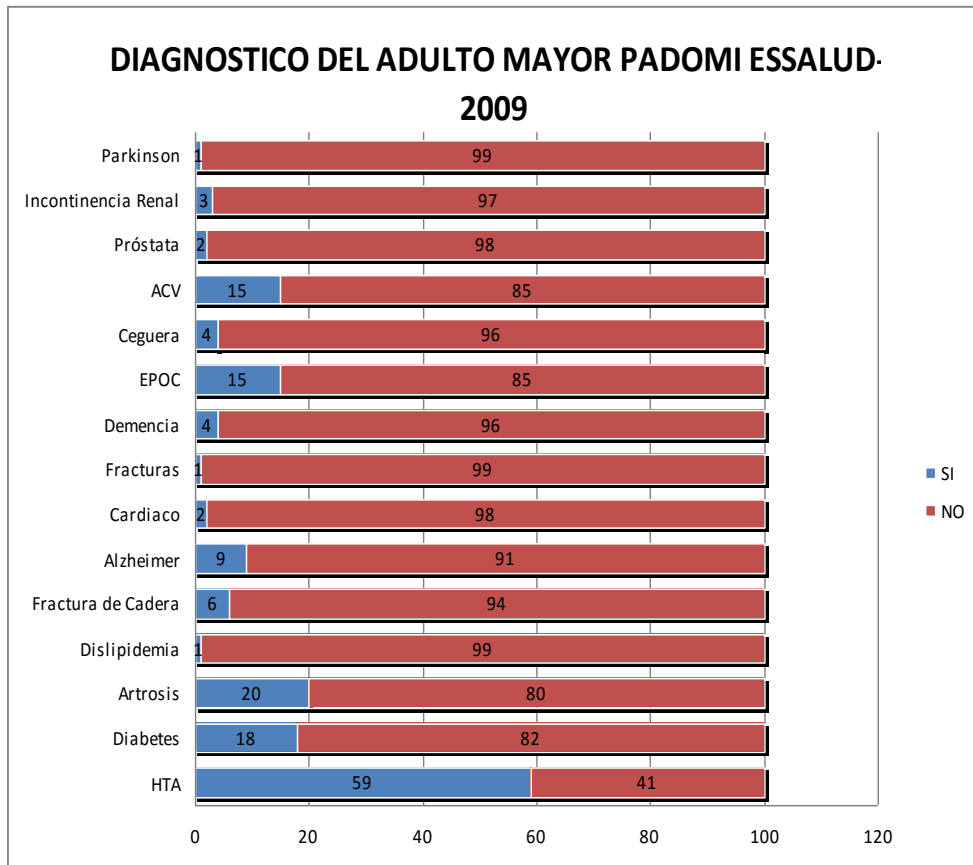


Grafico 09.- Diagnóstico del adulto mayor

En el gráfico 09 muestra los diagnósticos del adulto mayor resaltando con mayor porcentaje la HTA con 59%, seguido de un 20% el problema de Artrosis, el 18% Diabetes y 15% ACV y EPOC.

GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE VALORADO EN EL INDICE DE BARTHEL PADOMI
ESSALUD-2009

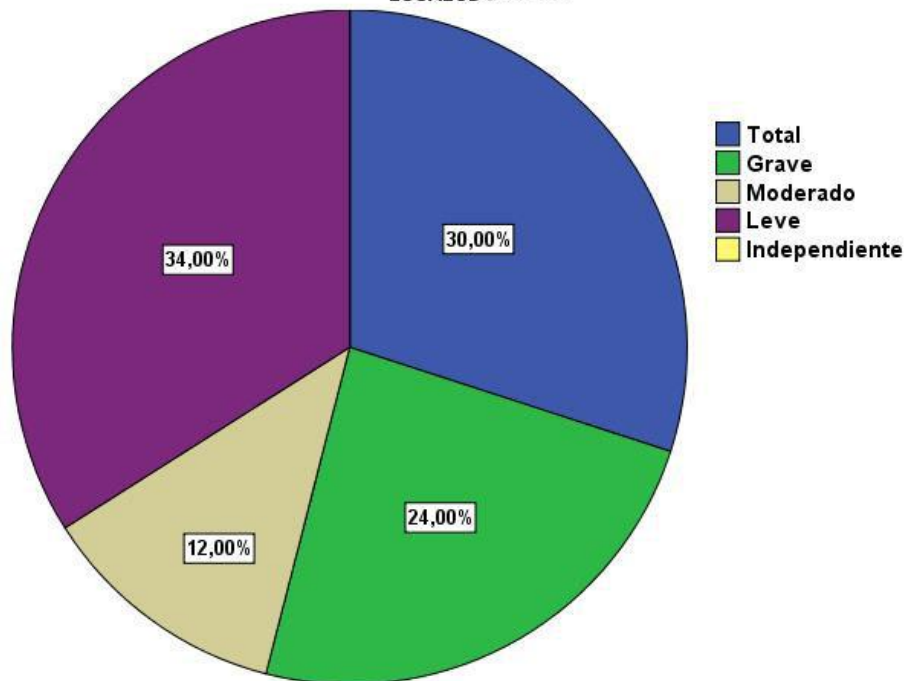


Gráfico 10.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de BARTHEL

Según el gráfico 10 del total de adultos mayores atendidos el 100% tiene algún grado de dependencia siendo un 34% dependencia leve, 30% dependencia total, 24% dependencia grave y un 12% de dependencia moderado

**GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE VALORADO EN EL INDICE DE LAWTON PADOMI
ESSALUD -2009**

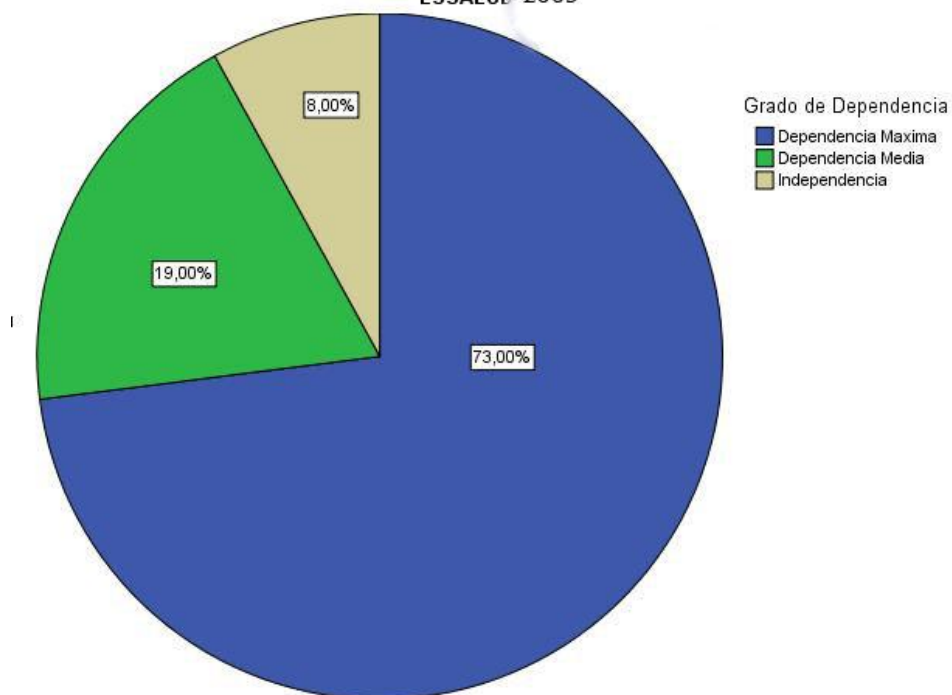
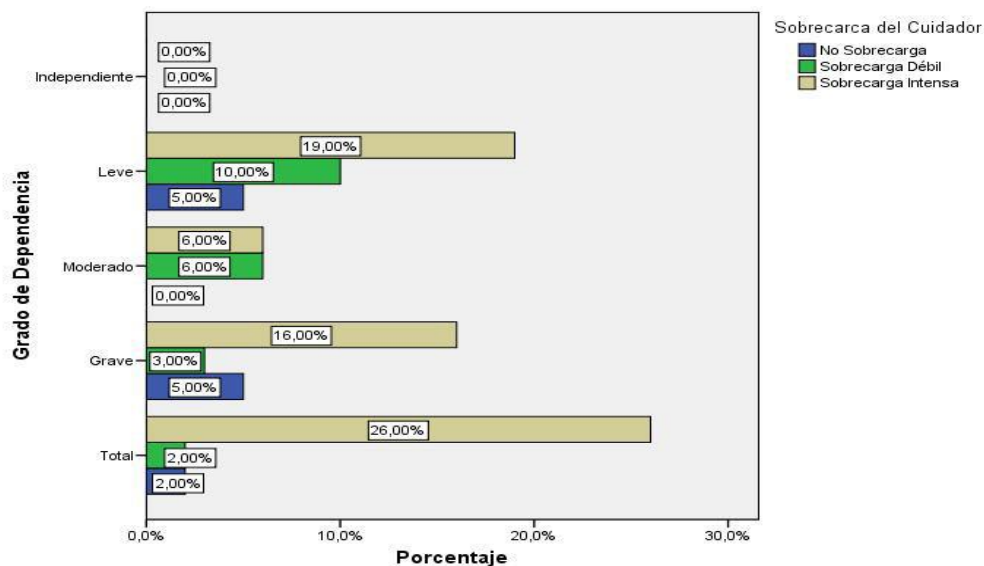


Grafico 11.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de LAWTON

Según el gráfico 11 del total de adultos mayores atendidos el 92% tiene algún grado de dependencia siendo un 73% dependencia máxima y 19% dependencia media.

2. ANÁLISIS BIVARIADO

GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE SEGUN BARTHEL VERSUS SOBRECARGA DEL CUIDADOR PADOMI ESSALUD -2009



$$CC = 0.376 \quad gl=6 \quad p=0.011$$

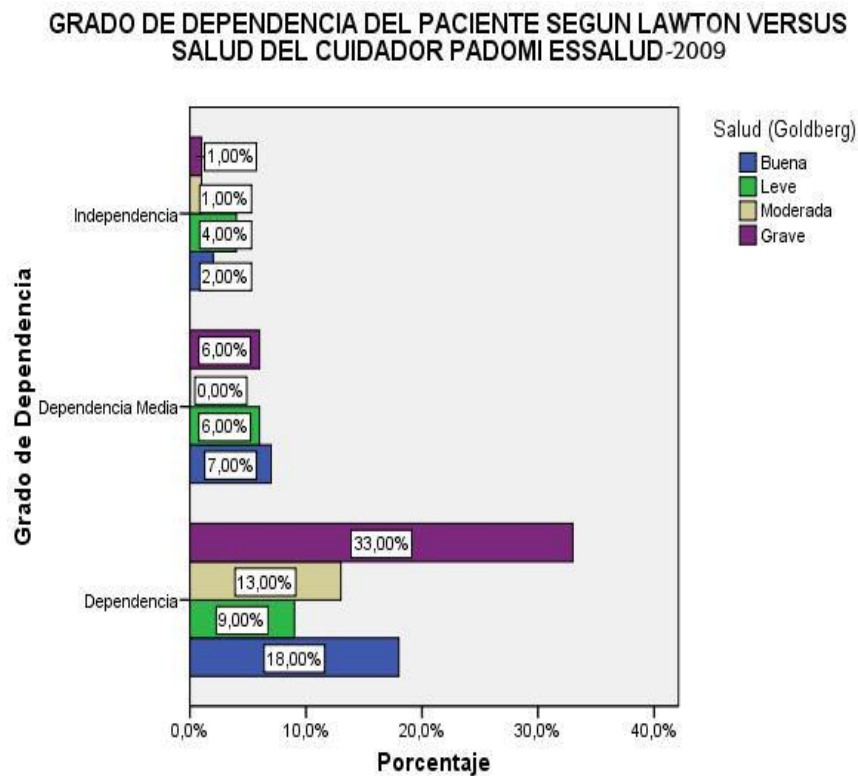
Grafico 12.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de BARTHEL vs Sobrecarga del Cuidador según ZARIT

En el presente gráfico del total de cuidadores que señala sobrecarga intensa que suman 67%, el mayor porcentaje 26% dedican su atención a adultos mayores con grado de dependencia total, seguido de un 19% con grado de dependencia leve, 16% grado de dependencia grave y un 6% grado de dependencia moderada.

Del total que señala sobrecarga débil que suman 21%, el mayor porcentaje 10% dedican su atención a adultos con grado de dependencia leve.

Los cuidadores que no señalan sobrecarga que suman 12%, el mayor porcentaje 5% dedican su atención a pacientes con grado de dependencia leve y grave.

El coeficiente de contingencia mostró que existe relación estadísticamente significativa entre grado de dependencia del paciente (BARTHEL) y sobrecarga del cuidador ($p < 0.05$).



