



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga
del cuidador primario en un programa familiar de un
hospital público, Cercado de Lima, 2018**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Almeyda Ramos, Virginia Victoria

ASESORA:

Mgr. Ruiz Quilcat, Cristina

SECCIÓN:

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:


Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo de la Salud

PERÚ – 2018

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (a) Br. Virginia Victoria Almeyda Ramos, cuyo título es: "Dependencia Funcional del Adulto Mayor y Sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un Hospital Público, Cercado de Lima 2018".

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 15 quince.

Lima, San Juan de Lurigancho 18 de enero del 2019

P.I.P. 
Dr. José Luis Valdez Asto
PRESIDENTE


Mgtr. Noemí Julca Vera
SECRETARIO

P.I.P. 
Mgtr. Cristina Lizbet Ruiz Quilcat
VOCAL

 Elaboró	 Dirección de Investigación	Revisó	 Responsable del SGC	 Aprobó	 Vicerrectorado de Investigación
--	---	--------	--	--	--

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi familia a mi hijo por brindarme su apoyo incondicional y poder lograr así mis metas y objetivos.

Agradecimiento

En primera instancia agradezco a Dios y a mi asesora Mg. Cristina Ruiz Quilcat, por su sabiduría y aportaciones brindadas en todo momento para que este trabajo de investigación pueda culminar con éxito, ya que no ha sido fácil el proceso de desarrollo, logrando así obtener el título de magister.

Declaración de autoría

Yo, Br. Virginia Victoria Almeyda Ramos con DNI N° 21846521, estudiante de la Escuela profesional de Posgrado, de la Universidad César Vallejo, sede/filial Lima Este; declaro que el trabajo académico titulado "Dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018", presentado en 100 folios para la obtención del grado académico profesional de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo estipulado por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Lima, 15 de enero de 2019

..... Virginia Victoria Almeyda Ramos
Virginia Victoria Almeyda Ramos
DNI: 21846521

Presentación

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejos presento ante ustedes la Tesis titulada “Dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018”, en cumplimiento con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo para optar el grado académico de maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

La tesis se ha distribuido en siete capítulos, bajo el esquema de investigación recomendado por la universidad.

La presente tesis consta de VII capítulos, estructurado bajo el esquema de investigación sugerido por la universidad. El capítulo I, expone la introducción incluyendo los antecedentes, fundamentación teórica, justificación de la investigación, formulación de problemas, objetivos e hipótesis. En el capítulo II, presenta el Marco metodológico conteniendo la operacionalización y definición metodológica, en el capítulo III, expone la parte de Resultados, en el capítulo IV, muestra la discusión de los resultados. En el capítulo V, precisa las Conclusiones de la investigación, El capítulo VI, aborda las Recomendaciones y en el capítulo VII, abarca las Referencias Bibliográficas culminando con los anexos.

Señores miembros del jurado espero que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

Índice

Página de Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autoría	v
Presentación	vi
Índice.....	vii
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Realidad problemática.....	13
1.2. Trabajos previos	16
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	20
1.4. Formulación del problema.....	39
1.5. Justificación del estudio	40
1.6. Hipótesis	41
1.7. Objetivos.....	43
II. MÉTODO	45
2.1. Diseño de investigación	47
2.2. Variables, operacionalización.....	48
2.3. Población y muestra.....	50
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	52
2.5. Aspectos éticos.....	54
III. RESULTADOS	55
IV. DISCUSIÓN.....	94
V. CONCLUSIONES	99
VI. RECOMENDACIONES.....	102
VII. REFERENCIAS.....	104
ANEXOS.....	111

Lista de tablas

	Página
Tabla 1	Operacionalización de la variable dependencia funcional 49
Tabla 2	Operacionalización de la variable sobrecarga del cuidador primario 50
Tabla 3	Alfa de Cronbach de la variable dependencia funcional del adulto mayor 52
Tabla 4	Baremos de la variable dependencia funcional 52
Tabla 5	Alfa de Cronbach de la variable sobrecarga del cuidador primario 53
Tabla 6	Escalas y baremos de la variable sobrecarga del (CP) en adultos mayores 53
Tabla 7	Descripción de la variable sexo y edad de los pacientes 56
Tabla 8	Descripción de la variable sexo y edad de los cuidadores 56
Tabla 9	Niveles de la variable dependencia funcional 57
Tabla 10	Niveles de la dimensión comer 58
Tabla 11	Niveles de la dimensión trasladarse de la silla a cama 59
Tabla 12	Niveles de la dimensión aseo personal 60
Tabla 13	Niveles de la dimensión uso de retrete 61
Tabla 14	Niveles de la dimensión bañarse 62
Tabla 15	Niveles de la dimensión desplazarse 63
Tabla 16	Niveles de la dimensión subir y bajar escalera 64
Tabla 17	Niveles de la dimensión vestirse y desvestirse 65
Tabla 18	Niveles de la dimensión control de heces 66
Tabla 19	Niveles de la dimensión control de orina 67
Tabla 20	Niveles de la variable impacto del cuidado 68
Tabla 21	Niveles de la dimensión relaciones interpersonales 69
Tabla 22	Niveles de la dimensión expectativas de la autoeficacia 70
Tabla 23	Contrastación de hipótesis tabla cruzada dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018. 71
Tabla 23	Contrastación de hipótesis de comparación tabla cruzada el comer del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018. 72

Lista de figuras

		Página
Figura 1	Esquema de diseño descriptivo	47
Figura 2	Niveles de la variable dependencia funcional	57
Figura 3	Niveles de la dimensión comer	58
Figura 4	Niveles de la dimensión trasladarse de la silla a cama	59
Figura 5	Niveles de la dimensión aseo personal	60
Figura 6	Niveles de la dimensión uso de retrete	61
Figura 7	Niveles de la dimensión bañarse	62
Figura 8	Niveles de la dimensión desplazarse	63
Figura 9	Niveles de la dimensión subir y bajar escalera	64
Figura 10	Niveles de la dimensión vestirse y desvestirse	65
Figura 11	Niveles de la dimensión control de heces	66
Figura 12	Niveles de la dimensión control de orina	67
Figura 13	Niveles de la variable impacto del cuidado	68
Figura 14	Niveles de la dimensión relaciones interpersonales	69
Figura 15	Niveles de la dimensión expectativas de la autoeficacia	70

Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar la relación que existe entre la dependencia y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018. La investigación fue de tipo básica, de diseño no experimental, transversal de nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 80 cuidadores de los pacientes de un hospital público, Cercado de Lima. La técnica utilizada para la recolección de información fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, la confiabilidad se constató con el alfa de Cronbach 0,950 para la variable dependencia funcional y 0,801 para la variable sobrecarga.

Los resultados de la investigación demostraron que existe correlación entre la dependencia funcional y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.688 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Por lo tanto existe una relación moderada correlación entre las variables. Esto debido a que el 66.3% de los encuestados presenta nivel de dependencia moderada, y 61.3% presenta sobrecarga leve

Palabras clave: Dependencia funcional, sobrecarga del cuidador primario, pacientes.

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between dependence and overload of the primary caregiver in a family program of a public hospital, Cercado de Lima, 2018. The research was basic, non-experimental design, cross-level descriptive. The sample consisted of 80 caregivers of patients from a public hospital, Cercado de Lima. The technique used for the collection of information was the survey and the instrument was the questionnaire, the reliability was verified with the Cronbach alpha 0.950 for the functional dependence variable and 0.801 for the variable overload.

The results of the investigation showed that there is a correlation between functional dependence and overload of the primary caregiver in a family program of a public hospital, Cercado de Lima, 2018; due to Spearman's $Rho = 0.688$ and $p = 0.000$ ($p < 0.05$). Therefore, there is a moderate correlation between the variables. This is because 66.3% of respondents have a moderate level of dependence, and 61.3% have mild overload

Key words: Functional dependence, overload of the primary caregiver, patients.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La presente investigación se refiere a la dependencia funcional del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario. En la actualidad se observa un acelerado proceso de envejecimiento poblacional caracterizado por el incremento de la esperanza de vida ya que con el paso de los años la capacidad física se ve deteriorada; ocasionado así la reducción de las actividades que estimulan la participación del componente musculo esquelético produciéndose la pérdida considerable del equilibrio y la marcha originando que se propicien la dependencia al no poder realizar sus actividades cotidianas.

Según la organización de las Naciones Unidas (ONU) el grupo poblacional de adultos mayores a nivel mundial se duplicará entre el 2000 y 2025, siendo más notables en los países en desarrollo. Mientras que la Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2050 la proporción del adulto mayor (AM) se duplicará del 11% al 22%.

La importancia de estudiar al adulto mayor es por el gran incremento poblacional de este grupo; lo que sitúan en una posición de desventaja ya que no cuentan con una definición de roles y algunas veces son excluidos de las decisiones que tienen que ver con su autonomía y su cuidado

El adulto mayor pierde capacidades en un orden inverso a lo que ocurre en los niños que ganan capacidades a partir del primer año de vida, estos cambios pueden afectar a las áreas de la movilidad, el conocimiento y las necesidades del cuidado personal ya que al declinarse estas capacidades físicas las personas dejan de participar en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) esto hace que aumente más el riesgo de padecer dependencia provocan una sensación de aislamiento por ende es necesario que debe haber otra persona que intervenga directamente en su cuidado de estas personas por lo anterior, el propósito del presente estudio fue determinar la relación que existe entre la dependencia funcional del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018. Acerca de las actividades de la vida diaria porque envejecer no causa incapacidad y dependencia por si solo existen algunas personas que se mantienen autónomas hasta el final de su vida, otras envejecen con discapacidad como consecuencias de sus enfermedades como la demencia. Enfermedad cerebro vascular enfermedades degenerativas. Como profesional de enfermería no solo debemos centrarnos el adulto mayor sino también en su cuidador.

La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2050 la proporción del adulto mayor (AM) se duplicará del 11% al 22%; Dado así que los mayores de 80 años registran un acelerado crecimiento, Por otro lado, las naciones desarrolladas consideran que el porcentaje de la población va en aumento de un 15 a 20%, mientras que en nuestro país para el año 2025 se espera un incremento del 7% al 12%. Varela (2000).

Según la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2015 los habitantes de la tercera edad (adultos mayores de 60) en nuestro país ascendió a 3 millones 11 mil 50 habitantes las cuales equivalen al 9,7% de todos los habitantes. Actualmente según informe técnico (INEI 2017) de c/100 hab. 27 eran considerados menores de 15 años, lo que indica que el proceso envejecimiento durante los años 1950 al 2017 se incrementó del 5.7% al 10.1% evidenciándose cambio con respecto a la edad y sexo.

La senescencia es un proceso propio, progresivo, dinámico e irreversible, debido a cambios y transformaciones producto por factores intrínsecos (genéticos) y extrínsecos (ambientales) durante su ciclo de vida ocasionando pérdida del deterioro funcional y por ende la incapacidad, considerado así por el entorno en que habitan. Por esta razón las personas de la tercera edad dependen especialmente de un cuidador primario (CP) siendo los mayores de 65 años que representan un 50%, Por este motivo es fundamental el soporte del familiar para satisfacer actividades básicas de la vida diaria (ABVD) manifestando cambios morfológicos, fisiológicos y el deterioro de la productividad laboral. Rodríguez (2013).

Durante muchos siglos los adultos mayores ocupaban una minoría en la población en la actualidad es diferente ya que el 25% son adultos postrados con dependencia severa por lo que se plantea que atrás de los adultos mayores existen generalmente personas que ayudan con las necesidades básicas en sus cuidados, generando consecuente sobrecarga del cuidador pues de 10 cuidadores seis presentaban sobrecarga intensa, 23,9% presentan sobrecarga ligera y sólo el 16,4% no presentaban sobrecarga. Alonso (2013).

Asimismo, Barthel habla sobre incapacidad funcional relacionada con las actividades de la vida diaria, a causa de limitaciones severas de las personas para realizar determinadas actividades de modo que se necesita ayuda tanto personal como técnica para

poder interactuar en el medio ambiente, por lo tanto, las relaciones de discapacidades y dependencias constituyen situaciones complejas de la salud. Solís (2010).

La Organización Mundial de la Salud define al cuidador como la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y cubrir las necesidades básicas del mismo ya sea de manera directa e indirecta. OMS (1999).

Cabe mencionar que los cuidadores se encargan de la atención integral del adulto mayor sin recibir retribución económica, se consideran cuidadores principales según el grado de responsabilidades tales como las personas que asisten o cuidan a otras afectadas de distintos tipos de discapacidades, minusvalías e incapacidades que estas dificulten o impidan sus desarrollos normales de sus actividades básica. López (2018).

Por otro lado el estado de salud se ve perjudicado en los cuidadores ya que su bienestar repercute frente a estas responsabilidades, por lo tanto necesitan ser evaluado y diagnosticado, así como recibir intervenciones inmediatas, para evidenciar el Síndrome del Cuidador, que se siente agobiado por la exigencia de cuidar, presentando ansiedad y depresión, ya que tienen trato con pacientes que presentan cambios de conductas errantes, asimismo la enfermedad es de naturalezas impredecibles y va avanzando cada vez más por periodos. Flores (2018).

En Latinoamérica se efectuó una investigación nivel de sobrecarga de los cuidadores y factores que se relacionan entre sí, obtuvieron que el 84% eran mujeres de 60 años de edad, de los cuales el (72,5%) son cónyuge e hijas, el (12.5%) son hermanos y el (75%) son cuidadores que atienden más de 4 horas al paciente. Mey Ling (2014).

Es salud implementó un programa de capacitación llamado Estrategia Familiar Acompañante – Cuidador Primario (Es salud, 2015), en el año 2008, dando la iniciativa como centro piloto en el año 2009, en el Hospital San Isidro Labrador hasta el año 2015, en que se beneficiaron los familiares de más de 18 mil pacientes (80%).

Este programa consiste en, entrenar a los familiares o responsable del cuidado, de los usuarios, cuyo objetivo es prepara al familiar durante su recuperación y estancia hospitalaria involucrándose así a continuar con el cuidado permanente del paciente

vulnerable y/o dependiente en su domicilio después del alta. Con el objetivo prevenir complicaciones, disminuir la estancia hospitalaria y reingresos hospitalarios.

En este contexto el Hospital de Emergencias Grau III- Es Salud (HEG3ES) el programa se inicia como centro piloto en el 2014 captándose 300 pacientes atendidos, el 2015 con 852 pacientes, en el año 2016 se captaron 1296 y en el año 2017 se captaron 1417 pacientes en los servicios de medicina, traumatología, cirugía, urología y ginecología, siendo mayor porcentaje en el servicio de medicina.

El hospital de emergencia Grau III atiende a la población asegurada de diferentes redes de Lima Metropolitana en diferentes especialidades, y a los asegurados que acuden por algún problema de emergencia y urgencias independientemente de la jurisdicción a la que pertenezcan; sin embargo, se observa hospitalizaciones frecuentes de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas, en las normas del programa del 2015 considera como indicadores de impacto los siguientes indicadores: alcanzar el 80% de satisfacción de los familiares, disminuir las quejas en menos del 0.1 %, disminuir el menos del 10% de síndromes geriátricos, disminuir la estancia hospitalaria en menos del 10% de la línea basal y disminuir los reingresos hospitalarios en menos del 50% (Es salud, 2016).

1.2. Trabajos previos

Antecedentes internacionales

Pascual, *et al.* (2018) llevaron a cabo una investigación titulado *Relación entre dependencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer y sobrecarga en el (CP)*, Cuba; cuyo propósito fue demostrar la relación que existe entre ambas variables, se realizó un estudio descriptivo correlacional, teniéndose como muestra a 35 cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer pertenecientes del Policlínico "Carlos Manuel Portuondo", en Marianao, los familiares eran responsables de los cuidados del paciente y residentes en el domicilio, sin recibir remuneración económica a cambio, dedicado al cuidado por más de seis meses. Se aplicó la Escala de Zarit y el índice de Katz, obtuvieron como resultado que prevalecieron los cuidadores con sobrecarga y los pacientes que requieren asistencia para llevar a cabo las (ABVD) como bañarse, trasladarse y alimentarse, variables que se relacionaron con la sobrecarga, concluyeron que existe una relación significativa entre ambas variables.

Corcoles, *et al.* (2016) efectuaron un estudio cuyo título fue *Deterioro Funcional Asociado a la Hospitalización (DFH) en Pacientes Mayores de 65 años*, España; cuyo objetivo fue determinar la incidencia (DFH) en personas mayores, fue un análisis de cohortes, siendo la variable principal el DFH (Limitaciones para llevar a cabo actividades cotidianas al ingreso y tras el alta); incluyeron algunas variables demográficas, se utilizó la entrevista al usuario cuidadores, obtuvieron como resultado, del total de 104 pacientes, el 51,9% eran féminas; El primer día del ingreso de 43 (41,4%) conservaban su estado mental. Las primeras 24 horas de 60 (57,7%) había (DFH); Después del alta, de 92 usuarios (32.6%) existía un deterioro los cuales fueron evaluados. En usuarios independientes antes del ingreso, el 19% resultaron dependientes. Concluyeron que el DFH en mayores de 65 años; el porcentaje era alto en independientes, mientras que la quinta parte presento dependencia.

Hernández, *et al.* (2016) efectuaron un estudio sobre *Valoración de la funcionalidad y dependencia del AM en áreas rurales*, México; tuvo como propósito determinar la capacidad funcional y grado de dependencia entre adultos mayores de comunidades rurales del Estado de Tlaxcala, teniendo como muestra 196 sujetos residentes en comunidades rurales. Se evaluaron las características sociodemográficas y de salud, así como (ABVD) y (AIVD), utilizando la Escala de Barthel, de Brody y Lawton, obtuvieron como resultado el 92.9% de la población presenta dependencia leve en relación a sus ABVD, predominando los de sexo femenino y los usuarios diabéticos. El 49% no realiza AIVD, situación que se agrava entre los individuos de mayor edad, y que se asocia con el hecho de que 15.3% presenta hipertensión, 13% padece diabetes, 69.4% muestra hiperglucemia capilar ($105.41 + 22.28$ mg/dl), y 54% tiene sobrepeso, concluyeron que la dependencia y el grado de funcionalidad del adulto mayor en comunidades rurales están determinados por la edad, las enfermedades y las relaciones familiares; sin embargo, se requieren más elementos para complementar el cuidado de la salud en el adulto mayor.

Prieto, *et al.* (2015) realizaron un estudio titulado *Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel*, México; fue un análisis descriptivo- transversal. Incorporándose al cuidador y paciente en un plazo de 3 meses; utilizaron como instrumento la escala de Zarit y algunas variables demográficas. La estadística fue descriptiva e inferencial. La muestra fue de 190 personas de los cuales 170 acotaron los criterios de inclusión el 48% presentaban sobrecarga, las

edades fluctuaban entre 18 y 86 años, las mujeres en un (72%). Además, se encontró relación con sobrecarga al tiempo brindado al cuidado (6 horas), concluyeron que la sobrecarga del cuidador es alta debido a horas dedicadas al cuidado de los pacientes.

Tripodoro, *et al.* (2015) efectuaron una investigación *Sobrecarga del (CP) de pacientes en cuidados paliativos*, Argentina; Como instrumento validado se usó la escala de Zarit, fue un estudio prospectivo, obtuvieron que de 54 cuidadores el 70% eran féminas y 52% convivientes. Se evidencio sobrecarga intensa (43%), leve (24%), y sin sobrecarga (33%). Concluyeron que dicha investigación pretendió visualizar el pueblo con falta de atenciones y otorgar a la inspección critica de la misma.

Antecedentes nacionales

Tapia (2017) efectuó un estudio sobre la *Sobrecarga del cuidador familiar y el grado de dependencia en Adultos mayores de los consultorios externos de Geriatria del Centro Medico Naval*, Perú; Se utilizó el método cuantitativo, de corte trasversal, se utilizó (Escala de Zarit) para evaluar sobrecarga y (Índice de Barthel) para grado de dependencia, obtuvieron como resultado carga intensa (97%), leve(2%) y 1% sin carga (1%); en el impacto del cuidador, predomino la carga leve (65%). De acuerdo a las relaciones interpersonales no hubo sobrecarga (49%), Con lo que respecta a dependencia, el 56% es severa, el 39.7% dependiente, el 3% moderada y el 2% independiente, concluyeron que no existe vinculación entre ambas variables.

Villano (2016) efectuó un estudio sobre *Calidad de vida y sobrecarga del (CP) de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico instituto nacional de ciencias neurológicas*, Perú; hubo un análisis de enfoque cuantitativo, descriptivo y síntesis de variables, la muestra estuvo compuesta de 115 personas reuniendo criterios de inclusión; obtuvieron como resultado que los (C.P) suelen ser mujeres; por lo tanto en Calidad de Vida el(62%) fue alto y el (38%) bajo lo que afecta el Rol Emocional y Función física, originando una sobrecarga intensa, concluyeron que no se evidencia relación entre ambas variables.

Fhon, *et al.* (2016), realizaron un estudio *Sobrecarga y calidad de vida del (CP) del AM*, Perú; se efectuó una investigación cuantitativo, transversal, correlacional y descriptivo, cuya muestra fue de 183 adultos mayores c/u con su cuidador, Utilizaron como

instrumento el perfil demográfico y escala de Zarit, con un nivel de significancia de $p \leq 0,05$, predominó el sexo masculino en adultos mayores; la edad promedio (74,8 años) y eran cónyuges. Mientras que en los cuidadores influyeron las mujeres con una edad promedio de (44,3 años), eran profesionales, casados/as e hijos/as de los mismos; Las dimensiones fueron salud general, mental y vitalidad para calidad de vida; concluyeron que a mayor carga incrementa el deterioro de calidad de vida. Por ello, es necesario el acompañamiento del cuidador para prevenir alteraciones mentales y físicas.

Díaz (2016) efectuó un estudio titulado *Habilidad de cuidado y carga del cuidador primario informal familiar (CPIF) de los pacientes con enfermedad crónica del (PFA)*, Perú; El estudio fue descriptivo, correlacional transversal y no experimental; compuesta por de 32 (CPIF) del (PFA), concluyeron que entre ambas variables existe una relación parcial y es evidenciada en la dimensión valor, la carga del cuidador se encuentra en un nivel alto con 53%, nivel medio 23% y nivel bajo con 24%.

Escarcina y Huayta (2015) realizaron un estudio; cuyo propósito fue determinar la relación entre la calidad de vida del cuidador y la dependencia del adulto mayor, Arequipa, El análisis fue cuantitativo, correlacional, descriptivo y transversal, para ello se entrevistó a 150 cuidadores. De los resultados se obtuvo que las cualidades sociodemográficas del paciente: tenían edad promedio (75 a 90 años), hombres casados, nivel secundario; Asimismo el (60.7%) presentó dependencia total; la edad promedio de las cualidades del cuidador fue de 25 a 54 años eran féminas, hijo (a), conyugues, con educación superior e independientes, Se encontró que el (52.0%) tenía regular calidad de vida. La dimensión física (42.7%), psicológica (44.7%), social (44.0%) y espiritual (48.7%) todas las dimensiones presentaban problemas moderados, concluyeron que entre ambas variables existió correlación significativa.

Vásquez (2015), llevo a cabo un estudio cuyo propósito fue determinar el grado de sobrecarga del cuidador de AM con demencia Asenjo; para ello se entrevistó a 44 cuidadores mayores (18 años con 3 meses) de atención al usuario con demencia. Se utilizó la ficha sociodemográfica del cuidador y usuario y el índice de Zarit, obtuvieron que el (81.82%) fueron féminas de 48 años que se dedicaban al cuidado por (88 horas) por semana; presentaban sobrecarga ligera (38.64%), concluyeron qué no es frecuente la sobrecarga intensa.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Bases teóricas de la dependencia funcional del adulto mayor

Teoría inmunológica

Walford, Weindruch, Gottesman y Tam (1981), justificaron el envejecimiento por la disminución de los mecanismos de defensa del organismo. Se sabe que el sistema inmunitario tiene menor capacidad para enfrentarse a organismos extraños a medida que el cuerpo envejece y que muchos de los problemas de salud que afectan a las personas mayores pueden tener su explicación en la disfunción del sistema inmunitario, como sucede con el cáncer, la demencia senil y algunos trastornos vasculares. La alteración de la capacidad para enfrentarse a organismos extraños, y el incremento en los errores de identificación por parte del sistema inmunitario, reducen la capacidad de respuesta, aumentan la susceptibilidad a las enfermedades y aceleran el proceso de la muerte.

Teoría de la actividad.

Esta teoría también se deriva de un enfoque conductista y funcionalista, surge como respuesta a las lagunas de la teoría del retraimiento. Fue propuesta originalmente por Havighurst (1963) y elaborada más tarde por Maddox (1974). Contrariamente a la teoría del retraimiento establece que para que un adulto mayor logre enfrentarse a las pérdidas asociadas a la vejez, preservar la moral y aumentar la autoestima, debe haber una restitución de roles o actividades perdidas. Asume que los /as adultos /as mayores, al igual que los adultos jóvenes, tienen las mismas necesidades sociales y psicológicas de mantenerse activos.

La tesis central de esta teoría puede resumirse según lo afirmó Sánchez (1990) como sigue:

Cuanto mayor número de roles o actividades opcionales posea la persona según entra en la edad avanzada, mejor resistirá los efectos desmoralizantes de salir de los roles obligatorios a los que ordinariamente se les da prioridad en la vida adulta. (p. 70).

La clave para la vejez exitosa será mantener unos niveles óptimos de actividad. Obviamente, esto dependerá de la disponibilidad de roles o actividades y de la capacidad

de la persona para llevarlos a cabo. Esta teoría, opuesta a la teoría de retraimiento o separación, enfatiza la interacción e integración social para explicar mayores niveles de satisfacción de vida. Sin embargo, otros expertos objetan la idea de que todas las personas de mayor edad necesitan y desean niveles altos de actividad y que no se tengan presentes las variaciones en el significado de las actividades particulares en la vida de los adultos mayores.

Para Aranibar (2001), esta teoría tiene como limitación que:

No reconoce la influencia de la personalidad en la conducta humana, la teoría no ofrece una explicación al hecho de que algunas personas pueden ser felices estando pasivas, mientras que otras prefieren disminuir su nivel de actividad según avanzan en edad. (p. 16).

La teoría de la actividad es muy importante ya que permite comprender, que el uso del tiempo en actividades gratificantes, en donde se asuman distintos roles, permite tener una mayor interacción e integración social, lo que influye en la calidad de vida de los adultos mayores, ya que esta es una etapa de la vida en la cual las personas disponen del mayor tiempo libre, teniendo en cuenta que estas actividades deben ser estimulantes con la intención de combatir la soledad y cultivar afectos no se trata de ocupar el tiempo en cualquier actividad sin un fin último, y por otro lado deben estar adaptada a las condiciones biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los adultos mayores.

Teoría de roles.

Rosow (1967), estableció que debido a una serie de cambios especialmente asociados a la tecnología y a la modernización a que se exponían los(a) adultos/as mayores, se iba afectando su posición en la sociedad y se arriesgaban a una pérdida de roles.

Según Aranibar (2001), “los exponentes de esta teoría consideraban que el proceso de socialización, mediante el cual la sociedad asignaba posiciones a las personas, especificaba los roles y status de estas posiciones” (p. 17).

Las personas durante diferentes etapas de su vida van asumiendo unos roles más que otros que a su vez van disminuyendo en la edad avanzada, roles como padre o madre, trabajador o trabajadora, entre otros.

De acuerdo con Rosow (1967), identificó una serie de cambios a los cuales se enfrentan las personas de edad avanzada que influyen en la pérdida de roles. Entre estos cambios se encuentran: cambios en el control de propiedad, cambios en la productividad, como la automatización, cambios en la tecnología o conocimientos estratégicos, cambios en los patrones de dependencia, cambios en lazos de parentesco: familia extendida por nuclear.

La teoría de roles resulta fundamental para explicar cómo los diversos cambios en el aparato productivo, los cambios en la sociedad y los cambios en la dinámica familiar influyen en la pérdida de roles o de la posición social que tenían los/as adultos/as mayores.

La teoría de roles también permite comprender por qué ha aumentado de manera significativa el fenómeno de la institucionalización de los adultos mayores en las casas-hogares, residencias geriátricas, etc. La institucionalización, hoy en día, se ha ido convirtiendo en algo común, puesto que al modificarse los roles, el adulto/a mayor va adquiriendo otra posición social.

Teoría del ciclo de vida.

Introduce la noción de que la vejez es una etapa más en el proceso total del ciclo vital. Es decir, la vejez no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal, sino que es parte de un proceso (y un proceso en sí misma) donde el individuo continúa “dialogando” con la sociedad, al igual que como lo hace en etapas anteriores.

Así como en otras etapas del ciclo de vida (niñez, juventud, adultez), la vejez posee, por una parte, su propio conjunto de normas, roles, expectativas y status, y es la sociedad la que establece una pauta social sobre la edad que corresponde a este ciclo.

La perspectiva de ciclo de vida nos permite entender la situación actual de los/as adultos/as mayores recurriendo al análisis de etapas anteriores de su vida. Sin embargo, para Aranibar (2001), su aporte más importante ha sido el establecer que:

Al ser la vejez una etapa más del ciclo de vida (regida por restricciones y privilegios, al igual que otras etapas de la vida), no tendría, por definición, razón para ser una etapa de exclusión social. Otro aporte importante derivado de esta perspectiva es la idea de la interacción de los ciclos de

vida, que pone de manifiesto que los ciclos de vida de los individuos se relacionan entre sí, fundamentalmente a través de las relaciones familiares. (p. 18).

La teoría del ciclo de vida, en la actualidad ha perdido mucho su poder teórico explicativo por la carencia de enlaces explícitos entre el concepto de ciclo de vida y las teorías sociológicas.

Concepto de dependencia funcional

La Organización Mundial de la Salud (2015) definió la dependencia como la ausencia de la capacidad para realizar actividades dentro de los márgenes considerados normales se especifica en la clasificación internacional de deficiencia, incapacidades y la deficiencia física también como la disminución de habilidades para realizar tareas y actividades específicas que son esenciales para el cuidado personal.

Araña-Suárez (2011) señaló que la prevalencia del dolor junto a las pérdidas asociadas al envejecimiento, crean en la población mayor una serie de cambios a nivel físico, sensorial o cognoscitivo, que provocan el deterioro de las capacidades funcionales generando, en ciertos casos, una dependencia funcional.

Para Bertone, Torres y Andrada (2014) la dependencia emocional es entendida como un estado que imposibilita al sujeto por razones asociadas a la falta o deterioro de autonomía física, psíquica o intelectual, a valerse por sus propios medios para realizar las tareas cotidianas como lo son, bañarse, caminar, ir al baño, levantarse de la cama, contestar el teléfono, entre otras.

Asimismo, Jiménez-Caballero, *et al.* (2012) consideraron que para comprender el concepto de dependencia funcional es necesario hacer énfasis en tres componentes que la definen: 1) las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), relacionadas a la capacidad de autocuidado como entender y ejecutar tareas sencillas que dotan al individuo de independencia para llevar a cabo labores que le permitan vivir sin ayuda continua; 2) las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), las cuales son más complejas y están encaminadas a posibilitar la relación con el entorno; entre esta categoría se encuentra el uso de los medios de transporte, preparar la comida, realizar compras, entre otras; y, 3) el

componente relacionado con la marcha y el equilibrio, dos factores asociados a la motricidad.

Definición del adulto mayor

Según la Organización Mundial para la salud (2010) las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; a todo individuo mayor de 60 años se le llamará persona de la tercera edad.

Según Morris y Maisto (2005), la etapa del envejecimiento representa cierto deterioro físico que es inevitable, a partir de la madurez y durante la vejez, los adultos mayores cambian de apariencia, así mismo se presentan cambios en el funcionamiento de todos los órganos, el cabello se adelgaza y se vuelve blanco o gris, la piel se arruga, los huesos se vuelven más frágiles, los músculos pierden fuerza y las articulaciones se endurecen o se desgastan, la circulación se hace más lenta, la presión sanguínea aumenta y debido a que los pulmones contienen menos oxígeno, menor cantidad de energía, la forma corporal y la postura cambian, el envejecimiento es inevitable, la herencia y el estilo de vida influyen en el inicio de este proceso.

Hansen (2003), definió algunas características predominantes de la vejez, los adultos mayores presentan una disminución en la capacidad de adaptación, una reducción en la velocidad de desempeño y un aumento en la susceptibilidad de enfermedades, los efectos perjudiciales del envejecimiento se manifiestan de dos maneras, en primer lugar, se reduce la capacidad del individuo para responder de manera eficaz a los estresores externos, en segundo lugar el envejecimiento se vincula con una mayor probabilidad de muerte, el aumento en el riesgo de mortalidad puede derivarse de una menor capacidad para mantener la homeostasis, es decir, el estado de equilibrio fisiológico relacionado con aspectos como la temperatura, y el nivel de azúcar en la sangre.

Adulter mayor y dependencia

Minsal (2008) indicó que conocer el alcance de la dependencia, el número de personas que precisan algún tipo de ayuda para mantener cierta autonomía en el hogar y en su medio, es de gran interés por su impacto en los programas de protección psicosocial de todo centro asistencial para adultos mayores. Sirve para delimitar mejor lo que es problema de salud y problema social.

Según Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez (2001), es el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Abiu (2016) indicó que la dependencia funcional está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores determinantes. Asimismo, la mayor edad es un factor independientemente asociado con la dependencia para realizar tanto actividades básicas de la vida diaria, como actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores. Entre otros factores determinantes significativos se encuentran tener un miembro amputado, padecer un mayor número de enfermedades crónicas, presentar síntomas depresivos y dolor y tener enfermedad cerebrovascular (derrame cerebral). El conocimiento de estos factores debe contribuir a diseñar programas de salud basados en la evidencia científica, que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso. Además, un tratamiento adecuado con analgésicos podría ayudar a reducir el número de personas que son dependientes debido al dolor que sufren.

Guillén y Herrera (2011), señalaron que en lo que concierne a las actividades de la vida diaria del adulto mayor en las que existe mayor dependencia se han podido identificar, organizadas de menor a mayor: arreglarse, comer, deposición, ir al inodoro, vestirse, lavarse-bañarse, trasladarse sillón-cama, micción, deambulación y subir y bajar escaleras, siendo esta última la que mayor peso tiene de todas al reportarse una dependencia del 76.6%, porcentaje que está muy por encima de las actividades de la vida diaria con mayor incidencia; más próxima a ella: micción y deambulación (51.6%) respectivamente. Los resultados obtenidos para la actividad de la vida diaria con mayor dependencia permiten concluir, que dicha actividad se ve afectada con mayor proporción a un hecho fisiológico más que patológico, ya que, el cuerpo sufre cambios, uno de ellos y el primero que se da a notar es la pérdida de la función articular que es la que permite flexionar codos, cuello y en este caso las rodillas imposibilitando el subir y bajar escaleras que fue la variable con mayor dependencia en esta población estudiada.

Abiu (2016) afirmó que toda persona mayor de los 60 o 65 años, estaría atravesando el proceso de vejez el cual significa sin excepción alguna la presencia del

deterioro físico y cognitivo siendo en unos casos donde se presente un excesivo deterioro cognitivo como físico el cual obligue al adulto mayor a ser dependiente para algunas o todas sus actividades del diario vivir. El deterioro cognitivo en un grado considerado está asociado con la demencia siendo esta llamada en estos casos demencia senil la cual representa una dependencia del adulto mayor para su dependencia o bien pasaría a ser casi una dependencia total. Por tanto, el segmento poblacional del adulto mayor necesita de una atención especial tanto en el seno del hogar, por lo que es prudente considerar la evaluación los aspectos cognitivos y grados de dependencia que pueda presentar el paciente para tenerle un seguimiento y brindarle una atención especializada.

Tipos de dependencia en el adulto mayor

Escarcina y Huayta (2016) distinguieron tres tipos de dependencia:

Dependencia física. Puede sobrevenir bruscamente, de manera que el entorno familiar la percibe con toda claridad. Sin embargo, también puede aparecer de forma progresiva y lenta, cuando, por ejemplo, surgen algunas dificultades aisladas y paulatinas: pérdida de vista o de oído, dificultades para hacer algunos movimientos como salir de la bañera o abotonarse la camisa. La dependencia entonces es más difícil de medir y de percibir, tanto por el entorno familiar como por la persona afectada. Estas limitaciones acumuladas son con demasiada frecuencia atribuidas a la edad, como si fueran algo inevitable. La necesidad de ayuda y de cuidados físicos incide de forma básica en la familia. Es ella quien, por regla general, asume esa responsabilidad.

Dependencia psíquica o mental. Sobreviene de forma progresiva. Se aprecia cuando la comunicación cotidiana va perdiendo sentido, coherencia y eficacia, y la conversación se hace casi imposible. Las personas afectadas comienzan a ser incapaces de expresar sus necesidades y de cuidarse a sí mismas. Para las familias, el primer paso consiste en admitir el cambio psíquico que se ha producido en el enfermo.

Dependencia afectiva. Puede estar provocada por un golpe emocional que implica cambios de comportamiento. Las personas mayores ven a menudo desaparecer a sus amigos. La ausencia más grave es la del cónyuge. Esta forma de dependencia se manifiesta en la necesidad de la persona mayor de estar siempre acompañada y estimulada para relacionarse con los demás.

Grados de dependencia

Rodríguez, Rodríguez, Duarte, Díaz y Clavería (2007) señalaron que la dependencia se puede catalogar según su complejidad la cual va desde la dependencia severa a la dependencia leve según la actividad diaria y así mismo los tipos de dependencia son:

Dependencia severa. Se define como dependencia severa cuando la persona requiere más de tres ocasiones o permanente ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria y de su autocuidado.

Dependencia moderada. Es considerada cuando la paciente requiere varias actividades de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente del cuidador, asimismo tiene necesidades de apoyo extenso para su autocuidado.

Dependencia leve. La dependencia leve se ha definido como la limitación del paciente para realizar las actividades instrumentales de la vida cotidiana y las necesidades de ayuda siempre o casi siempre para la actividad básica de la vida diaria.

Dimensiones de la dependencia emocional de los adultos mayores

De acuerdo con el instrumento de Barthel citado en Escarcina y Huayta (2016) se plantearon diez dimensiones:

Dimensión 1: Comer.

Habilidad que tiene el adulto mayor para mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo. Proceso de llevar la comida a la boca desde el plato o taza.

Dimensión 2: Trasladarse de la silla a cama.

Habilidad que tiene el adulto mayor para el transporte de objetos y de ambulación. Caminar.

Dimensión 3: Aseo personal.

Habilidad que tiene el adulto mayor para tomar y usar los objetos para este fin. Afeitado, quitar y poner maquillaje, lavar, secar, cepillar o arreglar el pelo. Cuidado de las uñas de manos y pies. Cuidado de la piel, orejas, ojos y nariz. Aplicarse desodorante y cepillado dental.

Dimensión 4: Uso de retrete.

Habilidad que tiene el adulto mayor para tomar y usar los objetos para este fin. Mantenimiento de la posición en el inodoro. Transferir hacia y desde la posición del inodoro.

Dimensión 5: Bañarse.

Habilidad que tiene el adulto mayor para bañarse o ducharse. Tomar y usar objetos con este fin. Enjabonado y secado de las partes del cuerpo. Mantenimiento de la posición para el baño y transferencias desde y hacia la tina o ducha.

Dimensión 6: Desplazarse.

Habilidad que tiene el adulto mayor para moverse de una posición o lugar a otra, durante el desempeño de cualquier actividad. Movilidad en la cama, en la silla de ruedas. Transferencias, cambios funcionales.

Dimensión 7: Subir y bajar escalera.

Habilidad que tiene el adulto mayor para subir y bajar escaleras.

Dimensión 8: Vestirse y desvestirse.

Habilidad que tiene el adulto mayor para seleccionar su ropa y accesorios apropiados para el momento del día clima y ocasión vestido y desvestido de forma secuencial. Abrochado y ajuste de ropa y zapatos. Poner y quitarse dispositivos personales como prótesis.

Dimensión 9: Control de heces.

Los adultos mayores a mayor edad tienen mayor probabilidad de no controlar voluntariamente sus esfínteres.

Dimensión 10: Control de orina.

Los adultos mayores a mayor edad tienen mayor probabilidad de no controlar voluntariamente sus esfínteres.