CC = 0.310 gl= p=0.100

Grafico 13.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de BARTHEL vs la salud general del cuidador según GOLDBERG (GHQ)

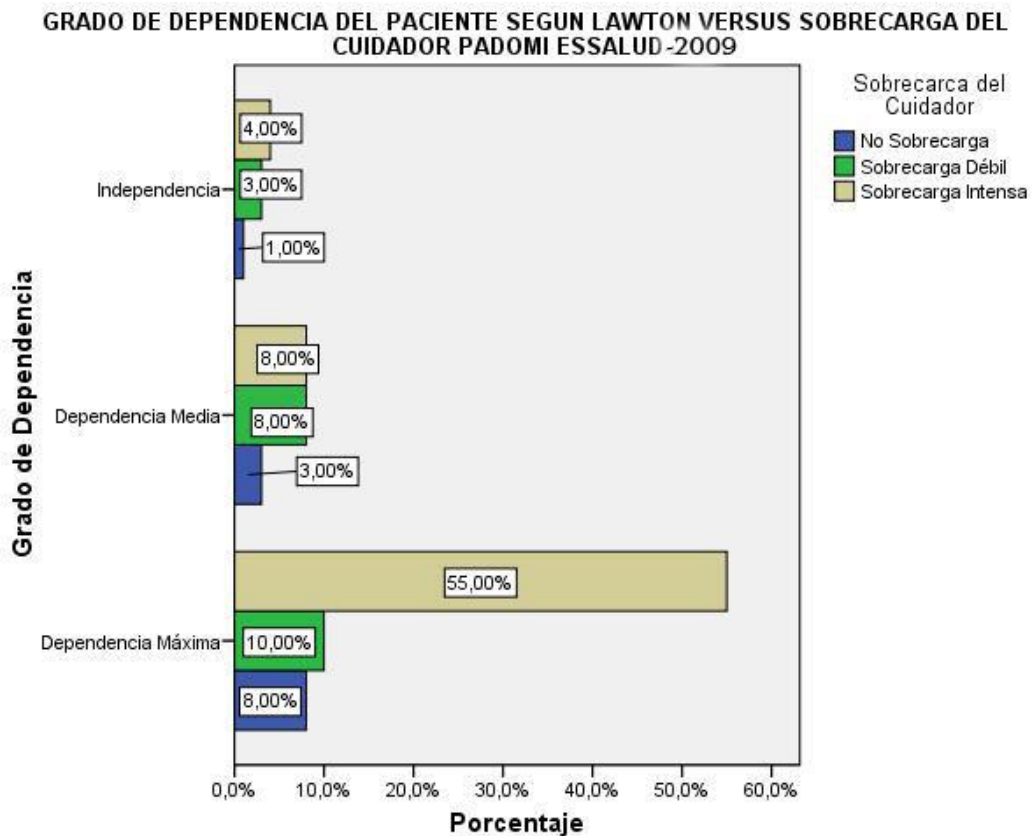
En el presente gráfico se puede apreciar que del total de cuidadores que señala salud grave que suman 40%, el mayor porcentaje 15% dedican su atención a adultos mayores con grado de dependencia total, seguido de un 12% con grado de dependencia grave, 8% grado de dependencia leve y un 5% grado de dependencia moderada.

Del total que señala buena salud que suman 27%, el mayor porcentaje 12% dedican su atención a adultos con grado de dependencia leve

Del total que señala salud leve que suman 19%, el mayor porcentaje 12% dedican su atención a adultos con grado de dependencia leve.

Del total que señala salud moderada que suman 14%, el mayor porcentaje 7% dedican su atención a adultos con grado de dependencia total.

El coeficiente de contingencia mostró que no existe relación estadísticamente significativa entre grado de dependencia del paciente (BARTHEL) y sobrecarga del cuidador ($p > 0.05$)



CC = 0.303 gl=4 p=0.039

Grafico 14.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de LAWTON vs la Sobrecarga del Cuidador según ZARIT

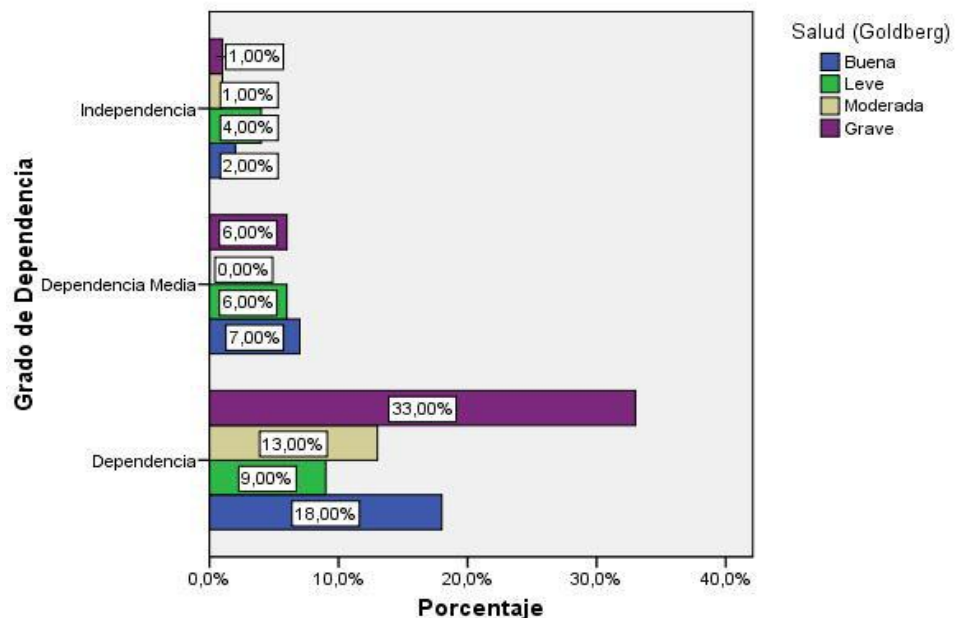
En el presente gráfico del total de cuidadores que señala sobrecarga intensa que suman 67%, el mayor porcentaje 55% dedican su atención a adultos mayores con grado de dependencia máxima, seguido de un 08% con grado de dependencia media y un 4% a adultos independientes.

Del total que señala sobrecarga débil que suman 21%, el mayor porcentaje 10% dedican su atención a adultos con grado de dependencia máxima.

Los cuidadores que no señalan sobrecarga que suman 12%, el mayor porcentaje 8% dedican su atención a pacientes con grado de dependencia máxima.

El coeficiente de contingencia mostró que existe relación estadísticamente significativa entre grado de dependencia del paciente (LAWTON) y sobrecarga del cuidador ($p < 0.05$)

GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE SEGUN LAWTON VERSUS SALUD DEL CUIDADOR PADOMI ESSALUD-2009



CC = 0.350 gl=6 p=0.030

Grafico 15.- Grado de dependencia del paciente valorado en el índice de LAWTON vs la salud general del cuidador según GOLDBERG (GHQ)

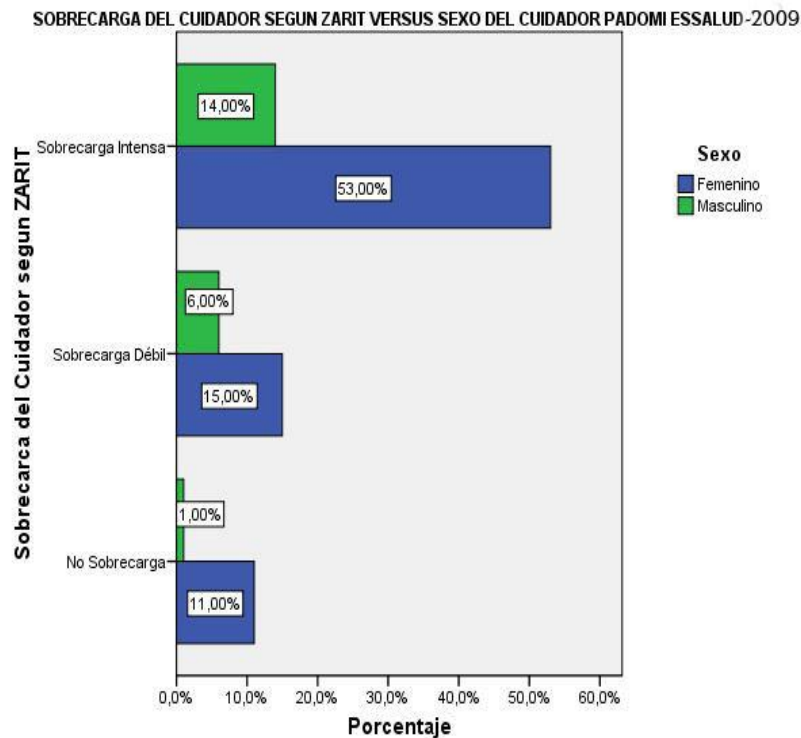
En el presente gráfico se puede apreciar que del total de cuidadores que señala salud grave que suman 40%, el mayor porcentaje 33% dedican su atención a adultos mayores con grado de dependencia máxima, seguido de un 6% con grado de dependencia media y 1% adultos mayores independiente.

Del total que señala buena salud que suman 27%, el mayor porcentaje 18% dedican su atención a adultos con grado de dependencia máxima.

Del total que señala salud leve que suman 19%, el mayor porcentaje 9% dedican su atención a adultos con grado de dependencia máxima.

Del total que señala salud moderada que suman 14%, el mayor porcentaje 13% dedican su atención a adultos con grado de dependencia máxima.

El coeficiente de contingencia mostró que existe relación estadísticamente significativa entre grado de dependencia del paciente (LAWTON) y sobrecarga del cuidador ($p < 0.05$)



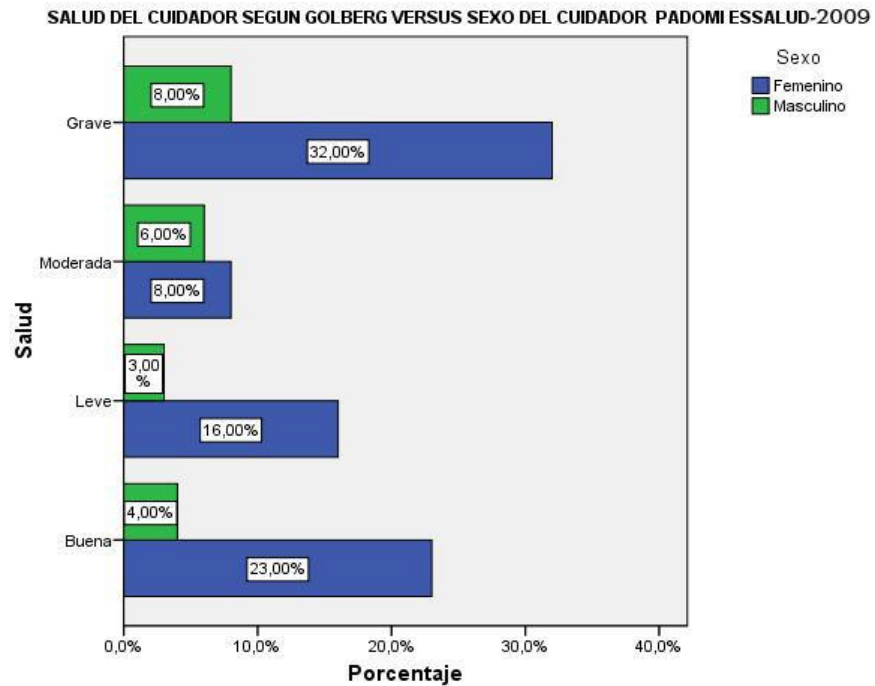
CC = 0.136 gl=2 p=0.389

Grafico 16.- Sobrecarga del Cuidador según ZARIT vs el Sexo del cuidador

En el presente gráfico del total de cuidadores del sexo femenino que suman 79% el mayor porcentaje 53% presentan sobrecarga intensa, seguido de un 15% sobrecarga débil y 11% no presenta sobrecarga.

Del total de cuidadores del sexo masculino que suman 21% el mayor porcentaje 14% presentan sobrecarga intensa, seguido de un 6% sobrecarga débil y 1% no presenta sobrecarga.