Bases teóricas de la sobrecarga del cuidador

Teoría del autocuidado

De acuerdo con Denyes, Orem y SozWiss (2001) el concepto básico desarrollado es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior; el autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales.

Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades. Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar; todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta siquiera, se han transformado en parte de nuestra rutina de vida.

Para lograr el propósito de mantener el bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tienen requisitos que son básicos y comunes a todos: a) los requisitos universales; b) los requisitos del desarrollo; y, b) alteraciones o desviaciones de salud.

Teoría del déficit de autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado de Orem (1993) desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse de un cuidador, mientras sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir sus requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo; déficit de autocuidado es por tanto la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable. Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de enfermería, las funciones y acciones de pacientes y enfermeros, se diseñó la teoría de los sistemas de enfermería, la más general de sus teorías, que incluyen

todos los términos esenciales, manejados en la teoría del autocuidado y del déficit del autocuidado.

Teoría de los sistemas de enfermería

Según Orem (1993) consiste en varias series y secuencias de acciones prácticas intencionadas de las enfermeras que son realizadas en un determinado momento en coordinación con acciones de sus enfermos. Para proporcionar esta atención es necesario identificar tres tipos de sistemas:

Sistema compensatorio: a) realiza el cuidado terapéutico del paciente; b) compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado; y, c) apoya y protege al paciente.

Sistema parcialmente compensatorio: a) realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente; b) compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado; c) ayuda al paciente en lo que necesite; d) regula la acción de autocuidado. Realiza algunas de las medidas de autocuidado; e) regula la acción del autocuidado; y, f) acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera.

Sistema de apoyo educativo: a) regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado; b) apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal; c) mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales; d) prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones; e) prevención de la incapacidad o su compensación; f) promoción del bienestar; g) apoyo de los procesos físicos, psicológicos y sociales esenciales; h) mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano; i) desarrollo pleno del potencial humano; j) prevención de lesiones o enfermedades; k) curar o regular la enfermedad (con ayuda apropiada); y, l) curar o regular los efectos de la enfermedad (con ayuda apropiada).

Teoría del entorno de Florence Nightingale

Hernández (2015) mencionó que esta teoría define el entorno como todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detectar o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte.

El entorno está conformado por: ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido; no separo el entorno específicamente en aspectos físicos, emocionales o sociales aparentemente supuso que todos estos aspectos se incluían en el entorno. Cuidado (la enfermería): servicio a la humanidad, basado en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud.

La persona: enferma o con salud, que consta de los componentes: físico, intelectual, emocional, social y espiritual. En sus escritos, Nightingale suele referirse a las personas como "pacientes".

El ambiente: factores externos que afectan a la persona y su proceso de salud: aire, agua, luz, calor, limpieza, tranquilidad y dieta adecuada.

La teoría de Nightingale define el entorno como todas las condiciones e influencias externas que afectan el desarrollo de las personas especialmente a las personas adultas mayores ya que el entorno influye mucho en el desarrollo de sus actividades diarias. Hernández (2015).

Definición de cuidador

Para Moreno (2005) un cuidador es la persona encargada de cuidar a otros que por su estado de salud o por presencia de alguna discapacidad tienen alguna limitación para cuidarse a sí mismos. La cantidad de ayuda que requieren depende del grado de la limitación.

Según Martínez y Miangolarra (2006) la cantidad de cuidados y la calidad de la asistencia que proporciona el cuidador están determinadas por una serie de variables como lo son el tiempo, la relación paciente-cuidador, el tipo y estadio de la enfermedad y la formación. Dichas variables pueden venir del paciente y/o el cuidador, y a la vez van a repercutir directamente sobre ambos.

Esteban y Mesa (2008) señalaron que este cuidador es una persona que, por diferentes motivos, llega a dedicar gran parte de su esfuerzo a permitir que otras personas

puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándoles a adaptarse a las limitaciones de carácter físico, mental, social o funcional que su enfermedad le impone.

Tipos de cuidadores

Según Ferre (2011) el tipo de relación con la persona cuidada se distingue entre cuidadores primarios, secundarios y el cuidador formal.

Cuidador familiar primario: Es quien asume la total responsabilidad del proceso de cuidado. Suele ser un familiar de la persona cuidada. Se caracteriza por no disponer de una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidar, no recibir remuneración económica por la labor realizada, tener un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad. El cuidador familiar, ofrece a menudo, una atención sin límites de horarios, cuando la enfermedad evoluciona con gran dependencia, que puede llegar, a la necesidad de cuidar las 24 horas los 365 días del año, con una media de cuidados de más de cinco años.

Cuidador familiar secundario: Una parte de los cuidadores principales se benefician del apoyo de otro familiar y este apoyo es sobre todo de tipo instrumental y emocional. Aun cuando los cuidadores secundarios no tienen la responsabilidad del cuidado ayudan de forma clara a la cuidadora principal. El cuidador secundario es uno de los elementos de soporte familiar más importante.

Cuidador formal: Es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al enfermo y que cobran una remuneración por hacerlo.

Fases de adaptación a la situación de cuidado en los cuidadores

Ruiz y Nava (2010) clasificaron en cuatro fases la adaptación de cuidado en los cuidadores primarios:

Negación o falta de conciencia del problema: En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación ya que es una reacción psicológica de autoprotección que permite al cuidador familiar controlar miedos y ansiedades. Así, es común encontrar que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una o varias

enfermedades que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio. Otra forma de negar el problema es evitar hablar del deterioro o incapacidad del familiar enfermo. Este estadio es, normalmente, temporal. Conforme el tiempo pasa y las dificultades de la persona enferma para mantener su autonomía funcional se hacen más evidentes, empieza a hacerse cada vez más difícil creer que se trata de una “enfermedad temporal”.

Búsqueda de la información: En esta etapa, el cuidador comienza a buscar información sobre la enfermedad de su familiar, consecuencias, secuelas, medios de ayuda, segundas opiniones, medicina alternativa. Todo esto con la esperanza de que su familiar vuelva a ser el mismo. En este momento, son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de “malestar” por la injusticia que supone el que les haya “tocado” a ellos vivir esa situación. El enfado o, en su versión más intensa, la ira, la culpa, son respuestas humanas completamente normales en situaciones de pérdida del control de la propia vida y sus circunstancias. Existen en la vida algunos hechos negativos que son inevitables y que no se pueden cambiar, y son situaciones de este tipo las que típicamente afrontan los cuidadores de personas dependientes.

Reorganización: Conforme pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar. La vida suele perder el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida. Sin embargo, el cuidador se sentirá, progresivamente, con más control sobre la situación y aceptará los cambios. Contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del cuidado. Este periodo de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal.

Resolución: En esta fase los cuidadores suelen estar más serenos y tranquilos, a pesar de que las dificultades continúan aumentando, son más capaces de manejar con éxito las demandas de la situación de cuidados presentes y futuras. En esta fase aprenden a cuidar mejor de sí mismo; están más dispuestos a buscar la ayuda de otras personas con experiencias similares; suelen hacerse, en esta fase, más independientes, dedicando más tiempo a realizar actividades recreativas y sociales y pueden buscar y encontrar otras

fuentes de apoyo emocional, tales como reforzar las amistades o crear nuevos amigos. Se comienza a reconstruir una imagen de cómo era antes de que la enfermedad mostrase sus primeros signos, imagen que hará más confortable y significativa la labor de la persona que cuida.

Perfil de riesgo del cuidador primario

De acuerdo con García, Rodríguez y Navarro (2004) se han enumerado un conjunto de variables que pueden confluir en un mayor riesgo del deterioro de la salud y por ende de la calidad de vida del cuidador primario: la edad, el género, el tipo de enfermedad del familiar/paciente, la percepción de su salud, la duración de la dependencia y el apoyo social entre otras.

Con relación a la edad del cuidador, Rinaldi, Spazzafumo, Mastriforti, Mattioli, Marvardi y Polidori (2005) señalaron que los cuidadores de mayor edad tienden a presentar mayor deterioro en la calidad de vida, sobre todo en lo que respecta a la salud. Las cuidadoras de 55 años presentan la mayor prevalencia de problemas emocionales y padecen con mayor frecuencia molestias o dolores y se siente menos satisfecho con sus vidas que los cuidadores de menor edad.

García, *et al.* (2004), reportaron que las cuidadoras más jóvenes muestran niveles de sobrecarga más altos que las de más edad, tal vez porque perciben un mayor coste de oportunidad asociado a cuidar, relacionado, con los conflictos para compatibilizar empleo y cuidados.

Con relación al grado de dependencia de la persona cuidada, Moral, Juan, López y Pellicer (2003) mencionaron que la depresión, la ansiedad y el estrés son problemas comunes en los cuidadores primarios y han sido abordados sistemáticamente por los estudios sobre los cuidadores de paciente con dependencia.

Definición de sobrecarga del cuidador primario

Villano (2016) definió la sobrecarga como el impacto que provoca la enfermedad en la calidad de vida de quien desempeña el rol del cuidado, teniendo como resultado un conjunto de sentimientos y percepciones negativas generándose por la combinación de las características clínicas y duración del trastorno del paciente, las características propias de

la personalidad de los familiares, las responsabilidades en el hogar, las formas de apoyo social que posean y finalmente, del costo económico que conlleva el trastorno.

Palacios y Liménez (2008) afirmaron que la sobrecarga del cuidador primario es el resultado del estrés crónico producido por la lucha diaria contra la enfermedad, la monotonía de las tareas y la sensación de falta de control, entre otros. Se caracteriza por actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo; desmotivación, depresión angustia, trastornos psicósomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales, agobio continuado con sentimiento de ser desbordado por la situación, lo cual, finalmente, se traduce en alto nivel de estrés.

Alonso, Garrido, Díaz, Casquero y Riera (2004) manifestó que la sobrecarga se refiere al estado psicológico que resulta de la combinación del trabajo físico, de la presión emocional, de las restricciones sociales, así como, de las demandas económicas que surgen del cuidado del enfermo.

Por su parte, Zarit (2004) indicó que el término de sobrecarga ha sido ampliamente utilizado para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores. Así también se identificó a la carga generada por la provisión de cuidados como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador.

Tipos de sobrecarga del cuidador primario

La carga familiar repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal y del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar del cuidador relacionado con la enfermedad. Por eso, Chomba (2013) mencionó dos tipos de sobrecarga del cuidador primario:

La carga objetiva: se relaciona con la dedicación al desempeño del rol de cuidador e implica las repercusiones concretas sobre la vida del cuidador. La supervisión hace referencia a los esfuerzos de los familiares por asegurar que el adulto mayor tome la medicación, duerma y no presente alteraciones de conducta. La estimulación incluye todo

lo relacionado con la motivación del adulto mayor para que se ocupe del propio autocuidado, alimentación y actividades de la vida diaria, y en muchos casos, la suplencia del adulto mayor ante la imposibilidad de que él mismo las realice.

La carga subjetiva: hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una vejez de estas características. Se relaciona con la tensión propia del ambiente que rodea las relaciones interpersonales entre el adulto mayor y sus familiares y las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro del adulto mayor.

Consecuencias de la sobrecarga en el cuidador

Cantos y Tristany (2011) consideraron los siguientes problemas como consecuencia de la sobrecarga.

Problemas físicos como: a) pérdida de energía, fatiga crónica, cansancio, etc., b) problemas físicos: palpitations, temblores de manos, molestias digestivas, jaqueca, etc., c) aumento o disminución del hambre; d) sensación de empeoramiento del estado de salud general; y, e) no admitir la presencia de síntomas físicos que se justifican mediante otras causas ajenas al rol de cuidador.

Problemas emocionales como: a) enfadarse con facilidad, aumento de la irritabilidad; b) mal humor; c) cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo; d) sentimientos de tristeza, frustración, culpa; e) sentimientos de preocupación y ansiedad; f) reacción de duelo; g) dar demasiada importancia a pequeños detalles; h) problemas de memoria y dificultades de concentración; i) no admitir la presencia de síntomas psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al rol de cuidador.

Problemas en determinadas conductas como: a) problemas de sueño (despertarse al amanecer, dificultades para conciliar el sueño, dormir demasiado, etc.); b) consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco; c) consumo excesivo de pastillas para dormir u otros medicamentos, trastornos alimentarios; d) actos rutinarios repetitivos como por ejemplo, ordenar de manera continua; y, e) hiperactividad desasosegada.

Problemas en la interacción con los demás como: a) aislamiento; b) tratar a personas de la familia de forma menos amable de lo habitual; c) menor interés en actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés; d) sentir vergüenza por la conducta del familiar enfermo; e) ausencia de vida social; f) la relación de ayuda afecta negativamente a la relación con otros miembros de la familia; y, g) problemas en el lugar de trabajo.

Maltrato hacia la persona cuidada: La sobrecarga del cuidador en algunos casos ha dado la posibilidad de episodios de malos tratos y abusos sobre el receptor del cuidado, La ira y el resentimiento son emociones comúnmente sentidas por los cuidadores como consecuencia de la sobrecarga del cuidador.

Estrategias para evitar la sobrecarga en los cuidadores familiares

Barrera, Pinto, Sánchez, Carrillo y Chaparro (2010) señalaron que los profesionales de enfermería pueden actuar como mediadores para guiar a la familia, orientarla en la toma de decisiones y en las posibles soluciones, empleando las siguientes estrategias:

Cuando se evidencian manifestaciones de efectos negativos, el cuidador debe aceptar que necesita ayuda, reconocer que pedir no es signo de debilidad.

Es necesario buscar oportunidades para que los cuidadores expresen sus sentimientos e inquietudes a toda la familia, que se motiven a tomar decisiones conjuntas sobre el cuidado del familiar que afronta la enfermedad crónica.

Orientarlos sobre un estilo de vida saludable, que permita recuperar el cansancio y las tensiones, instarlos a dormir lo suficiente. Si no pueden hacerlo en la noche, que aprovechen los momentos del día en los que el familiar descansa, hacer ejercicio con regularidad, evitar el aislamiento, salir de la casa y buscar familiares, amigos o personas que puedan remplazarlos.

Entre lo más importante está aprender a sentirse bien. No se trata de eliminar los sentimientos negativos, pues es lógico y natural que aparezcan, sino de ser conscientes de que existen, reconocerlos y saber controlarlos. Por ejemplo, darse tiempo para resolver los problemas, abordarlos uno por uno, buscar el lado positivo de las cosas, mantener el

sentido del humor y alejarse de los sentimientos de culpa, producto de no resolver todas las necesidades y demandas del enfermo o por errores que se cometen en forma involuntaria.

Es vital tratar de aliviar la tristeza y la depresión, identificando las situaciones que las provocan, buscando evitarlas y acudiendo a actividades que resulten gratificantes (leer, charlar con amigos, escuchar música, ver televisión), sin pretender hacer más de lo posible.

Los cuidadores se deben integrar con otras personas y familias que vivan situaciones similares. Esto permite el reconocimiento de más apoyos, el conocimiento de posibles soluciones, prever las situaciones difíciles, evitar problemas y formular planes futuros que ayuden a tomar decisiones antes de que la situación sea más crítica.

Por último, está el bienestar espiritual, definitivo en el mantenimiento y soporte de situaciones difíciles. Es el que proporciona resistencia, orienta y da sentido a la vida. Cada familia lo asume a su manera; lo importante es reconocerlo. La experiencia demuestra que sin él no es posible afrontar de manera adecuada el sufrimiento de la enfermedad crónica.

Dimensiones de la sobrecarga del cuidador primario

Según el Test de Zarit citado en Lipa (2018), se consideró que debido al exceso de trabajo del cuidador se deben considerar tres dimensiones que son:

Dimensión 1: Impacto del cuidado.

Son todas las condiciones objetivas y subjetivas que se ocasionan en el cuidador como consecuencia del cuidado al adulto mayor. Es decir, valora los efectos que provoca en el cuidador familiar el brindar atención constante a su familiar; con el grado que la relación con su familiar le afecta, sintiéndose tensa/o, agotada/o, sin vida privada, sin tiempo.

Dimensión 2: Relación interpersonal.

Esta dimensión consiste en la asociación entre cuidador y paciente, basada en emociones y sentimientos producto de esta interrelación. Es decir, se refiere a los sentimientos y actitudes que genera el cuidado en el cuidador, dirigidos hacia la persona dependiente; representado por el grado de interferencia en las relaciones interpersonales.

Dimensión 3: Expectativas de la autoeficacia.

Es la confianza en sí mismo que manifiesta el cuidador para cumplir con las labores encomendadas. Es decir, manifiesta las ideas que tiene el cuidador, referentes a la calidad que tienen las atenciones que brinda al adulto mayor, refleja sentimientos de incapacidad frente a las demandas con su familiar.

1.4. Formulación del problema**Problema general**

¿Qué relación existe entre la dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018?

Problema específico 1

¿Qué relación existe entre el comer del adulto del mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 2

¿Qué relación existe entre el trasladarse de la silla a la cama del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 3

¿Qué relación existe entre el aseo personal del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 4

¿Qué relación existe entre el uso de retrete del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 5

¿Qué relación existe entre el bañarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 6

¿Qué relación existe entre el desplazarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 7

¿Qué relación existe entre el subir y bajar escalera del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 8

¿Qué relación existe entre el vestirse y desvestirse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 9

¿Qué relación existe entre el control de heces del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 10

¿Qué relación existe entre el control de orina del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

1.5. Justificación del estudio

Los adultos mayores con dependencia funcional y algún tipo de enfermedad crónica degenerativa en el entorno intra y extra hospitalario no pueden atenderse por sí solos para satisfacer las (ABVD), por ende, necesita de una persona quien asuma la atención del cuidado.

Justificación teórica.

Esta investigación permitirá verificar y examinar a profundidad la sobrecarga de los (CP) y dependencia del adulto mayor estableciendo un marco teórico sólido. Fortaleciendo así el conocimiento.

Justificación práctica:

El trabajo de investigación permitirá medir la sobrecarga que experimenta el (CP) frente al enfermo con dependencia funcional, Por lo tanto permitirá determinar dicha relación entre ambas variables, facilitando las estrategias de los administradores del (PFA), beneficiando tanto al cuidador como al usuario con enfermedad crónica

Justificación social.

Igualmente presenta una justificación social pues el (PFA) – (CP) trata de sensibilizar e involucrar a la familia, base de la sociedad en la atención de la salud del usuario en casa. Ya que los asegurados piensan que el cuidado de la salud del adulto es solo responsabilidad del seguro social, aduciendo que por ello pagan un seguro de salud. El éxito de este programa influye positivamente a la integración familiar evitando que el adulto enfermo quede en abandono social.

1.6. Hipótesis**Hipótesis general**

Existe relación significativa entre la dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018

Hipótesis específica 1

Existe relación significativa entre el comer del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Hipótesis específica 2

Existe relación significativa entre el trasladarse de la silla a la cama del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Hipótesis específica 3

Existe relación significativa entre el aseo personal del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Hipótesis específica 4

Existe relación significativa entre el uso de retrete del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Hipótesis específica 5

Existe relación significativa entre el bañarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Hipótesis específica 6

Existe relación significativa entre el desplazarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Hipótesis específica 7

Existe relación significativa entre el subir y bajar escalera del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Hipótesis específica 8

Existe relación significativa entre el vestirse y desvestirse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Hipótesis específica 9

Existe relación significativa entre el control de heces del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Hipótesis específica 10

Existe relación significativa entre el control de orina del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

1.7. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018

Objetivo específico 1

Determinar la relación que existe entre el comer del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018

Objetivo específico 2

Determinar la relación que existe entre el trasladarse de la silla a la cama del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Objetivo específico 3

Determinar la relación que existe entre el aseo personal del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Objetivo específico 4

Determinar la relación que existe entre el uso de retrete del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Objetivo específico 5

Determinar la relación que existe entre el bañarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Objetivo específico 6

Determinar la relación que existe entre el desplazarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Objetivo específico 7

Determinar la relación que existe entre el subir y bajar escalera del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Objetivo específico 8

Determinar la relación que existe entre el vestirse y desvestirse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Objetivo específico 9

Determinar la relación que existe entre el control de heces del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Objetivo específico 10

Determinar la relación que existe entre el control de orina del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

II. MÉTODO

2.1. Diseño de investigación

Método:

Se empleó el método hipotético- deductivo que, según Dulcey (2015) posee varios pasos pertenecientes a la observación del hecho a investigar, elaboración de una hipótesis para explicar dicho suceso y demostración de la verdad de los enunciados deducidos relacionándolos con la práctica.

Enfoque:

Enfoque cuantitativo, se usó para el recogimiento de datos para comprobar la hipótesis con base numérica, análisis estadístico y verificar teorías. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Tipo:

Investigación fue de tipo básica, llamada fundamental, que según Rivera (2017) consiste en estudios que buscan responder preguntas para extender la información que obtiene del mundo.

Alcance:

El alcance de la investigación fue descriptivo, “busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice” Hernández, *et al.* (2014, p.92). Correlacional busca la relación entre las variables dependencia funcional y sobrecarga.

Diseño:

El diseño fue no experimental, no se realizó manipulación alguna y estos fenómenos tuvieron que ser evaluados, analizados y establecieron vinculaciones. La investigación es de corte transversal ya que la información se recopiló en un solo momento. Hernández, *et al.* (2014).

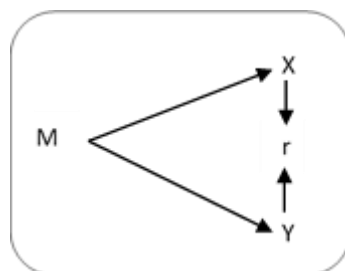


Figura 1. Esquema de diseño correlacional

Dónde:

M1: 80 cuidadores de los pacientes

O1: Observación sobre la variable dependencia funcional

O2: Observación sobre la variable sobrecarga del cuidador primario

R: relación entre dos variables

2.2. Variables, operacionalización

Definición conceptual de las variables

Variable 1: Dependencia funcional

Para Bertone, Torres y Andrada (2014) la dependencia funcional es entendida como un estado que imposibilita al sujeto por razones asociadas a la falta o deterioro de autonomía física, psíquica o intelectual, a valerse por sus propios medios para realizar las tareas cotidianas como lo son, bañarse, caminar, ir al baño, levantarse de la cama, contestar el teléfono, entre otras.

Variable 2: Sobrecarga del cuidador primario

Palacios y Liménez (2008) afirmaron que la sobrecarga del cuidador primario es el resultado del estrés crónico producido por la lucha diaria contra la enfermedad, la monotonía de las tareas y la sensación de falta de control, entre otros. Se caracteriza por actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo; desmotivación, depresión angustia, trastornos psicossomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas realice, agobio continuado con sentimiento de ser desbordado por la situación, lo cual, finalmente, se traduce en alto nivel de estrés.

Definición operacional de las variables

Variable 1: Dependencia funcional

Para medir el grado de dependencias de los adulto mayor, se usó el instrumento de Barthel citado en Escarcina y Huayta (2016) dividido en 10 dimensiones tales como: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse o ducharse, desplazarse, subir y bajar escalera, vestirse y desvestirse, control de heces y control de orina.

Variable 2: Sobrecarga del cuidador primario

Según el Test de Zarit citado en Lipa (2018), se consideró que debido al exceso de trabajo del cuidador se deben considerar 3 dimensiones que son: Impacto del cuidado, Relaciones interpersonales y Expectativas de la autoeficacia.

Tabla 1

Operacionalización de la variable dependencia funcional

Dimensión	Indicador	Ítems	Categoría
Comer	Se alimenta por si solo Necesita ayuda para su alimentación.	1	Dependencia total (0 - 20 pts.)
Trasladarse de la silla a cama	Se desplaza por si solo en su cama o silla. Necesita del personal de enfermería para desplazarse en cama	2	
Aseo personal	Realiza su aseo personal por sí mismo. Necesita de ayuda para su aseo personal.	3	Severa (21 a 60 pts.)
Uso de retrete	Se moviliza adecuadamente hacia el inodoro. -Necesita ayuda para ir al inodoro.	4	
Bañarse	Se moviliza solo para ir al baño. Necesita ayuda para moverse al baño.	5	
Desplazarse	Se desplaza por si solo en su cama o silla. Necesita del personal de enfermería para desplazarse en cama.	6	Moderada (61 a 90 pts.)
Subir y bajar escalera	Sube y baja las escaleras por si solo Necesita ayuda para poder subir y bajar las escaleras Es incapaz de subir las escaleras	7	
Vestirse y desvestirse	Se viste por si solo Necesita ayuda para vestirse Depende totalmente de un personal para vestirse.	8	Leve (91 a 99 pts.)
Control de heces	No presenta problemas en el control anal Presenta algún tipo de accidente en el control anal Presenta accidentes frecuentes	9	Independencia (100 pts.)
Control de orina	No presenta problemas en el control vesical. Presenta algunos accidentes con referente al control vesical. Presenta accidentes frecuentes e el control vesical.	10	

Nota: Adaptado de Barthel (2010)

Tabla 2

Operacionalización de la variable sobrecarga del cuidador primario

Dimensiones	Indicador	Ítems	Categoría
Impacto del cuidado.	No cuenta con tiempo suficiente para uno mismo.	(1-12)	No sobrecarga (22 - 46)
	Vida social afectada. Sobrecarga familiar. Dependencia familiar. Distanciamiento con las amistades. Preocupación del futuro de los familiares		
Relaciones interpersonales	Inseguridad familiar	(13-18)	Carga leve (47-55)
	Sentimientos o molestia hacia la familia. Están avergonzados por sus conductas familiares		Carga intensa (56 -110)
Expectativas de la autoeficacia	Capacidad del cuidado familiar. Influencia de la economía en el cuidado familiar.	(19-22)	

Nota: Adaptado de Martin y Salvador (1996)

2.3. Población y muestra

La investigación se realizó en el HEG3ES, que se encuentra ubicado en la Av. Grau N° 351, Cercado de Lima, en el Servicio de Hospitalización Medicina, que cuenta con 06 ambientes con 114 camas entre mujeres y varones.

Población

Estuvo representada por el número total de los pacientes adultos mayores y cuidadores primarios incorporados en el programa familiar acompañante que se encuentran en Servicio de Medicina Interna del Hospital Emergencias Grau III Es salud, en el ambiente del noveno piso durante el mes de diciembre del 2018 que son un aproximado de 80 cuidadores de los adultos mayores con dependencia funcional.

Se solicitó previo trámite administrativo- a través de una solicitud dirigida a la directora del Hospital III Emergencias Grau-Es salud a fin de obtener su autorización para el desarrollo del Programa de Familiar Acompañante, luego se presentó el proyecto a la Oficina de Docencia e Investigación. Con la aprobación se solicitó el permiso de la

jefatura de enfermería; a la coordinadora del Programa del Familiar Acompañante bajo criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Los datos recolectados serán mediante escalas de valoración. Estos serán vaciados en (programa Excel) para su captura y procesamiento (programa SPSS) en que se usó el Coeficiente, a fin de confirmar o desconformar la hipótesis.

Muestra

Se trabajó con una muestra calculada ya que según estadística del programa familiar acompañante en el año 2017 en el mes de diciembre se atendieron a 80 pacientes adultos mayores con dependencia funcional y sus respectivos cuidadores, por lo tanto, se trabajó con 80 cuidadores de los pacientes.

Muestreo

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, donde aligeran a sujetos que voluntariamente accedieron colaborar en dicha investigación. Se utilizó este tipo de muestra por no tener datos con relación al total de adultos mayores con dependencia que ingresan al programa familiar acompañante.

Criterio de inclusión

Cuidadores que ingresan al programa en mención, en un periodo de 30 días.

Los cuidadores deben ser mayores de edad.

Hispanohablante que acepte participar y firmen el consentimiento.

Criterios de exclusión

Cuidadores menores de 18 años.

Que tengan dolencias al ingresan al programa en mención en un periodo de 30 días

Quechua hablante y que no acepten firmar dicho consentimiento.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Para investigar el método se utilizó (la encuesta) y los datos fueron recolectados haciendo uso de los instrumentos para la medición que se detallan a continuación:

Instrumentos:

V1: Dependencia funcional (Barthel).

Para medir el grado de dependencias de los adulto mayor, se usó como instrumento y consta de 10 ítems, dividido en 10 dimensiones tales como; comer (3 ítems), trasladarse entre la silla y la cama (4 ítems), aseo personal (2 ítems), uso del retrete (3 ítems), bañarse o ducharse (2 ítems), desplazarse (4 ítems), subir y bajar escalera (3 ítems), vestirse y desvestirse (3 ítems), control de heces (3 ítems) y control de orina (3 ítems), la técnica que se utilizó fue la entrevista.

Tabla 3

Alfa de Cronbach de la variable dependencia funcional del adulto mayor

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,950	10

Se observa en tabla 4, el Alfa de Cronbach con un resultado 0,950. Por lo tanto, podemos asegurar que el instrumento que mide la variable Dependencia funcional del adulto mayor tiene una alta confiabilidad. Es así que el instrumento es aplicable y para la recolección de datos los ítems son los adecuados

Tabla 4

Baremos de la variable dependencia funcional

Cuantitativo						Cualitativo
General	Dim1	Dim2	Dim3	Dim4	Dim 5	
91-99	3	3	3	3	3	Leve
61-90	2	2	2	2	2	Moderada
0-20	1	1	1	1	1	Dependencia total

Cuantitativo					Cualitativo
Dim6	Dim7	Dim8	Dim9	Dim 10	
3	3	3	3	3	Leve
2	2	2	2	2	Moderada
1	1	1	1	1	Dependencia total

V2: Escala de Zarit.

Para valorar y determinar sobrecarga del (CP) en atención del adulto mayor, constituida por 22 ítems, dividida en 3 dimensiones tales como; la dimensión Impacto del cuidador (12 ítems), dimensión Relaciones interpersonales (6 ítems) y la dimensión Expectativas de autoeficacia (4 ítems).

El instrumento creado en el año 1985 por Zarit, fue validado y adaptado al español por Martin y Salvador en 1996 en el Hospital Virgen del Camino de California, Estados Unidos. Con un Coeficiente de Pearson de 0.86. Siendo por lo tanto un instrumento altamente significativo.

Tabla 5

Alfa de Cronbach de la variable sobrecarga del cuidador primario

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,801	22

Se observa en tabla 5, el Alfa de Cronbach con un resultado 0,80. Por lo tanto, podemos asegurar que el instrumento que mide la variable Sobrecarga del cuidador primario tiene una fuerte confiabilidad. Es así que el instrumento es aplicable y para la recolección de datos los ítems son los adecuados.

Tabla 6

Escalas y baremos de la variable sobrecarga del (CP) en adultos mayores

General	Cuantitativo			Cualitativo
	Dim1	Dim2	Dim3	
56-110	44-60	22-30	16-20	Carga intensa
47-55	28-43	14-21	10-15	Carga leve
22-46	12-27	6-13	4-9	No sobrecarga

La duración de aplicación de la encuesta va a variar debido al tiempo que demoraron los encuestados en responder. Así mismo se recabo información de ambas variables.

Una vez aplicada las encuestas se procedió a su revisión en busca de datos vacíos o mal tomados, si eso ocurría se procedía a corregir dicha información.

Al término de la aplicación de las encuestas se codificaron y vaciaron al programa SPSS vs 25.

Los resultados fueron discutidos en función de los antecedentes y base teórica.

Se usó el análisis de frecuencia y la estadística descriptiva.

Prueba de hipótesis se utilizó Rho spearman.

Resultado de análisis de confiabilidad del instrumento que mide la Dependencia funcional del adulto mayor y la sobrecarga de la Prueba Piloto, se realizó a 11 cuidadores, se utilizó el Alfa de Cronbach, teniendo como resultado 0,950 para dependencia funcional lo cual tiene una alta confiabilidad, mientras que para sobrecarga del cuidador fue de 0,80 teniendo una fuerte confiabilidad.

2.5. Aspectos éticos

El análisis se realizó en el (PFA) del hospital emergencias Grau; siguiendo las normas establecidas por la Universidad Cesar Vallejo y el Comité Institucional de Ética.

Una vez identificado al cuidador de una familia, se pidió su consentimiento para involucrarse con la investigación y se procedió a la realización de la entrevista con la encuesta diseñada para el estudio.

Se considerará los 4 principios

Bioética: basados en los códigos internacionales y nacionales.

No maleficencia: no se dañará la imagen del familiar, su paciente, ni del Hospital.

Justicia: todos los familiares recibirán el mismo trato.

Beneficencia: se ofrecerá un bien a los familiares y sus respectivos pacientes.

Autonomía: los familiares no serán forzados a participar. Así mismo se tendrá en cuenta la confidencialidad de los datos e identificación de la persona encuestada manteniendo en todo momento honestidad, respeto y competencia profesional durante el desarrollo del estudio.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis descriptivo de los resultados

Tabla 7

Descripción de la variable sexo y edad de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	34	42,5
	Femenino	46	57,5
	Total	80	100,0

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Menor de 50	28	35,0
	Mayor de 51	52	65,0
	Total	80	100,0

En la tabla 7 se observó que el 42.5% son de género masculino y el 57.5% son de género femenino., se observó que el 35% son menores de 50 años y el 65% son mayores de 51 años.

Tabla 8

Descripción de la variable sexo y edad de los cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	30	37,5
	Femenino	50	62,5
	Total	80	100,0

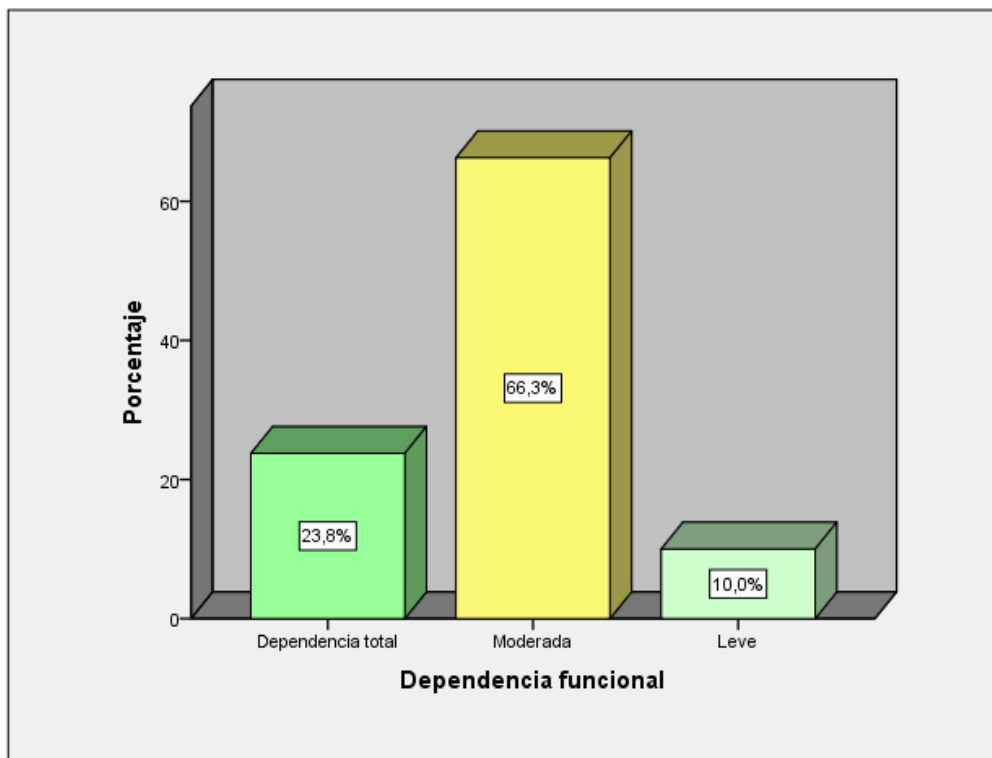
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Menor de 30	23	28,8
	Mayor de 31	57	71,3
	Total	80	100,0

En la tabla 8, se observó que el 37.5% son de género masculino y el 62.5% son de género femenino, se observó que el 28.8% son menores de 30 años y el 71.3% son mayores de 31 años.

Tabla 9

Niveles de la variable dependencia funcional

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia total	19	23,8
	Dependencia moderada	53	66,3
	Dependencia leve	8	10,0
	Total	80	100,0

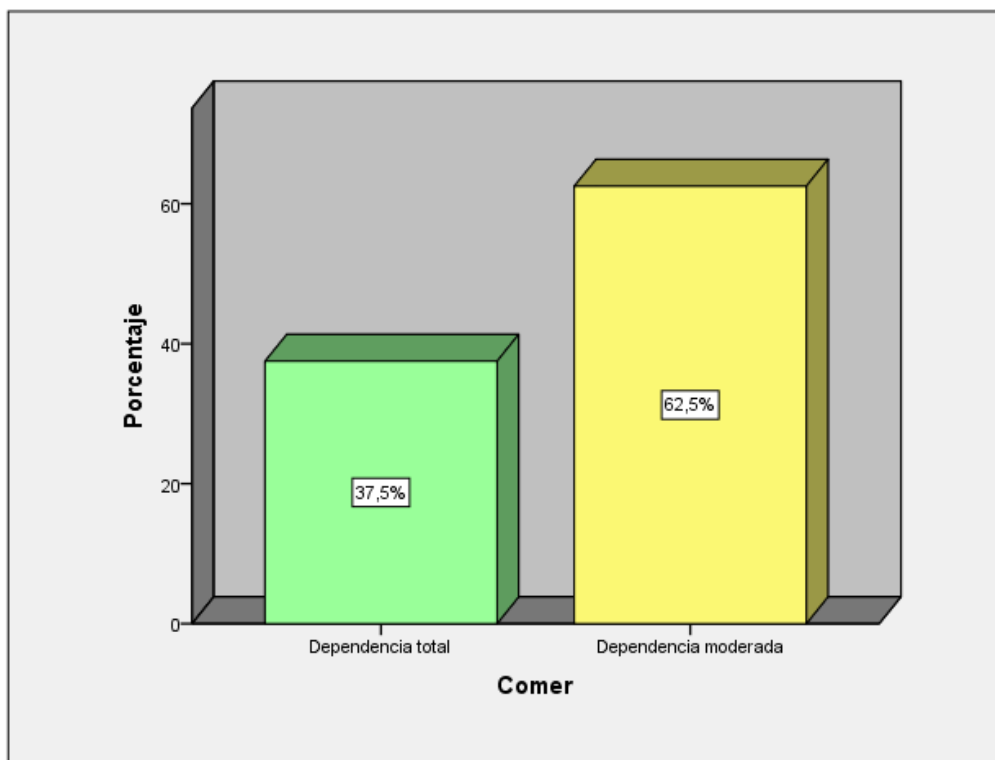
*Figura 2. Niveles de la variable dependencia funcional*

En la tabla 9 y figura 2, para los pacientes, el 23.8% percibe dependencia total, el 66.3% presenta nivel de dependencia moderada y el 10% presenta un nivel de dependencia leve de la variable Dependencia funcional.

Tabla 10

Niveles de la dimensión comer

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia total	30	37,5
	Dependencia moderada	50	62,5
	Total	80	100,0

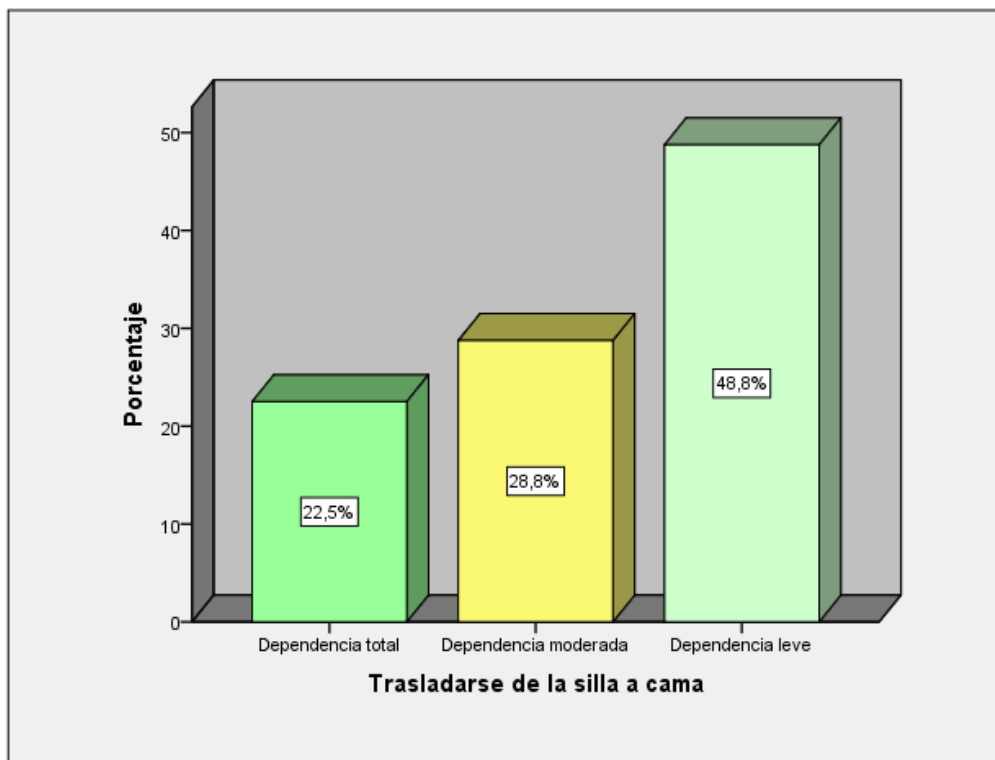
*Figura 3. Niveles de la dimensión comer*

En la tabla 10 y figura 3, para los pacientes, el 37.5% percibe dependencia total, el 62.5% presenta nivel de dependencia moderada y de la dimensión comer.