El coeficiente de contingencia mostró que no existe relación estadísticamente significativa entre sexo y sobrecarga del cuidador (ZARIT) ($p > 0.05$)



CC = 0.218 gl=3 p=0.173

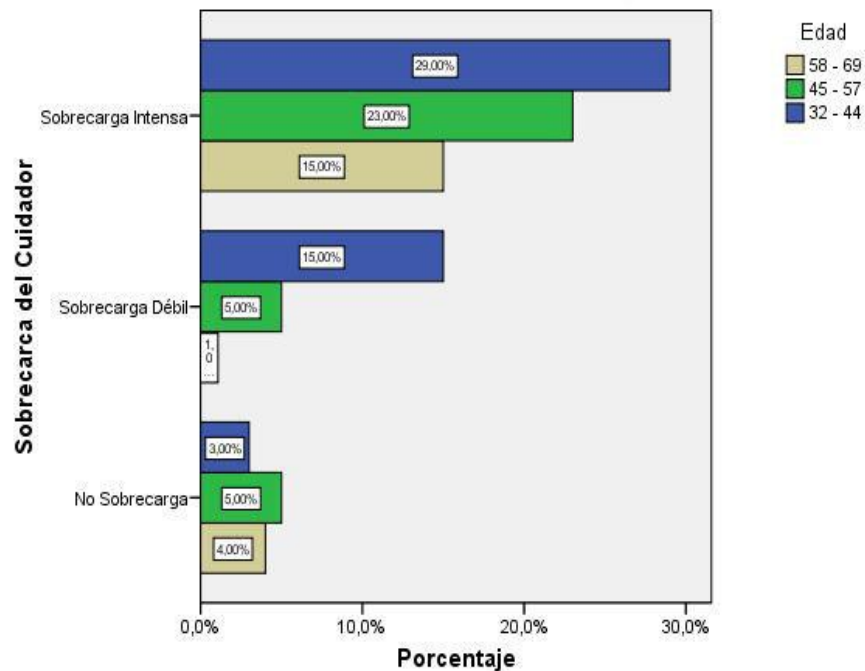
Grafico 17.- Salud del Cuidador según GOLDBERG vs el Sexo del cuidador

En el presente gráfico del total de cuidadores del sexo femenino que suman 79% el mayor porcentaje 32% presentan salud grave, seguido de un 23% con buena salud, 16% salud leve y 8% salud moderada.

Del total de cuidadores del sexo masculino que suman 21% el mayor porcentaje 8% presentan salud grave, seguido de un 6% salud moderada, 4 % buena salud y 3% salud leve

El coeficiente de contingencia mostró que no existe relación estadísticamente significativa entre sexo y salud del cuidador (GOLBERG) ($p > 0.05$)

SOBRECARGA DEL CUIDADOR SEGUN ZARIT VERSUS EDAD DEL CUIDADOR PADOMI ESSALUD -2009

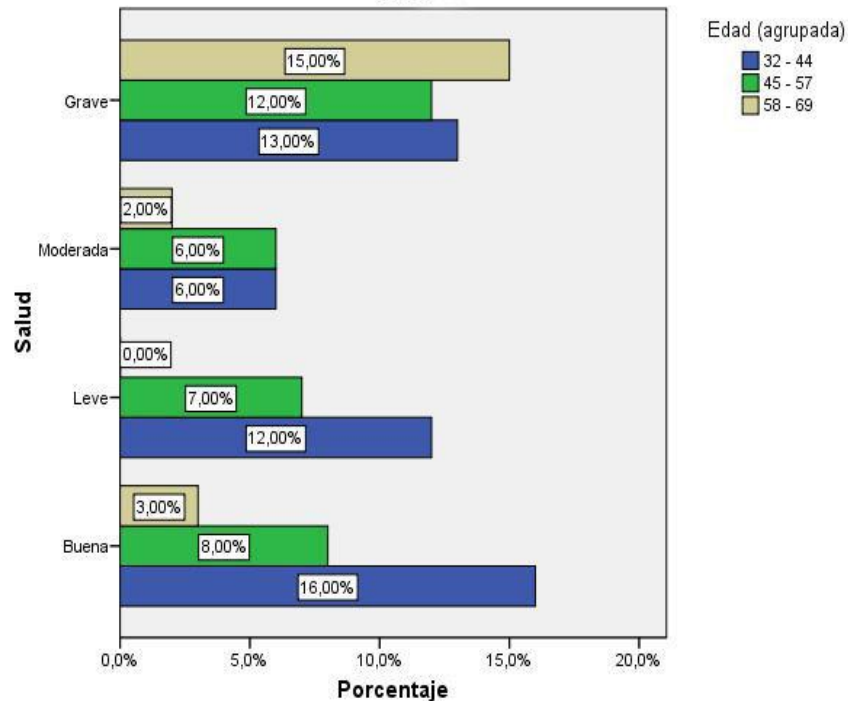


CC = 0.282 gl=4 p=0.071

Grafico 18.- Sobrecarga del cuidador según ZARIT vs la edad del cuidador

En el presente gráfico del total de cuidadores cuyas edades oscilan entre 32 – 44(47%), el mayor porcentaje 29% presentan sobrecarga intensa, seguido de un 15% sobrecarga débil y 03% no presenta sobrecarga. Del total de cuidadores cuyas edades oscilan entre 45- 57(33%) el mayor porcentaje 23% presentan sobrecarga intensa, seguido de un 5% sobrecarga débil y 5% no presenta sobrecarga. Del total de cuidadores cuyas edades oscilan entre 58- 69(20%) el mayor porcentaje 15% presentan sobrecarga intensa, seguido de un 4% sobrecarga débil y 1% no presenta sobrecarga. El coeficiente de contingencia mostró que no existe relación estadísticamente significativa entre edad y sobrecarga del cuidador (ZARIT) ($p>0.05$)

SALUD DEL CUIDADOR SEGUN GOLBERG VERSUS EDAD DEL CUIDADOR PADOMI ESSALUD-2009



CC = 0.368 gl=6 p=0.016

Grafico 19.- Salud del cuidador según GOLDBERG vs la edad del cuidador

En el presente gráfico del total de cuidadores cuyas edades oscilan entre 32 – 44(41%), el mayor porcentaje 16% presentan buena salud, seguido de un 13% con salud grave, 12% con salud leve y 6% con salud moderada.

Del total de cuidadores cuyas edades oscilan entre 45- 57(33%) el mayor porcentaje 12% presentan salud grave, seguido de un 8% con buena salud, 7% salud leve y 6% con salud moderada.

Del total de cuidadores cuyas edades oscilan entre 58- 69(20%) el mayor porcentaje 15% presentan salud grave, seguido de un 3% buena salud y 2% con salud moderada.

El coeficiente de contingencia mostró que existe relación estadísticamente significativa entre edad y salud del cuidador (GOLBERG) ($p < 0.05$)

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Con el objetivo de analizar cuáles son los factores que repercuten en la salud del cuidador informal del adulto mayor dependiente del servicio de PADOMI - Iquitos -Red Loreto -EsSalud, se usó el método no experimental, descriptivo. Se aplicó 05 instrumentos (cuestionario de datos demográficos, escala de sobrecarga del cuidador (Zarit), escala de salud general de Goldberg (GHQ.12), índice de Barthel y el índice de Lawtom). Al realizar el análisis univariado se encontró lo siguiente:

La edad promedia de los cuidadores informales es 44.14 años de edad. El mayor porcentaje 79% de encuestados son del sexo femenino, 46% de encuestados son con educación secundaria el 58% son estado civil casado, el 58% son amas de casa. El 62% de los cuidadores dedican su tiempo al cuidado del adulto mayor de 13 a más horas y el 80% se encuentran cuidado al adulto más de un año.