Tabla 11

Niveles de la dimensión trasladarse de la silla a cama

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia total	18	22,5
	Dependencia moderada	23	28,8
	Dependencia leve	39	48,8
	Total	80	100,0

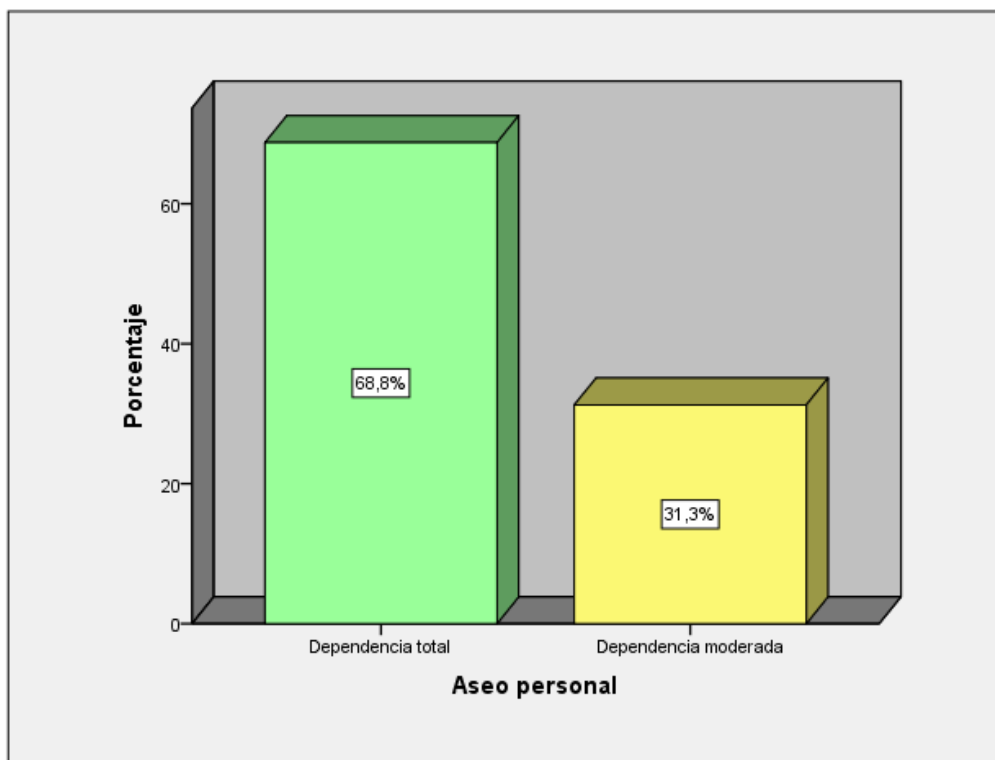
*Figura 4.* Niveles de la dimensión trasladarse de la silla a cama

En la tabla 11 y figura 4, para los pacientes, el 22.5% percibe dependencia total, el 28.8% presenta nivel de dependencia moderada y el 48.8% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión trasladarse de la silla a cama.

Tabla 12

Niveles de la dimensión aseo personal

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia total	55	68,8
	Dependencia moderada	25	31,3
	Total	80	100,0

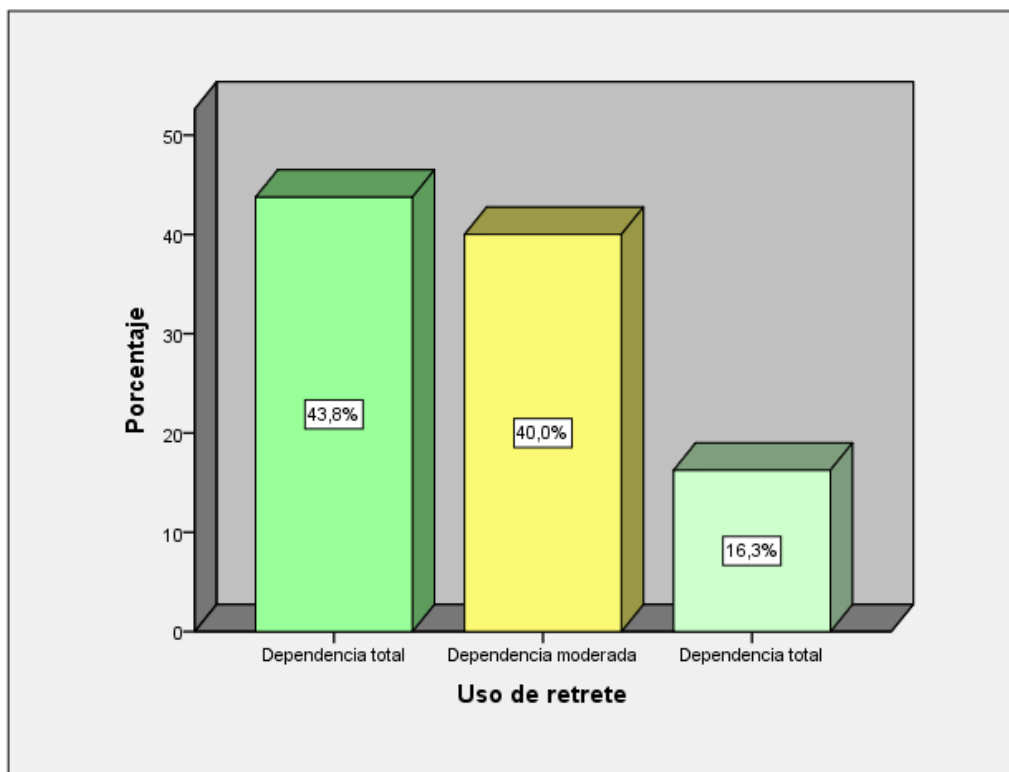
*Figura 5. Niveles de la dimensión aseo personal*

En la tabla 12 y figura 5, para los pacientes, el 68.8% percibe dependencia total, el 31.3% presenta nivel de dependencia moderada de la dimensión aseo personal.

Tabla 13

Niveles de la dimensión uso de retrete

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia total	35	43,8
	Dependencia moderada	32	40,0
	Dependencia leve	13	16,3
	Total	80	100,0

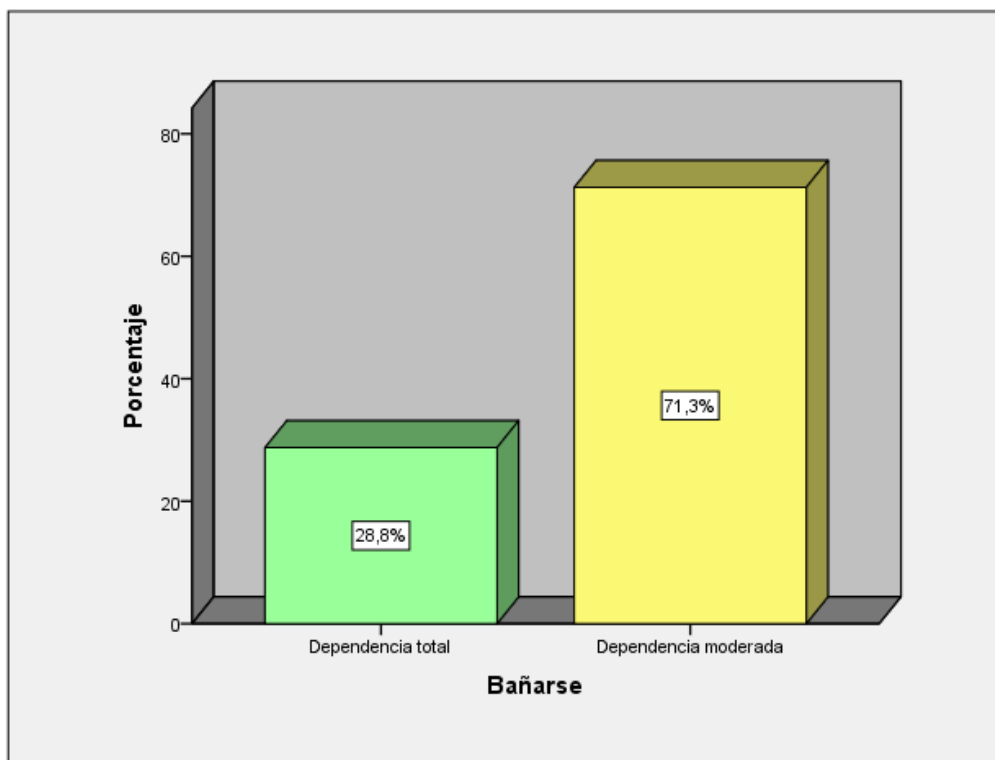
*Figura 6.* Niveles de la dimensión uso de retrete

En la tabla 13 y figura 6, para los pacientes, el 43,8% percibe dependencia total, el 40% presenta nivel de dependencia moderada y el 16,3% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión uso de retrete.

Tabla 14

Niveles de la dimensión bañarse

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia total	23	28,8
	Dependencia moderada	57	71,3
	Total	80	100,0

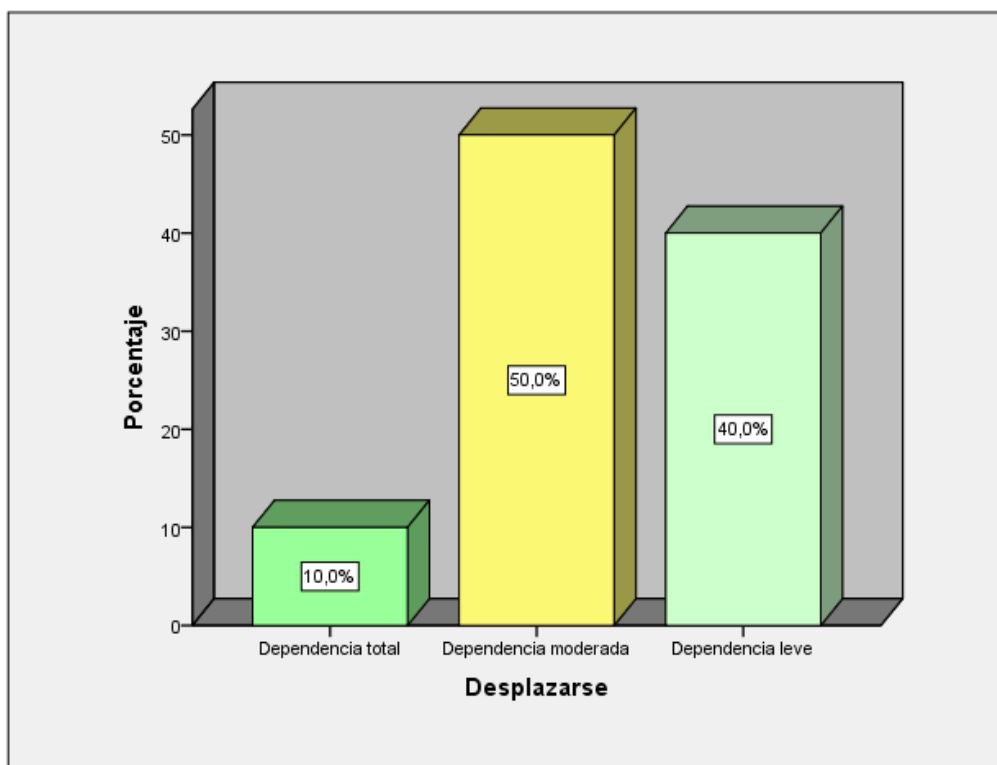
*Figura 7. Niveles de la dimensión bañarse*

En la tabla 14 y figura 7, para los pacientes, el 28.8% percibe dependencia total, el 71.3% presenta nivel de dependencia moderada y de la dimensión bañarse.

Tabla 15

Niveles de la dimensión desplazarse

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia total	8	10,0
	Dependencia moderada	40	50,0
	Dependencia leve	32	40,0
	Total	80	100,0

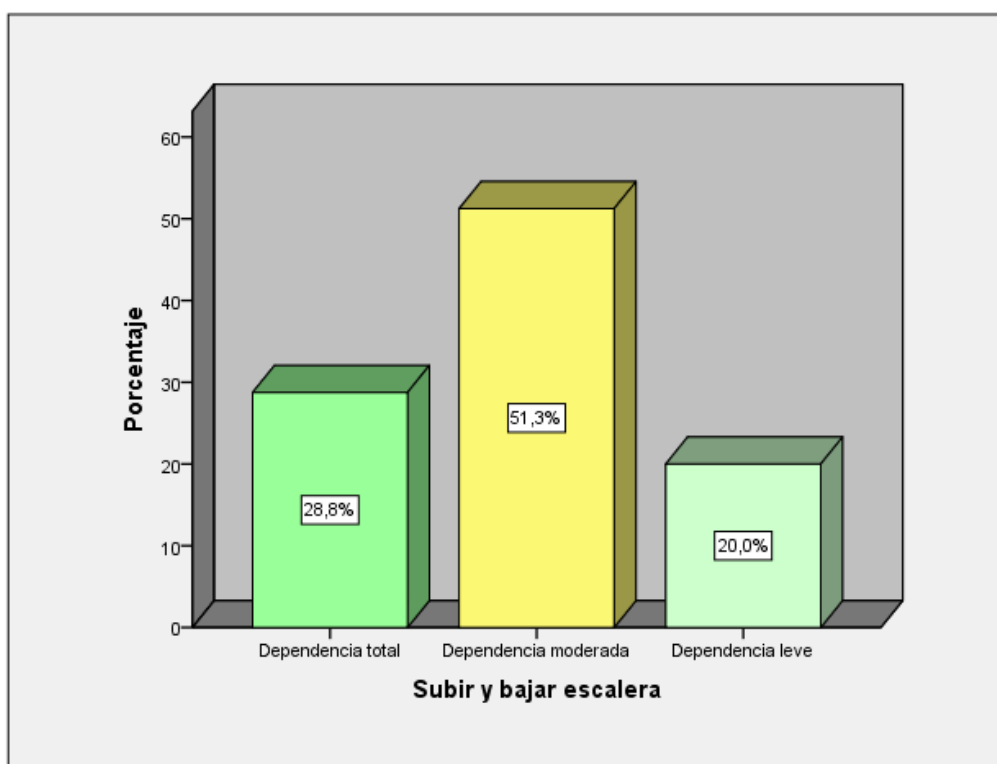
*Figura 8. Niveles de la dimensión desplazarse*

En la tabla 15 y figura 8, para los pacientes, el 10% percibe dependencia total, el 50% presenta nivel de dependencia moderada y el 40% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión desplazarse.

Tabla 16

Niveles de la dimensión subir y bajar escalera

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia total	23	28,8
	Dependencia moderada	41	51,3
	Dependencia leve	16	20,0
	Total	80	100,0

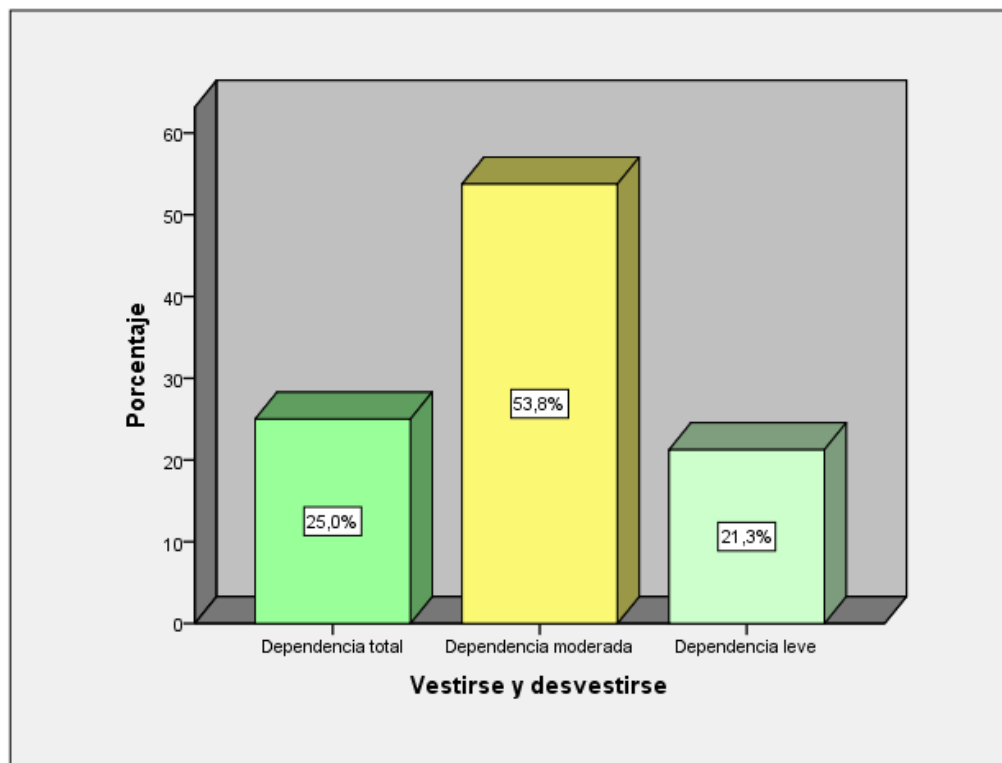
*Figura 9. Niveles de la dimensión subir y bajar escalera*

En la tabla 16 y figura 9, para los pacientes, el 28.8% percibe dependencia total, el 51.3% presenta nivel de dependencia moderada y el 20% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión subir y bajar escalera.

Tabla 17

Niveles de la dimensión vestirse y desvestirse

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia total	20	25,0
	Dependencia moderada	43	53,8
	Dependencia leve	17	21,3
	Total	80	100,0

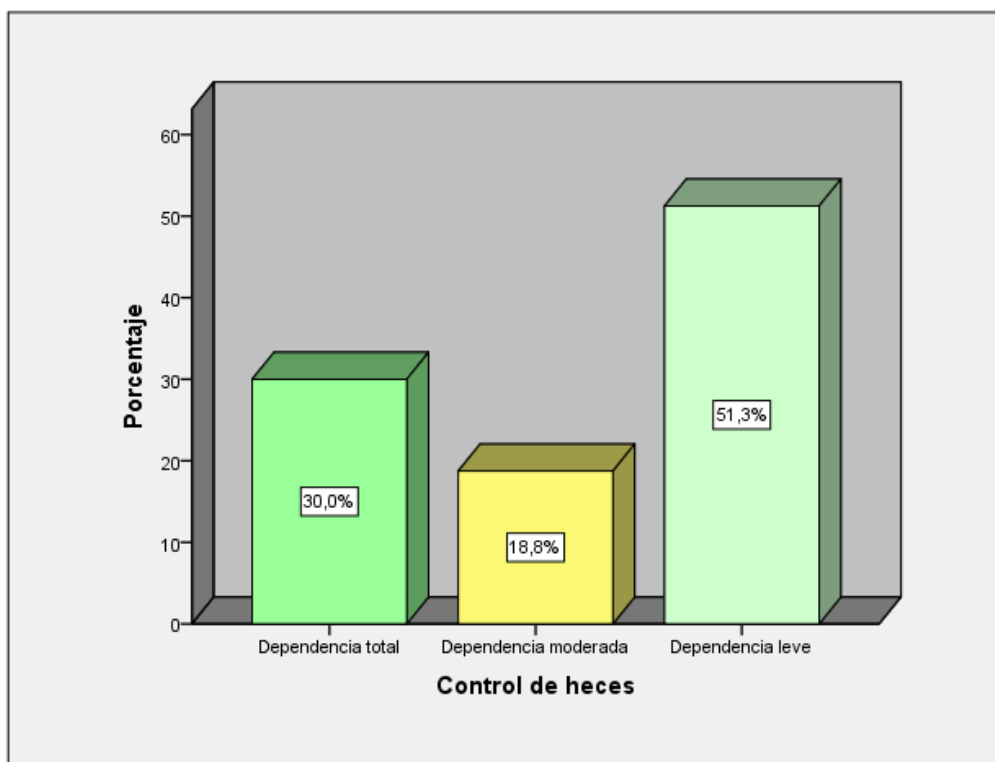
*Figura 10.* Niveles de la dimensión vestirse y desvestirse

En la tabla 17 y figura 10, para los pacientes, el 25% percibe dependencia total, el 53.8% presenta nivel de dependencia moderada y el 21.3% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión vestirse y desvestirse.