En cuanto a la relación existente entre el cuidador informal y el adulto mayor, el mayor porcentaje 66% están comprendidos entre esposos e hijos.-Los efectos negativos manifestados por el cuidador: resalta en 60% sufrir por el enfermo; el 39% manifiesta poco tiempo para dedicarse a ellos, siendo un 30% problemas económicos. Entre las razones que los encuestados manifiestan para hacerse cargo de adulto el 62% dicen por ser familiar más próximo, el 37% manifiestan no pueden pagar cuidador, siendo un 22% que es un deber moral.

De acuerdo a la escala de GOLDBERG (GHQ), el 73% de los encuestados manifiesta tener algún grado de deterioro de su salud predominando deterioro grave 40%.De acuerdo a la escala de ZARIT, el 88% de los cuidadores presenta sobrecarga predominando sobrecarga intensa con 67%. El perfil del adulto mayor es el siguiente: edad promedia 83.72 años, mayor porcentaje 52% son del sexo masculino y 53% son casados.-Entre las enfermedades con mayor porcentaje

está la HTA con 59%, lo que demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia del paciente (Barthel) y sobrecarga del cuidador según ZARIT ($p<0.05$).

De acuerdo a la escala de Barthel el 100% de los adultos mayores , tiene algún grado de dependencia, siendo el mayor porcentaje 34% dependencia leve, lo que demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia del paciente (Barthel) y sobrecarga del cuidador según ZARIT ($p<0.05$).- De acuerdo a la escala de Lawton el 92% de los adultos mayores, tiene algún grado de dependencia, siendo el mayor porcentaje 73% dependencia máxima, lo que demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia del paciente (Lawton) y sobrecarga del cuidador según ZARIT ($p<0.05$); asimismo existe relación estadísticamente positiva entre grado de dependencia del paciente según (Lawton) y sobrecarga del cuidador según Goldberg ($p<0.05$). De las características individuales que mostraron relación estadísticamente significativa con la salud del cuidador es la edad valorada en la escala de Goldberg ($p<0.05$)

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Con el presente trabajo de investigación se propone que con los resultados obtenidos se puedan diseñar estrategias y metodologías que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los cuidadores informales del programa PADOMI de EsSalud, darle una mejor orientación sobre el cuidado del adulto mayor de tal manera que ambas personas se interrelacionen y puedan tener un mejor entendimiento y acercamiento en beneficio de la mejora de este servicio, también es de importancia que la familia del adulto mayor tome conciencia sobre la importancia de la labor que desempeñan estas personas dentro del programa PADOMI-EsSalud en beneficio de sus familiares.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

El análisis de los datos de presente estudio nos permite llegar a las siguientes conclusiones según el objetivo y resultados obtenidos:

1. La edad promedio de los cuidadores informales es 44.14 años de edad. El mayor porcentaje 79% de encuestados son del sexo femenino, 46% de encuestados son con educación secundaria el 58% son de estado civil casado y el 58% son amas de casa.
2. El 62% de los cuidadores dedican su tiempo al cuidado del adulto mayor de 13 a más horas, el 80% se encuentran cuidando al adulto por más de un año. En cuanto a la relación existente entre el cuidador informal y el adulto mayor, el mayor porcentaje 66% están comprendidos entre esposos e hijos. Los efectos negativos manifestados por el cuidador: resalta el 60% sufrir por el enfermo; el 39% manifiesta poco tiempo para dedicarse a ellos, siendo un 30% que opinan que el efecto negativo son los problemas económicos. Entre las razones que los encuestados manifiestan para hacerse cargo del adulto el 62% manifiestan por ser familiar más próximo, el 37% manifiesta no poder pagar cuidador, siendo un 22% que es un deber moral.
3. De acuerdo a la escala de GOLDBERG (GHQ), el 73% de los encuestados manifiesta tener algún grado de deterioro de su salud predominando deterioro grave 40%. De acuerdo a la escala de ZARIT, el 88% de los cuidadores presentan sobrecarga predominando sobrecarga intensa con 67%. La edad promedio del adulto mayor es 83.72 años (52% son del sexo masculino y 53% son casados). De acuerdo a la escala de Barthel el 100% de los adultos mayores, tiene algún grado de dependencia, siendo el mayor porcentaje 34% dependencia leve, lo que demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia del paciente

(Barthel) y sobrecarga del cuidador según ZARIT ($p < 0.05$). De acuerdo a la escala de Lawton el 92% de los adultos mayores tiene algún grado de dependencia, siendo el mayor porcentaje 73% dependencia máxima, lo que demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia del paciente (Lawton) y sobrecarga del cuidador según ZARIT ($p < 0.05$); asimismo existe relación estadísticamente positiva entre el grado de dependencia del paciente según (Lawton) y sobrecarga del cuidador según Goldberg ($p < 0.05$).

4. Entre las enfermedades con mayor porcentaje en el adulto mayor está al HTA con 59%, lo que demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia del paciente (Barthel) y sobrecarga del cuidador según ZARIT ($p < 0.05$). De las características individuales que mostraron relación estadísticamente significativa con la salud del cuidador es la edad valorada en la escala de Goldberg ($p < 0.05$).

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

Siendo evidente que la mayoría de los cuidadores son familiares, del sexo femenino que presentan deterioro de su salud y siendo a mayor edad mayor deterioro de la salud del cuidador (a) del adulto mayor del programa PADOMI-EsSalud-2009, se asume las siguientes recomendaciones:

1. Realizar estudios con metodología cualitativa que ayude a profundizar la variable en estudio. Como también desarrollar trabajos de investigación que correlacionen la satisfacción con la vida del cuidador informal.
2. Realizar estudios comparativos entre la población asegurada y no asegurada ampliando el tamaño de la muestra para tener una información más exacta de la población beneficiada por programa, diseñar estudios que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los cuidadores familiares informales.
3. Capacitar al personal de enfermería para la educación al cuidador informal sobre la atención al adulto mayor y la educación en relación a la promoción y prevención de la salud del cuidador de EsSalud. Sensibilizar a toda la familia sobre la importancia de colaborar en el cuidado del adulto mayor de EsSalud y realizar control médico preventivo al cuidador informal de EsSalud permanentemente.

CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SALUD MUNDIAL 1994 N° 4 . La asistencia sanitaria vuelve al hogar . N° 4 Julio-Agosto pp, 16 -18.
2. MARÌA IZAL F; IGNACIO MONTORIO C.(1997).Cuando las personas mayores necesitan ayuda . Guía para cuidadores y familia volumen 1 : Cuidarse y Cuidar Mejor. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO),España. P: 7, 9,17-23
3. Perfil del Adulto Mayor en Chile.(2004) Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud.
4. Plan de Atención a las Personas Adultas Mayores Perú . 2002-2006. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.
5. SALUD MUNDIAL 1994 N° 4 . La asistencia sanitaria vuelve al hogar . N° 4 Julio-Agosto pp, 15.
6. PERFIL DEL ADULTO MAYOR PERÙ – INTRA II 2004.Desarrollando respuestas integrados de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento. Pp, 109, 111,116-117.
7. I CURSO NACIONAL DE ENFERMERÌA EN ATENCIÒN DOMICILIARIA. Sub Gerencia De PADOMI Dirección De PADOMI Lima. Coordinación de Enfermería. Agosto 2005.
8. GOMEZ MONTES, JOSE FERNANDEZ.(2000). Unidad de Manejo y Evaluación del Adulto Mayor. Valoración integral de la salud del anciano. Bogota-Colombia.
P: 12
9. Manual del cuidador AAWS. Departamento de Servicios Sociales y Salud del Estado de Washington.
10. De la Gándara Ji. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20 (7): 389-94.
11. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Innes P, Grayson D. Detecting Anxiety and Depression in General Medical Seftings. Br Medí 1988.97: 897

ANEXOS

- ANEXO#1: Cuestionario de preguntas de datos sociodemográficos del adulto mayor dependiente de PADOMI y del cuidador informal
- ANEXO#2: Instrumento de medición de la escala de ZARIT
- ANEXO#3: Instrumento de medición de GOLDBERG (GHQ-12)
- ANEXO#4: Instrumento de medición del INDICE DE BARTHEL
- ANEXO#5: Instrumento de medición del INDICE DE LAWTON

ANEXO 01: Cuestionario de preguntas de datos sociodemográficos del adulto mayor dependiente de PADOMI y del cuidador informal

<p>UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA FACULTAD DE ENFERMERIA SECCION DE POST GRADO ESPECIALIZACION EN GERONTOLOGIA Y GERIATRIA FICHA DE OBSERVACION “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL DEL ADULTOMAYOR PADOMI ESSALUD -2009”</p>	
INSTRUCCIONES	
<p>Señora investigadora. El presente instrumento tiene por finalidad determinar los factores más frecuentes que influyen en la relación de la familia, cuidador y paciente.</p> <p>Favor revisar el instrumento antes de ser aplicado.</p> <p>Muchas gracias</p>	
<p><u>Datos generales del entrevistad</u></p> <p>Edad y sexo (M o F) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><u>Grado de instrucción</u></p> <p>Sin estudio <input type="checkbox"/></p> <p>Primaria <input type="checkbox"/></p> <p>Secundaria <input type="checkbox"/></p> <p>Superior <input type="checkbox"/></p> <p><u>Estado civil</u></p> <p>Casado <input type="checkbox"/></p> <p>Soltero, divorciado, separado <input type="checkbox"/></p> <p>Unión estable <input type="checkbox"/></p> <p>Viuda <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Datos relacionados con la atención al adulto</u></p> <p><u>Situación ocupacional del cuidador</u></p> <p>Trabajadora estable <input type="checkbox"/></p> <p>Trabajadora independiente <input type="checkbox"/></p> <p>Ama de casa <input type="checkbox"/></p> <p>Jubilado (a) <input type="checkbox"/></p> <p><u>Comparten vivienda</u></p> <p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>

Datos relacionados con la atención al adulto	
<p><u>Tiempo que dedica al cuidado(horas)</u></p> <p>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></p> <p>De 4 a 6 horas <input type="checkbox"/></p> <p>De 7 a 12 horas <input type="checkbox"/></p> <p>De 13 a 24 horas <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Tipo de relación</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Familiar</u></p> <p>Esposa/o <input type="checkbox"/> Hija/o <input type="checkbox"/></p> <p>Nieto/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/></p> <p>Sobrino/a <input type="checkbox"/> Cuñado/a <input type="checkbox"/></p> <p>Nuera/yerno <input type="checkbox"/></p> <p><u>No familiar</u> <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Tipo de cuidador</u></p> <p>Principal <input type="checkbox"/></p> <p>Contratado <input type="checkbox"/></p> <p>Rotativo <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Tiempo que lleva cuidando a esta persona(meses)</u></p> <p>De 1 a 2 meses <input type="checkbox"/></p> <p>De 3 a 6 meses <input type="checkbox"/></p> <p>De 7 a 12 meses <input type="checkbox"/></p> <p>De 13 a mas <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Efectos negativos desde que empezó a cuidar al enfermo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ He tenido que mudarme de casa o traer al enfermo a la mía ▪ He tenido que abandonar mi empleo total o parcialmente ▪ Tengo muy poco tiempo para mí mismo ▪ Estoy cansado/a con molestias o dolores ▪ Estoy deprimido/a ▪ Duermo poco por insomnio o falta de tiempo ▪ He tenido problemas con otros familiares (esposo, hijos etc.) ▪ Tengo problemas económicos ▪ He perdido independencia ▪ Tengo miedo por el futuro ▪ Sufro por el sufrimiento del propio enfermo 	<p><u>Razón del cuidado del enfermo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soy su familia más próxima ▪ Los demás no quieren ▪ Soy quien vive más cerca ▪ Me ofrecí voluntariamente ▪ Creo que es mi deber moral ▪ No hay otra solución ▪ El adulto no consiente otra solución ▪ No podemos pagar un cuidador

<u>Datos generales del adulto mayor</u>	<u>Diagnóstico</u>
Edad y sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	1. HTA <input type="checkbox"/>
<u>ESTADO CIVIL</u>	2. Diabetes <input type="checkbox"/>
CASADO <input type="checkbox"/>	3. Artrosis <input type="checkbox"/>
SOLTERO, DIVORCIADO, SEPARADO <input type="checkbox"/>	4. Dislipidemias. <input type="checkbox"/>
UNIÓN ESTABLE <input type="checkbox"/>	5. Fractura de cadera. <input type="checkbox"/>
VIUDA <input type="checkbox"/>	6. Alzheimer <input type="checkbox"/>
	7. OTROS..... <input type="checkbox"/>