Tabla 18

Niveles de la dimensión control de heces

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia total	24	30,0
	Dependencia moderada	15	18,8
	Dependencia leve	41	51,3
	Total	80	100,0

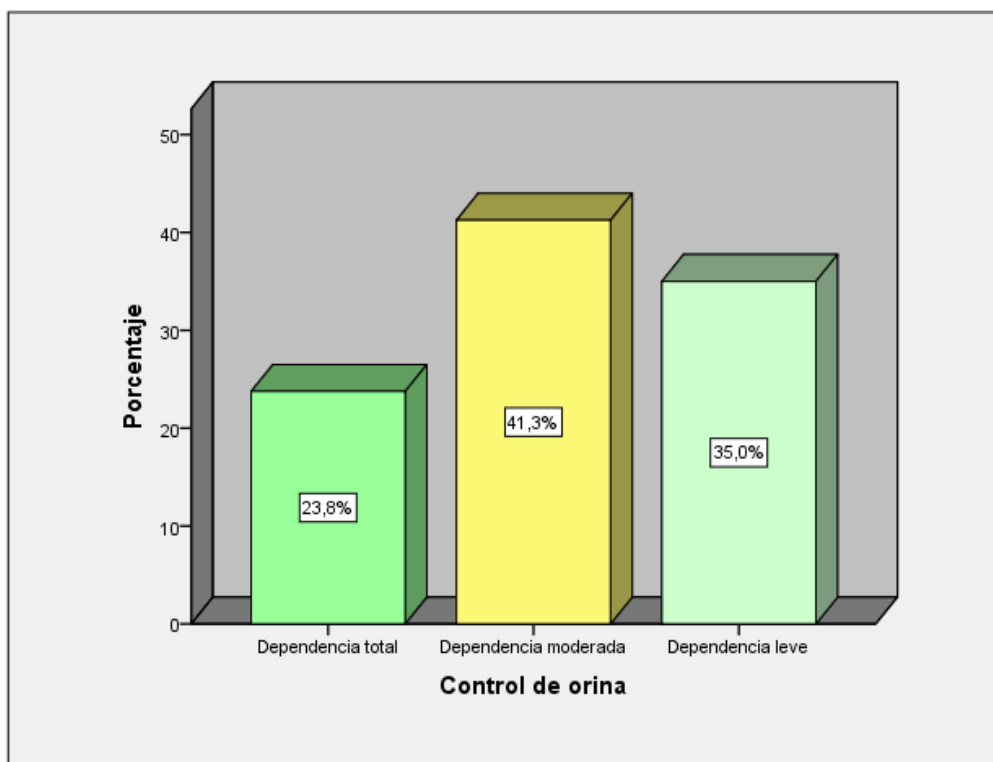
*Figura 11. Niveles de la dimensión control de heces*

En la tabla 18 y figura 11, para los pacientes, el 30% percibe dependencia total, el 18.8% presenta nivel de dependencia moderada y el 51.3% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión control de heces.

Tabla 19

Niveles de la dimensión control de orina

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia total	19	23,8
	Dependencia moderada	33	41,3
	Dependencia leve	28	35,0
	Total	80	100,0

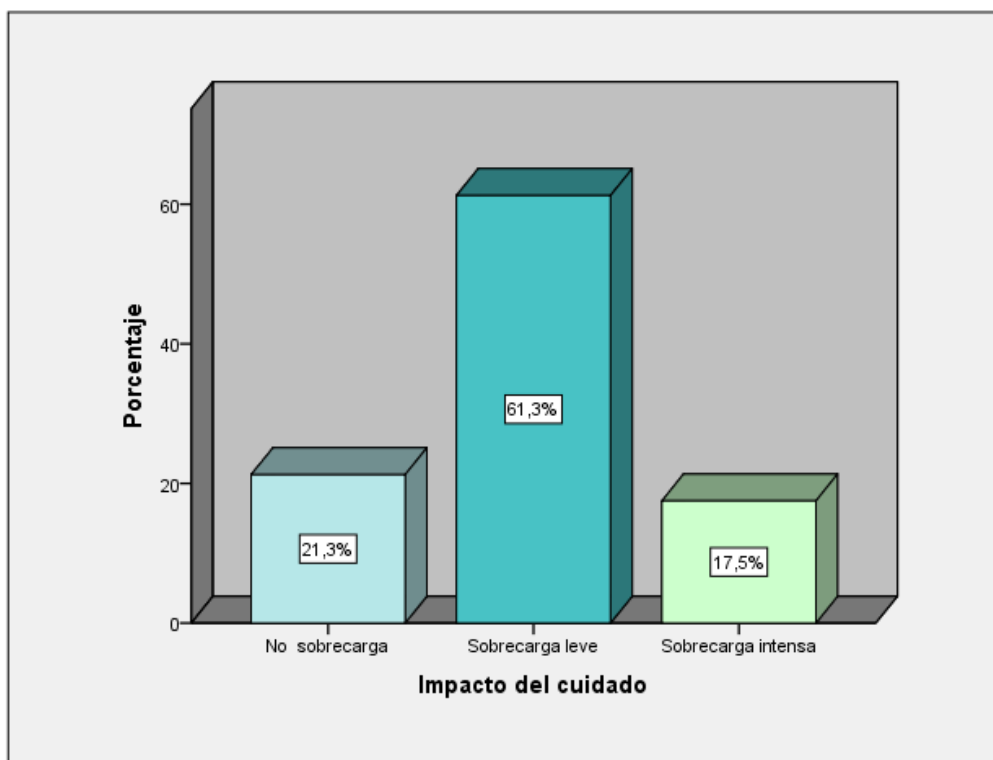
*Figura 12. Niveles de la dimensión control de orina*

En la tabla 19 y figura 12, para los pacientes, el 23.8% percibe dependencia total, el 41.3% presenta nivel de dependencia moderada y el 35% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión control de orina.

Tabla 20

Niveles de la variable impacto del cuidado

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No sobrecarga	17	21,3
	Sobrecarga leve	49	61,3
	Sobrecarga intensa	14	17,5
	Total	80	100,0

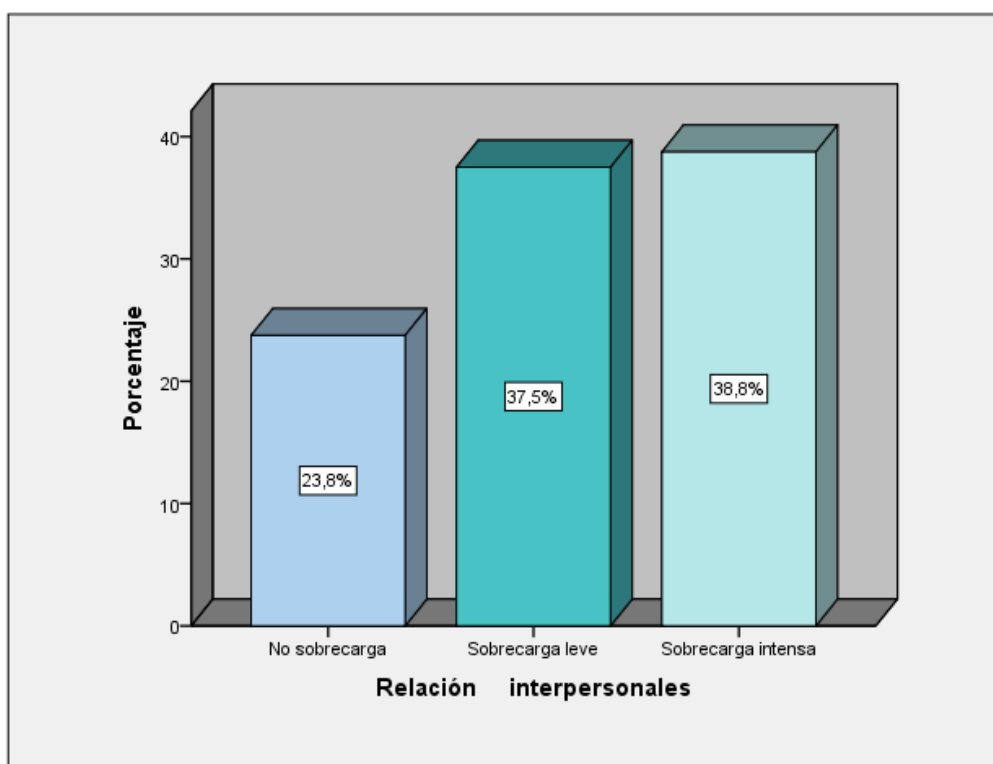
*Figura 13. Niveles de la variable impacto del cuidado*

En la tabla 20 y figura 13, el 21.3% presenta un nivel de no sobrecarga, 61.3% presenta sobrecarga leve y el 17.5% presenta sobrecarga intensa de impacto del cuidado.

Tabla 21

Niveles de la dimensión relaciones interpersonales

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No sobrecarga	19	23,8
	Sobrecarga leve	30	37,5
	Sobrecarga intensa	31	38,8
	Total	80	100,0

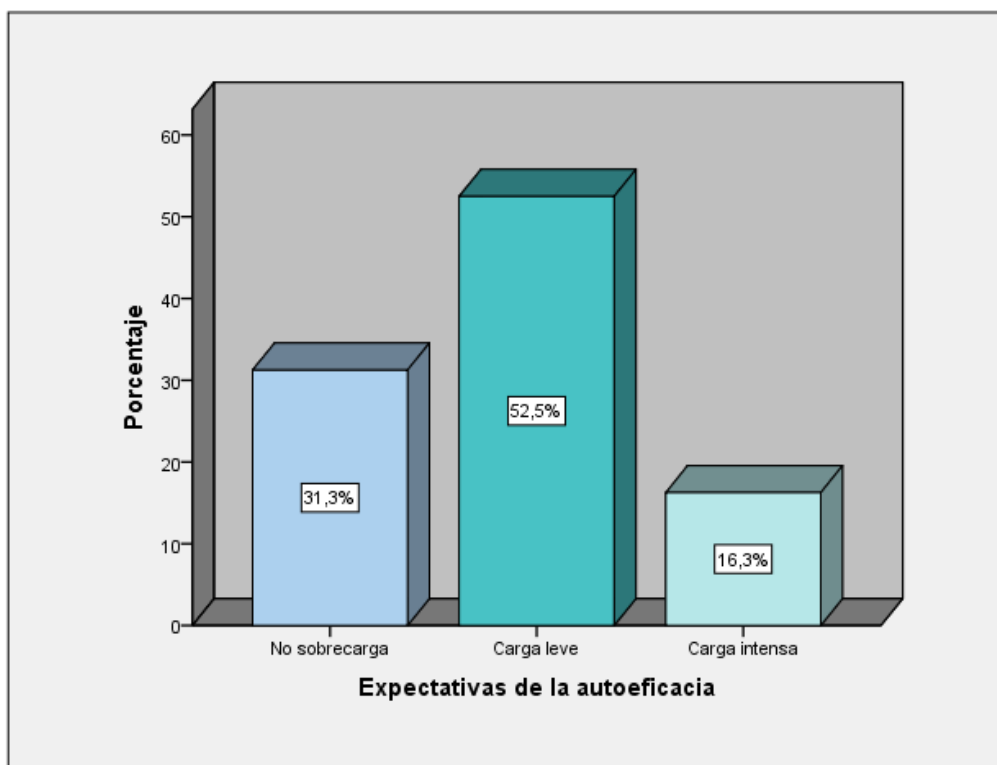
*Figura 14.* Niveles de la dimensión relaciones interpersonales

En la tabla 21 y figura 14, el 23.8% presenta un nivel de no sobrecarga, 37.5% presenta sobrecarga leve y el 38.8% presenta sobrecarga en relaciones interpersonales.

Tabla 22

Niveles de la dimensión expectativas de la autoeficacia

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No sobrecarga	25	31,3
	Carga leve	42	52,5
	Carga intensa	13	16,3
	Total	80	100,0

*Figura 15.* Niveles de la dimensión expectativas de la autoeficacia

En la tabla 22 y figura 15, el 31.3% presenta un nivel de no sobrecarga, 52.5% presenta sobrecarga leve y el 16.3% presenta expectativas de la autoeficacia.

Tabla 23

Niveles de la dependencia funcional y sobrecarga laboral

		Sobrecarga del (CP) en adultos mayores				
		No sobrecarga	Carga leve	Carga intensa	Total	
Dependencia funcional	Dependencia total	Recuento	10	9	0	19
		% del total	12,5%	11,3%	0,0%	23,8%
	Moderada	Recuento	6	35	12	53
		% del total	7,5%	43,8%	15,0%	66,3%
	Leve	Recuento	0	3	5	8
		% del total	0,0%	3,8%	6,3%	10,0%
Total	Recuento	16	47	17	80	
	% del total	20,0%	58,8%	21,3%	100,0%	

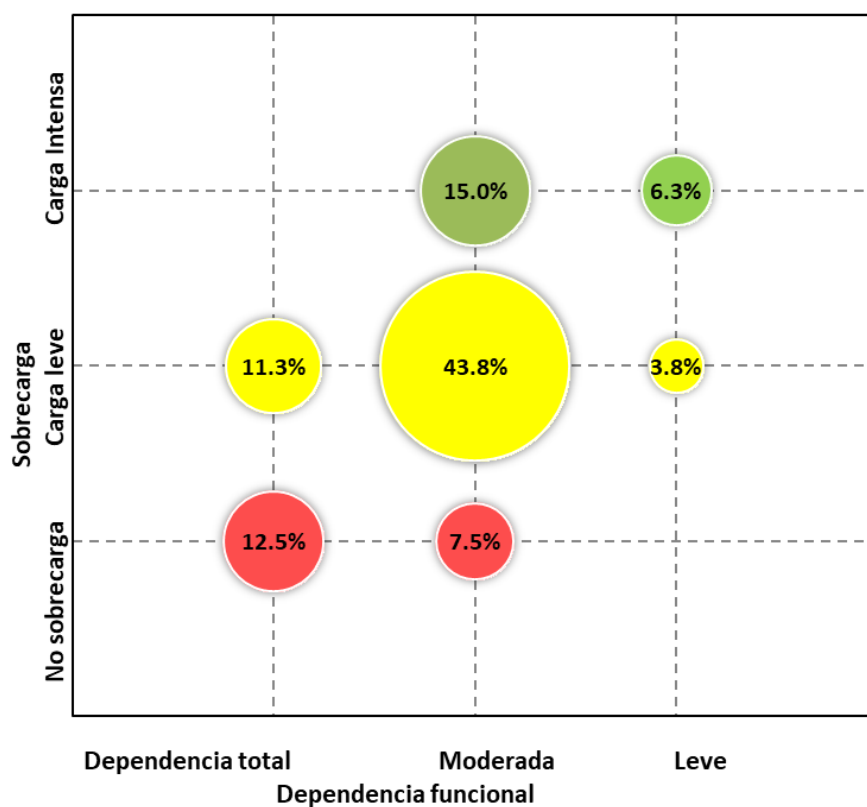


Figura 16. Niveles de la dependencia funcional y sobrecarga laboral

En la tabla y figura se encontró que, si la dependencia funcional es de nivel de dependencia total, el 12.5% no presenta sobrecarga, el 11.3% presenta nivel de carga leve; si la dependencia funcional es de nivel moderada el 7.5% no presenta sobrecarga, el 43.8% presenta nivel de carga leve y el 15% presenta nivel de carga intensa y si la dependencia

funcional es de nivel leve el 3.8% presenta nivel de carga leve y el 6.3% presenta nivel de carga intensa.

Tabla 23

Niveles de la dimensión comer y sobrecarga

			Sobrecarga del (CP) en adultos mayores			
			No sobrecarga	Carga leve	Carga intensa	Total
Comer	Dependencia total	Recuento	12	17	1	30
		% del total	15,0%	21,3%	1,3%	37,5%
	Dependencia moderada	Recuento	4	30	16	50
		% del total	5,0%	37,5%	20,0%	62,5%
Total		Recuento	16	47	17	80
		% del total	20,0%	58,8%	21,3%	100,0%

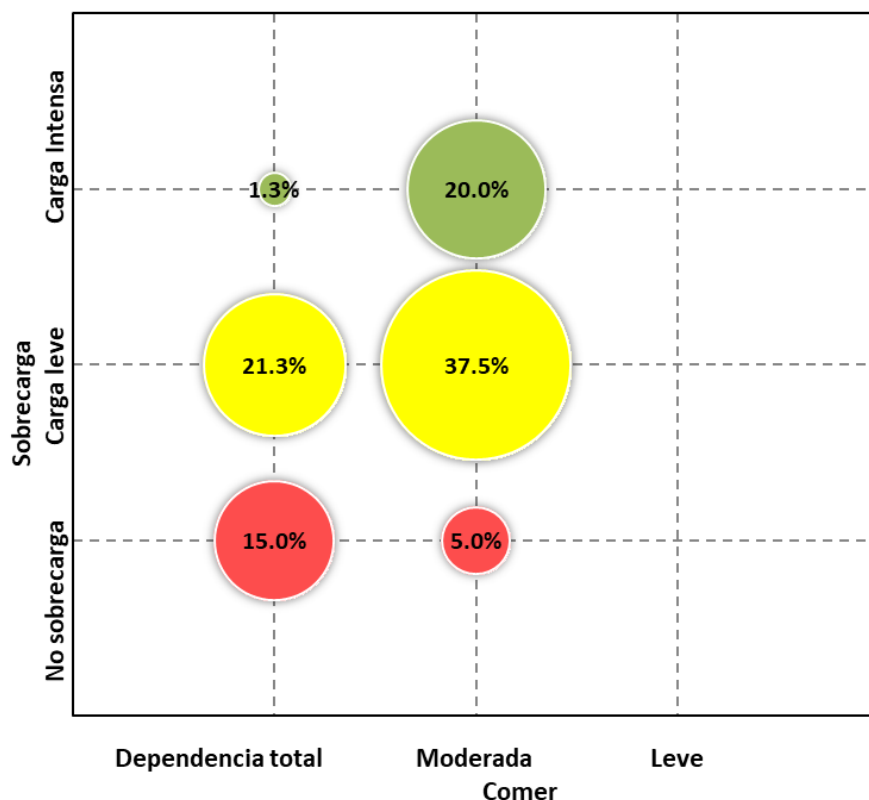


Figura 16. Niveles de la dimensión comer y sobrecarga

En la tabla y figura se encontró que, si la dimensión comer es de nivel de dependencia total, el 15% no presenta sobrecarga, el 21.3% presenta nivel de carga leve y el 1.3% presenta nivel de carga intensa; si la dimensión comer es de nivel dependencia moderada el 5% no presenta sobrecarga, el 37.5% presenta nivel de carga leve y el 20% presenta nivel de carga intensa.

Tabla 23

Niveles de la dimensión Trasladarse de la silla a cama y sobrecarga

Tabla cruzada Trasladarse de la silla a cama			*Sobrecarga del (CP) en adultos mayores			
			Sobrecarga del (CP) en adultos mayores			
			No sobrecarga	Carga leve	Carga intensa	Total
Trasladarse de la silla a cama	Dependencia total	Recuento	12	6	0	18
		% del total	15,0%	7,5%	0,0%	22,5%
	Dependencia moderada	Recuento	2	13	8	23
		% del total	2,5%	16,3%	10,0%	28,8%
	Leve	Recuento	2	28	9	39
		% del total	2,5%	35,0%	11,3%	48,8%
Total		Recuento	16	47	17	80
		% del total	20,0%	58,8%	21,3%	100,0%

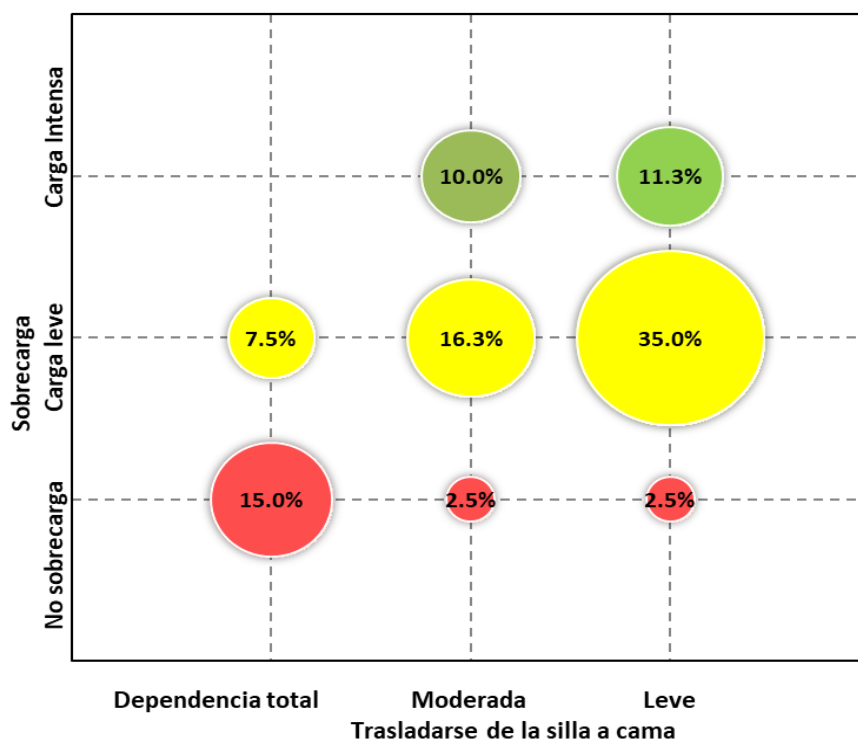


Figura 16. Niveles de la dimensión Trasladarse de la silla a cama y sobrecarga

En la tabla y figura se encontró que, si la dimensión Trasladarse de la silla a cama es de nivel de dependencia total, el 15% no presenta sobrecarga, el 7.5% presenta nivel de carga leve; si la dimensión Trasladarse de la silla a cama es de nivel moderada el 2.5% no presenta sobrecarga, el 16.3% presenta nivel de carga leve y el 10% presenta nivel de carga intensa y si la dimensión Trasladarse de la silla a cama es de nivel leve el 2.5% presenta nivel de no sobrecarga, el 35% presenta nivel de carga leve y el 11.3% presenta nivel de carga intensa.

Tabla 23

Niveles de la dimensión aseo personal y sobrecarga

		Sobrecarga del (CP) en adultos mayores				
		No sobrecarga	Carga leve	Carga intensa	Total	
Aseo personal	Dependencia total	Recuento	14	31	10	55
		% del total	17,5%	38,8%	12,5%	68,8%
	Dependencia moderada	Recuento	2	16	7	25
		% del total	2,5%	20,0%	8,8%	31,3%
Total		Recuento	16	47	17	80
		% del total	20,0%	58,8%	21,3%	100,0%

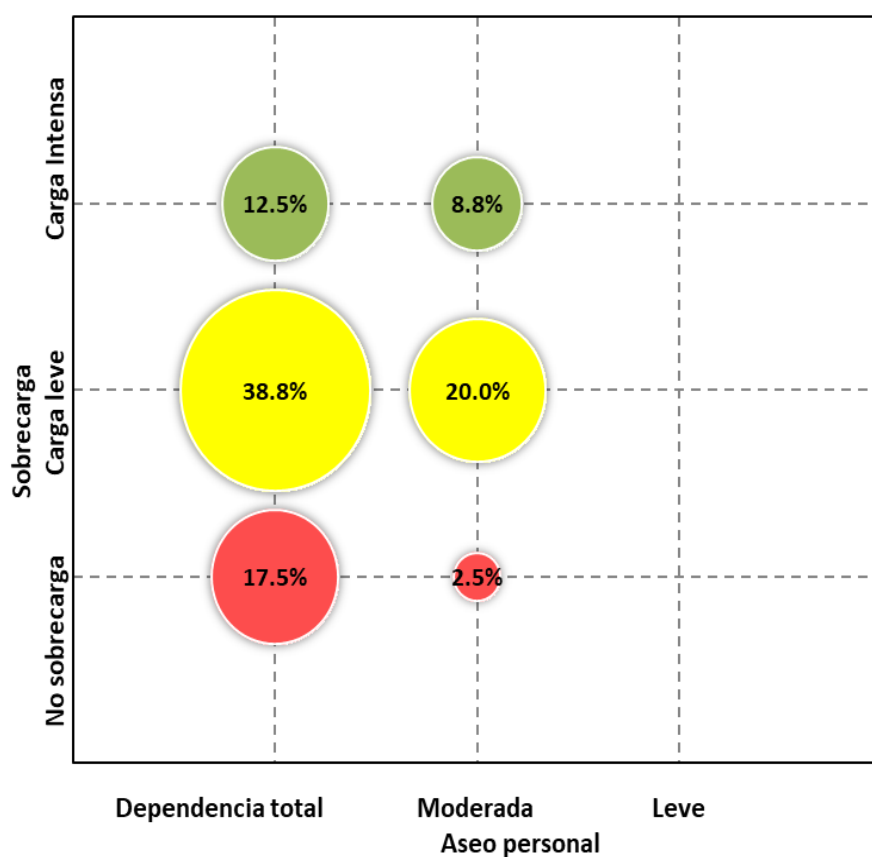


Figura 16. Niveles de la dimensión aseo personal y sobrecarga

En la tabla y figura se encontró que, si la dimensión aseo personal es de nivel de dependencia total, el 17.5% no presenta sobrecarga, el 38.8% presenta nivel de carga leve y el 12.5% presenta carga intensa; si la dimensión aseo personal es de nivel moderada el 2.5% no presenta sobrecarga, el 20% presenta nivel de carga leve y el 8.8% presenta nivel de carga intensa.

Tabla 23

Niveles de la dimensión uso de retrete y sobrecarga

		Sobrecarga del (CP) en adultos mayores				
		No sobrecarga	Carga leve	Carga intensa	Total	
Uso de retrete	Dependencia total	Recuento	11	19	5	35
		% del total	13,8%	23,8%	6,3%	43,8%
	Dependencia moderada	Recuento	4	22	6	32
		% del total	5,0%	27,5%	7,5%	40,0%
	Leve	Recuento	1	6	6	13
		% del total	1,3%	7,5%	7,5%	16,3%
Total	Recuento	16	47	17	80	
	% del total	20,0%	58,8%	21,3%	100,0%	

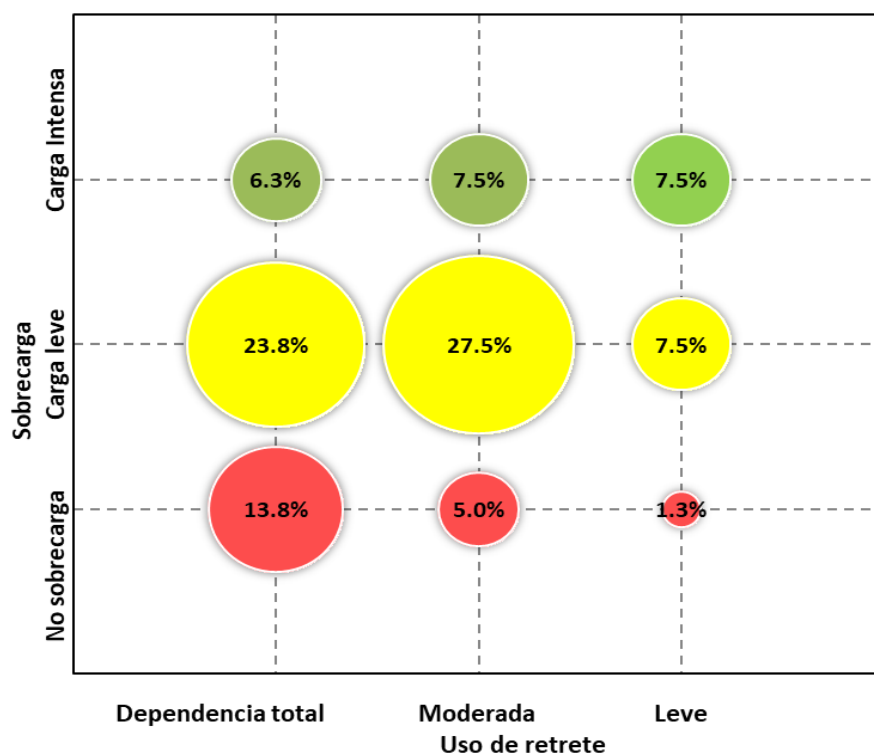


Figura 16. Niveles de la dimensión uso de retrete y sobrecarga

En la tabla y figura se encontró que, si la dimensión uso de retrete es de nivel de dependencia total, el 13.6% no presenta sobrecarga, el 23.8% presenta nivel de carga leve y el 6.3% presenta carga intensa; si la dimensión uso de retrete es de nivel moderada el 5% no presenta sobrecarga, el 27.5% presenta nivel de carga leve y el 7.5% presenta nivel de carga intensa y si la dimensión uso de retrete es de nivel leve el 1.3 % presenta nivel de no sobrecarga, el 7.5% presenta nivel de carga leve y el 7.5% presenta nivel de carga intensa.

Tabla 23

Niveles de la dimensión bañarse y sobrecarga

		Sobrecarga del (CP) en adultos mayores				
		No sobrecarga	Carga leve	Carga intensa	Total	
Bañarse	Dependencia total	Recuento	14	7	2	23
		% del total	17,5%	8,8%	2,5%	28,8%
	Dependencia moderada	Recuento	2	40	15	57
		% del total	2,5%	50,0%	18,8%	71,3%
Total		Recuento	16	47	17	80
		% del total	20,0%	58,8%	21,3%	100,0%

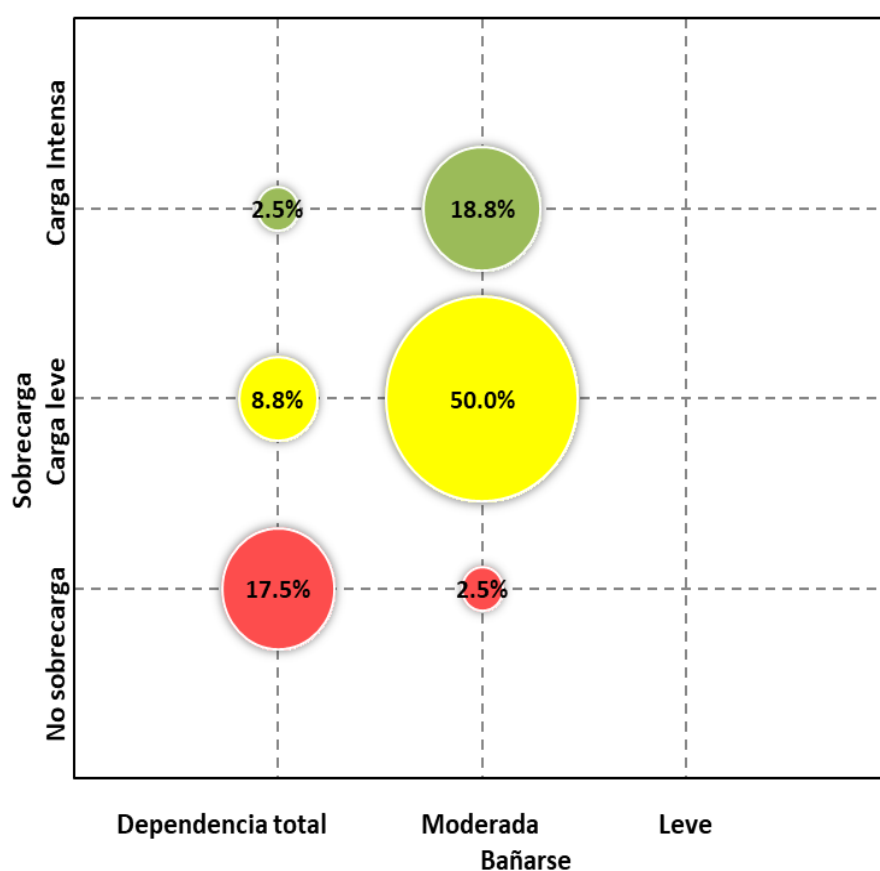


Figura 16. Niveles de la dimensión bañarse y sobrecarga

En la tabla y figura se encontró que, si la dimensión bañarse es de nivel de dependencia total, el 17,5% no presenta sobrecarga, el 8,8% presenta nivel de carga leve y el 2,5% es de nivel carga intensa; si la dimensión bañarse es de nivel moderada el 2,5% no presenta sobrecarga, el 50% presenta nivel de carga leve y el 18,8% presenta nivel de carga intensa.

Tabla 23

Niveles de la dimensión desplazarse y sobrecarga

		Sobrecarga del (CP) en adultos mayores				
		No sobrecarga	Carga leve	Carga intensa	Total	
Desplazarse	Dependencia total	Recuento	4	4	0	8
		% del total	5,0%	5,0%	0,0%	10,0%
	Dependencia moderada	Recuento	9	27	4	40
		% del total	11,3%	33,8%	5,0%	50,0%
	Leve	Recuento	3	16	13	32
		% del total	3,8%	20,0%	16,3%	40,0%
Total	Recuento	16	47	17	80	
	% del total	20,0%	58,8%	21,3%	100,0%	

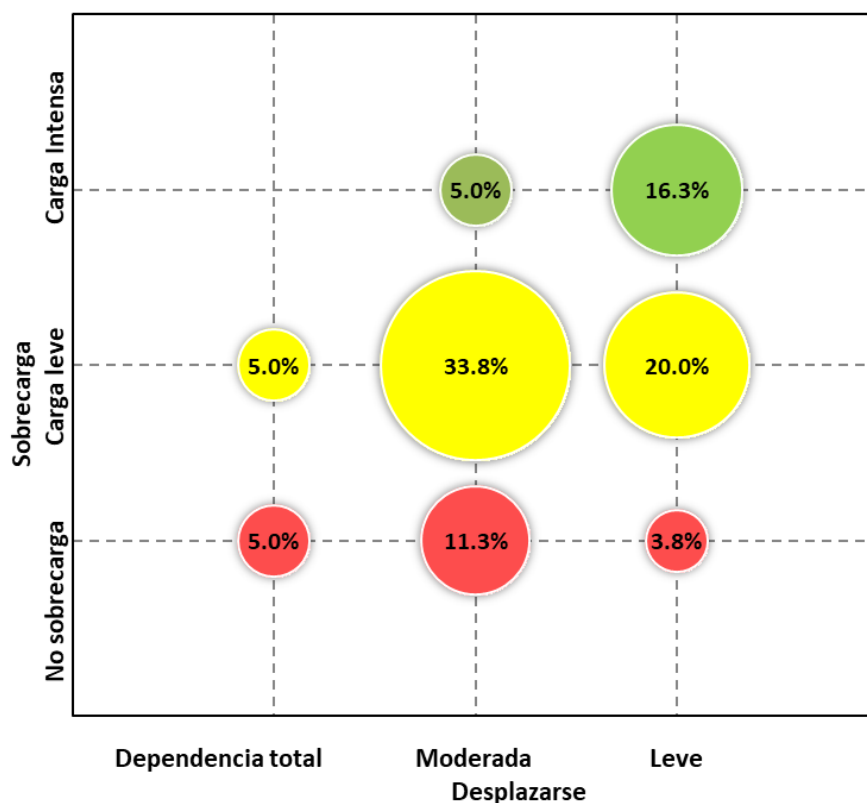


Figura 16. Niveles de la dimensión desplazarse y sobrecarga

En la tabla y figura se encontró que, si la dimensión desplazarse es de nivel de dependencia total, el 5% no presenta sobrecarga, el 5% presenta nivel de carga leve; si la dimensión desplazarse es de nivel moderada el 11.3% no presenta sobrecarga, el 33.8% presenta nivel de carga leve y el 5% presenta nivel de carga intensa y si la dimensión trasladarse es de nivel leve el 3.8% presenta nivel de no sobrecarga, el 20% presenta nivel de carga leve y el 16.3% presenta nivel de carga intensa.

Tabla 23

Niveles de la dimensión subir y bajar escalera y sobrecarga

		Sobrecarga del (CP) en adultos mayores				
		Recuento	No sobrecarga	Carga leve	Carga intensa	Total
Subir y bajar escalera	Dependencia total	11	11	1	23	
		13,8%	13,8%	1,3%	28,8%	
	Dependencia moderada	5	26	10	41	
		6,3%	32,5%	12,5%	51,3%	
	Leve	0	10	6	16	
		0,0%	12,5%	7,5%	20,0%	
Total	Recuento	16	47	17	80	
	% del total	20,0%	58,8%	21,3%	100,0%	

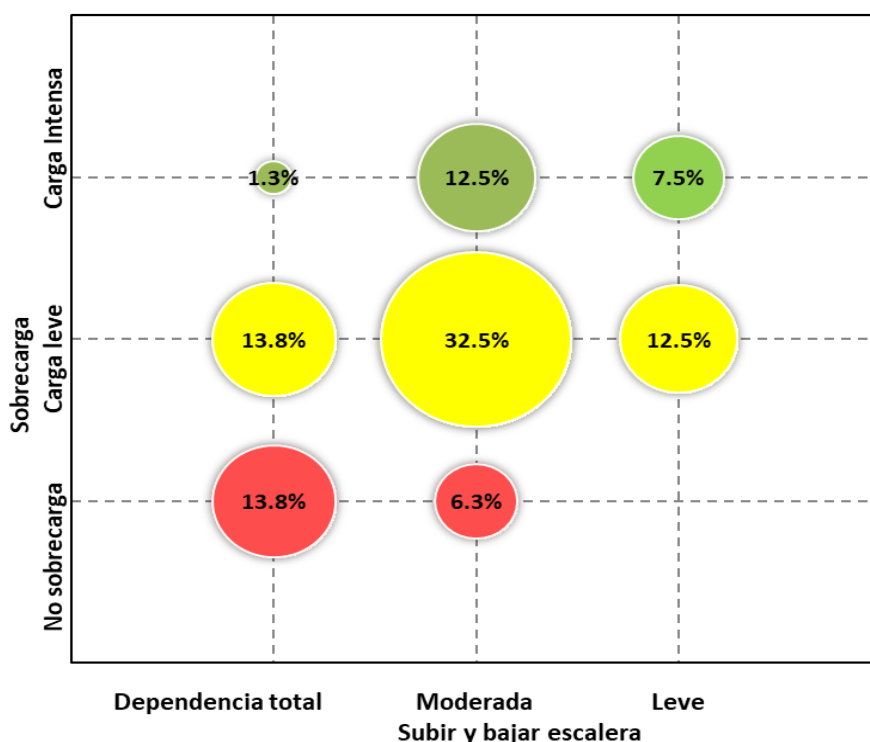


Figura 16. Niveles de la dimensión subir y bajar escalera y sobrecarga

En la tabla y figura se encontró que, si la dimensión subir y bajar escalera y sobrecarga es de nivel de dependencia total, el 13.8% no presenta sobrecarga, el 13.8% presenta nivel de carga leve y el 1.3% presenta nivel de carga intensa; si la dimensión subir y bajar escalera es de nivel moderada el 6.3% no presenta sobrecarga, el 32.5% presenta nivel de carga leve y el 12.5% presenta nivel de carga intensa y si la dimensión subir y bajar escalera es de nivel leve el 12.5% presenta nivel de carga leve y el 7.5% presenta nivel de carga intensa.