ANEXO 02: Instrumento de medición de la escala de ZARIT

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Introducciones: A continuación se presenta una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otras personas. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera escogiendo entre no existen respuestas correctas e incorrectas

Con qué frecuencia (rodee con un círculo la opción elegida)

1. ¿Siente usted que su familia /paciente solicita más ayuda de lo que realmente necesita

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta en su familia/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

3. ¿Se siente estresado(a) al tener que cuidar a su familia /paciente y tener además que atender otras responsabilidades?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

4. ¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familia/paciente?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

5. ¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familia /paciente ?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación de amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia /paciente ?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

8.¿Siente que su familia/paciente dependen de usted?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

1. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familia /paciente ?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familia/paciente? ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familia /paciente ?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces

- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familia /paciente ?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

12. ¿Cree que sus relaciones sociales se ha visto afectada por tener que cuidar a su familia /paciente ?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

13. -Casi siempre ¿Se siente incómodo (o) para invitar amigos a casa, a causa de su familia /paciente?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

14. ¿Cree que su familia/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

15. ¿Se usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familia /paciente, además de sus otros gastos ?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familia /paciente durante mucho más tiempo?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familia /paciente se manifestó?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familia/paciente a otra persona?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

19. ¿Se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familia /paciente ?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hacer por su familia/paciente?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente
- 5-Casi siempre

21. ¿Cree que podría cuidar de su familia /paciente mejor de lo que lo hace?

- 1-Nunca
- 2-Casi nunca
- 3-A veces
- 4-Frecuentemente

5-Casi siempre

22. En general ¿Se siente muy sobrecargada(o al tener que cuidar de su familia/paciente?

1-Nunca

2-Casi nunca

3-A veces

4-Frecuentemente

5-Casi siempre

ANEXO 03: Instrumento de medición de GOLDBERG (GHQ-12)

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-12)

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene un problema médico y como a estado su salud, en general, durante las últimas semanas por favor conteste todas las preguntas subrayando simplemente las respuestas sobre los problemas recientes y lo que tiene ahora, no lo que tuvo en el pasado

Es muy importante que intente contestar TODAS las preguntas

Muchas gracias por su colaboración

1-¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía ?

- 1- Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

2-¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- 1-Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

3-¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- 1-Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

4-¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- 1-Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

5-¿ Se ha notado constantemente agobiado y en tensión

- 1-Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

6-¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?

- 1-Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

7-¿Ha sentido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- 1-Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

8-¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

- 1-Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

9-¿ Se ha sentido poco feliz o deprimido ?

- 1-Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

10-¿ Ha perdido la confianza en si mismo?

- 1-Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

11-¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada ?

- 1-Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

12-¿ se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias ?

- 1-Buena
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

ANEXO 04: Instrumento de medición del INDICE DE BARTHEL

INDICE DE BARTHEL

PACIENTE.....EDAD.....SEXO.....M F

Anotar con la ayuda del cuidador, cual es la situación personal del paciente ,
respecto a estas 10 preguntas de actividad básica de la vida diaria
Muchas gracias por su colaboración

1 COMER

- Totalmente independiente 10
- Necesita ayuda 5
- Dependiente 0

2 LAVARSE

- Entra y sale sola del baño 5
- Dependiente 0

3 VESTIRSE

- Capaz de ponerse y sacarse la ropa 10
- Necesita ayuda 5
- Dependiente 0

4 ARREGLARSE

- Independiente (lavarse la cara, manos, piernas, afeitarse, maquillarse) 5
- Dependiente 0

5 DEPOSICIONES

- Continencia normal 10
- Algunos episodios de incontinencia 5
- Incontinencia 0

6 MICCIÓN

- Continencia normal o es capaz de cuidarse de la sonda 10
- Episodios de incontinencia en 24 horas necesita ayuda para cuidar la sonda 5
- Incontinencia 0

7 USAR EL RETRETE

- Independiente para ir al WC, quitarse y `ponerse la ropa 10
- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia sola 5
- Dependiente 0

8 TRASLADARSE

- Independiente para ir del sillón a la cama 15
- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo 10
- Necesita gran ayuda 5
- Dependiente 0

9 DEAMBULAR

- Independiente, camina 50 metros 15
- Necesita ayuda para caminar 50 metros 10
- Independiente en silla de ruedas sin ayuda 5
- Dependiente 0

10 ESCALONES

- Independiente para bajar y subir escaleras 10
- Necesita ayuda física o supervivencia para hacerlo 5
- Dependiente 0

ANEXO#5: Instrumento de medición del INDICE DE LAW TOM

INDICE DE LAW TOM

Anotar con la ayuda del cuidador, cual es la situación personal del paciente , respecto a estas 08 preguntas de actividad instrumentales de la vida diaria

1 USO DE TELEFONO

- Puede usar el teléfono sin ayuda 1
- Puede marcar algunos números familiares 1
- Contesta pero no marca 1
- incapaz de usar el teléfono 0

2 REALIZA COMPRAS

- Realiza todas las compras sola 1
- Realiza pequeñas compras sola 0
- Necesita compañía para comprar 0
- incapaz de comprar 0

3 PREPARACIÓN DE LA COMIDA

- Org .,pre. Y sir. La comida adecuadamente 1
- Prepara la comida si se les proporciona los ingredientes 0
- Prepara, caliente y sirve pero no sigue una dieta adecuada 0
- Necesitan que le preparen y sirvan la comida 0

4 CUIDADO DE LA CASA

- Limpia la casa sola 1
- Realiza tareas ligeras 1
- Realiza tareas ligeras pero no puede mantener un adecuada limpieza 1
- Necesita ayuda en toda la labor de la casa 1
- No participa en ninguna labor de la casa 0

5 LAVADO DE LA ROPA

- Lava por si sola toda su ropa 1
- Lava por si solo pequeñas prendas 1
- No lavan 0

6 USO DE MEDIOS DE TRASPORTE

- Puede viajar sola 1
- puede viajar en taxi pero no en otro medio 1
- Puede hacerlo con ayuda 0
- Incapaz de viajar 0

7 RESPONSABILIDAD CON SU MEDICACIÓN

- Capaz de tomar la dosis y hora correcta 1
- Toma si lo indican la dosis 0

- No es capaz de administrarse 0

8 MANEJA LA ECONOMÍA

- Se encarga sola de su economía 1

-Necesita ayuda para las compras grandes 1

-Incapaz de manejar dinero 0