Tabla 23

Niveles de la dimensión vestirse y desvestirse y sobrecarga

		Sobrecarga del (CP) en adultos mayores				Total
		No sobrecarga	Carga leve	Carga intensa		
Vestirse y desvestirse	Dependencia total	Recuento	10	10	0	20
		% del total	12,5%	12,5%	0,0%	25,0%
	Dependencia moderada	Recuento	6	27	10	43
		% del total	7,5%	33,8%	12,5%	53,8%
Leve	Recuento	0	10	7	17	
	% del total	0,0%	12,5%	8,8%	21,3%	
Total	Recuento	16	47	17	80	
	% del total	20,0%	58,8%	21,3%	100,0%	

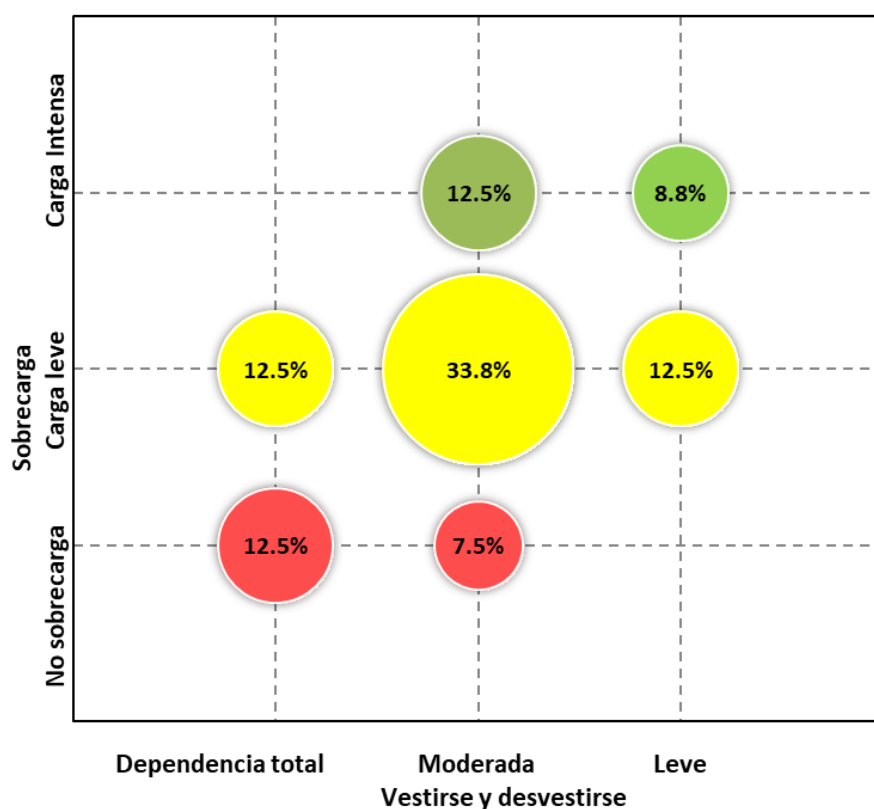


Figura 16. Niveles de la dimensión vestirse y desvestirse y sobrecarga

En la tabla y figura se encontró que, si la dimensión vestirse y desvestirse y sobrecarga es de nivel de dependencia total, el 12,5% no presenta sobrecarga, el 12,5% presenta nivel de carga leve; si la dimensión vestirse y desvestirse es de nivel moderada el 7,5% no presenta sobrecarga, el 33,8% presenta nivel de carga leve y el 12,5% presenta nivel de carga intensa y si la dimensión vestirse y desvestirse es de nivel leve el 12,5% presenta nivel de carga leve y el 8,8% presenta nivel de carga intensa.

Tabla 23

Niveles de la dimensión control de heces y sobrecarga

		Sobrecarga del (CP) en adultos mayores				Total
		No sobrecarga	Carga leve	Carga intensa		
Control de heces	Dependencia total	Recuento	8	13	3	24
		% del total	10,0%	16,3%	3,8%	30,0%
	Dependencia moderada	Recuento	3	12	0	15
		% del total	3,8%	15,0%	0,0%	18,8%
	Leve	Recuento	5	22	14	41
		% del total	6,3%	27,5%	17,5%	51,3%
Total		Recuento	16	47	17	80
		% del total	20,0%	58,8%	21,3%	100,0%

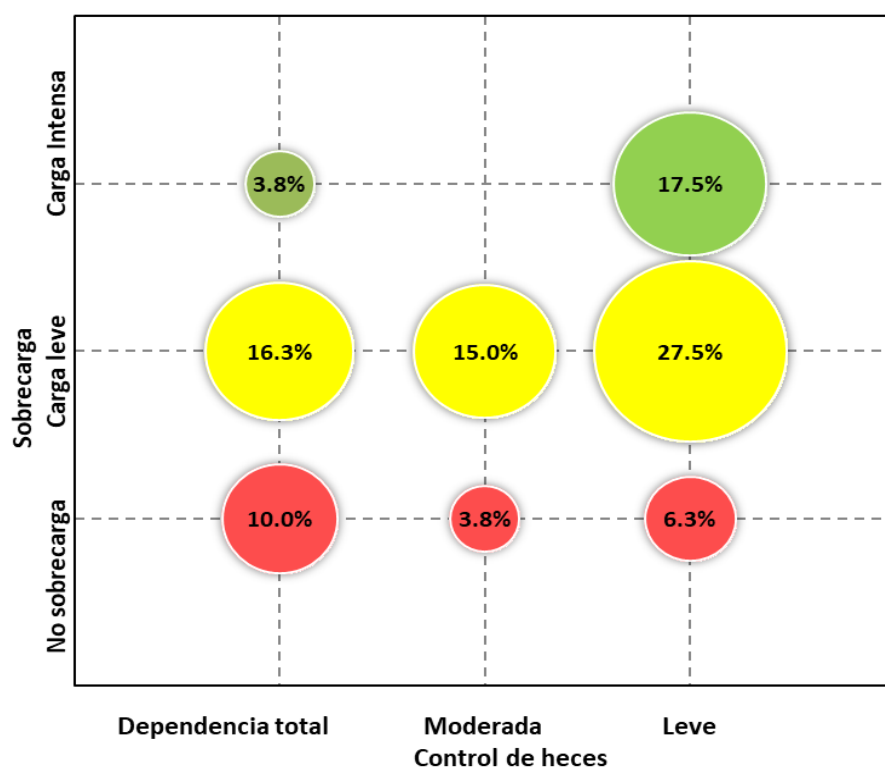


Figura 16. Niveles de la dimensión control de heces y sobrecarga

En la tabla y figura se encontró que, si la dimensión control de heces es de nivel de dependencia total, el 10% no presenta sobrecarga, el 16.3% presenta nivel de carga leve y el 3.8% presenta un nivel de carga intensa; si la dimensión control de heces es de nivel moderada el 3.8% no presenta sobrecarga, el 15% presenta nivel de carga leve y si la dimensión control de heces es de nivel leve el 6.3% presenta nivel de no sobrecarga, el 27.5% presenta nivel de carga leve y el 17.5% presenta nivel de carga intensa.

Tabla 23

Niveles de la dimensión control de orina y sobrecarga

		Sobrecarga del (CP) en adultos mayores				Total
		No sobrecarga	Carga leve	Carga intensa		
Control de orina	Dependencia total	Recuento	8	11	0	19
		% del total	10,0%	13,8%	0,0%	23,8%
	Dependencia moderada	Recuento	3	20	10	33
		% del total	3,8%	25,0%	12,5%	41,3%
	Leve	Recuento	5	16	7	28
		% del total	6,3%	20,0%	8,8%	35,0%
Total		Recuento	16	47	17	80
		% del total	20,0%	58,8%	21,3%	100,0%

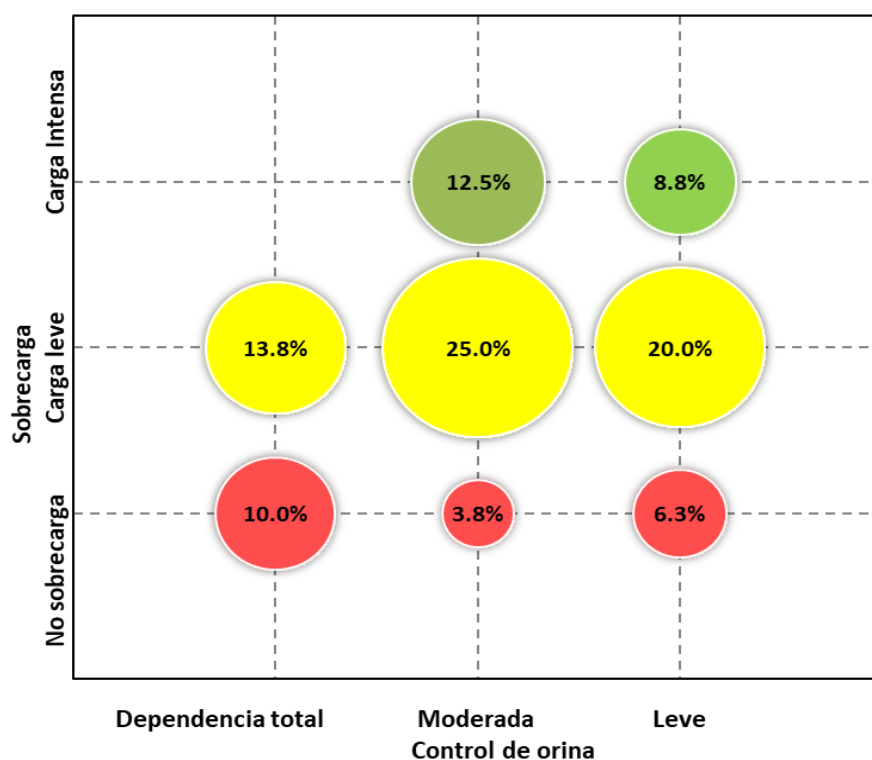


Figura 16. Niveles de la dimensión control de orina y sobrecarga

En la tabla y figura se encontró que, si la dimensión control de orina y sobrecarga es de nivel de dependencia total, el 10% no presenta sobrecarga, el 13.8% presenta nivel de carga leve; si la dimensión control de orina es de nivel moderada el 3.8% no presenta sobrecarga, el 25% presenta nivel de carga leve y el 12.5% presenta nivel de carga intensa y si la dimensión control de orina es de nivel leve el 6.3% presenta nivel de no sobrecarga, el 20% presenta nivel de carga leve y el 8.8% presenta nivel de carga intensa.

Prueba de normalidad

Tabla 23

Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Dependencia funcional	,202	80	,000
Comer	,404	80	,000
Trasladarse de la silla a cama	,307	80	,000
Aseo personal	,436	80	,000
Uso de retrete	,299	80	,000
Bañarse	,449	80	,000
Desplazarse	,279	80	,000
Subir y bajar escalera	,262	80	,000
Vestirse y desvestirse	,272	80	,000
Control de heces	,327	80	,000
Control de orina	,228	80	,000
Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	,105	80	,028
Impacto del cuidado	,086	80	,200*
Relación interpersonales	,161	80	,000
Expectativas de la autoeficacia	,140	80	,001

En la tabla 23 se presentan los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov Smirnov se observa que la mayoría de los puntajes de estas variables se aproximan a una distribución no normal, ya que el coeficiente obtenido es ($p < 0,000$); por lo tanto, la prueba estadística a usarse deberá ser no paramétrica: Prueba de Rho de Spearman

3.2. Prueba de hipótesis

Prueba de hipótesis general

H_0 = No existe correlación significativa entre la dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre la dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia

$\alpha = ,05$

Regla de decisión

Si $\rho < \alpha$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24

Contrastación de hipótesis entre la dependencia funcional y sobrecarga del cuidador primario

		Correlaciones	
		Dependencia funcional	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores
Rho de Spearman	Dependencia funcional	1,000	,688**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	,688**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000
		N	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la hipótesis general: presentó Rho de Spearman = 0.688; interpretándose como moderada correlación entre las variables y

una $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Primera Prueba de hipótesis

H_0 = No existe correlación significativa entre comer y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre comer y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia

$A = ,05$

Regla de decisión

Si $\rho < \alpha$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24

Contrastación de hipótesis entre comer y sobrecarga del cuidador primario

Correlaciones				
			Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	
			Comer	
Rho de Spearman	Comer	Coeficiente de correlación	1,000	,490**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coeficiente de correlación	,490**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la primera hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.490; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Segunda Prueba de hipótesis

H_0 = No existe correlación significativa entre Trasladarse de la silla a cama y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre Trasladarse de la silla a cama y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia

$A = ,05$

Regla de decisión

Si $\rho < \alpha$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24

Contrastación de hipótesis entre Trasladarse de la silla a cama y sobrecarga del cuidador primario

		Correlaciones		
			Trasladarse de la silla a cama	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores
Rho de Spearman	Trasladarse de la silla a cama	Coeficiente de correlación	1,000	,443**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coeficiente de correlación	,443**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la segunda hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.443; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Tercera Prueba de hipótesis

H_0 = No existe correlación significativa entre aseo personal y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre aseo personal y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia

$\alpha = ,05$

Regla de decisión

Si $\rho < \alpha$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24

Contrastación de hipótesis entre aseo personal la dependencia funcional y sobrecarga del cuidador primario

		Correlaciones		
			Aseo personal	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores
Rho de Spearman	Aseo personal	Coeficiente de correlación	1,000	,266*
		Sig. (bilateral)	.	,017
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coeficiente de correlación	,266*	1,000
		Sig. (bilateral)	,017	.
		N	80	80

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la tercera hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.266 interpretándose como baja correlación entre las variables y una $\rho = 0.017$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Cuarta Prueba de hipótesis

H_0 = No existe correlación significativa entre uso de retrete y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre uso de retrete y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia

$\alpha = ,05$

Regla de decisión

Si $\rho < \alpha$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24

Contrastación de hipótesis entre uso de retrete y sobrecarga del cuidador primario

		Correlaciones		
			Uso de retrete	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores
Rho de Spearman	Uso de retrete	Coeficiente de correlación	1,000	,269*
		Sig. (bilateral)	.	,016
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coeficiente de correlación	,269*	1,000
		Sig. (bilateral)	,016	.
		N	80	80

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la cuarta hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.269; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $\rho = 0.016$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Quinta Prueba de hipótesis

H_0 = No existe correlación significativa entre bañarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre bañarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia

$\alpha = ,05$

Regla de decisión

Si $\rho < \alpha$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24

Contrastación de hipótesis entre bañarse y sobrecarga del cuidador primario

		Correlaciones		
			Bañarse	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores
Rho de Spearman	Bañarse	Coefficiente de correlación	1,000	,570**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coefficiente de correlación	,570**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la quinta hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.570; interpretándose como moderada correlación entre las variables y una $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Sexta Prueba de hipótesis

H_0 = No existe correlación significativa entre desplazarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre desplazarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia

$\alpha = ,05$

Regla de decisión

Si $\rho < \alpha$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24

Contrastación de hipótesis entre desplazarse y sobrecarga del cuidador primario

		Correlaciones	
		Desplazarse	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores
Rho de Spearman	Desplazarse	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coeficiente de correlación	,510**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la sexta hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.510; interpretándose como moderada correlación entre las variables y una $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Séptima Prueba de hipótesis

H_0 = No existe correlación significativa entre subir y bajar escalera y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre subir y bajar escalera y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia

$\alpha = ,05$

Regla de decisión

Si $\rho < \alpha$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24

Contrastación de hipótesis entre subir y bajar escalera y sobrecarga del cuidador primario

		Correlaciones	
		Subir y bajar escalera	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores
Rho de Spearman	Subir y bajar escalera	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,542**
		N	,000
Sobrecarga del (CP) en adultos mayores		Coeficiente de correlación	80
		Sig. (bilateral)	,542**
		N	,000
			80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la séptima hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.542; interpretándose como moderada correlación entre las variables y una $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Octava Prueba de hipótesis

H_0 = No existe correlación significativa entre vestirse y desvestirse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre vestirse y desvestirse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia

$\alpha = ,05$

Regla de decisión

Si $\rho < \alpha$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24

Contrastación de hipótesis entre vestirse y desvestirse y sobrecarga del cuidador primario

		Correlaciones		
			Vestirse y desvestirse	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores
Rho de Spearman	Vestirse y desvestirse	Coeficiente de correlación	1,000	,491**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coeficiente de correlación	,491**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la octava hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.491; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Novena Prueba de hipótesis

H0 = No existe correlación significativa entre control de heces y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Ha = Existe correlación significativa entre control de heces y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia

A = ,05

Regla de decisión

Si $\rho < \alpha$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24

Contrastación de hipótesis entre control de heces y sobrecarga del cuidador primario

		Correlaciones		
			Control de heces	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores
Rho de Spearman	Control de heces	Coeficiente de correlación	1,000	,352**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coeficiente de correlación	,352**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	80	80

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

En la tabla 24, se presentan los resultados para contrastar la novena hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.352; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $\rho = 0.001$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Décima Prueba de hipótesis

H_0 = No existe correlación significativa entre control de orina y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre control de orina y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia

$\alpha = ,05$

Regla de decisión

Si $\rho < \alpha$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 24

Contrastación de hipótesis entre el control de orina y sobrecarga del cuidador primario

		Correlaciones		
			Control de orina	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores
Rho de Spearman	Control de orina	Coeficiente de correlación	1,000	,317**
		Sig. (bilateral)	.	,004
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coeficiente de correlación	,317**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	.
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la décima hipótesis específica: presenté Rho de Spearman = 0. 317; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $\rho = 0.004$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

IV. DISCUSIÓN

El estudio dependencia funcional del adulto mayor en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Respecto a la hipótesis general existe correlación entre la dependencia funcional y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.688 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Estos resultados se corroboran con las afirmaciones de Pascual et al (2018) quienes afirman que prevalecieron los cuidadores con sobrecarga y los pacientes que requieren asistencia para llevar acabo las (ABVD) como bañarse, trasladarse y alimentarse, variables que se relacionaron con la sobrecarga, concluyeron que existe una relación significativa entre ambas variables. Los resultados descriptivos demostraron que existe una sobrecarga leve de 12%, sobrecarga moderada de 56% y sobrecarga total 32%.

Según la hipótesis específica 1 que plantea si existe correlación entre comer y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018, debido a Rho de Spearman = 0.490 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Al respecto Corcoles et al (2016) efectuaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la incidencia (DFH) en personas mayores, fue un análisis de cohortes, siendo la variable principal el DFH (Limitaciones para llevar a cabo actividades cotidianas al ingreso y tras el alta); incluyeron algunas variables demográficas, se utilizó la entrevista al usuario cuidadores, obtuvieron como resultado, del total de 104 pacientes, el 51,9% eran féminas; El primer día del ingreso de 43 (41,4%) conservaban su estado mental. Las primeras 24 horas de 60 (57,7%) había (DFH); Después del alta, de 92 usuarios (32.6%) existía un deterioro los cuales fueron evaluados. En usuarios independientes antes del ingreso, el 19% resultaron dependientes. Concluyeron que el DFH en mayores de 65 años; el porcentaje era alto en independientes, mientras que la quinta parte presento dependencia.

En relación a la hipótesis específica 2 donde se plantea si existe correlación entre Trasládarse de la silla a cama y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.443 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Coinciden con los resultados obtenidos por Tapia (2017) corrobora con los resultados obteniendo como resultado carga intensa (97%), leve (2%) y 1% sin carga (1%); en el impacto del cuidador, predominó la carga leve (65%). De acuerdo a las relaciones interpersonales no hubo sobrecarga (49%), Con lo que respecta a dependencia,

el 56% es severa, el 39.7% dependiente, el 3% moderada y el 2% independiente, concluyeron que no existe vinculación entre ambas variables.

Respecto a la hipótesis específica 3 donde se planteó si existe correlación entre aseo personal y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.266 y $\rho = 0.017$ ($\rho < 0.05$). Al respecto Prieto et al (2015) donde el 48% presentaban sobrecarga, las edades fluctuaban entre 18 y 86 años, las mujeres en un (72%). Además, se encontró relación con sobrecarga al tiempo brindado al cuidado (6 horas), concluyeron que la sobrecarga del cuidador es alta debido a horas dedicadas al cuidado de los pacientes. Los resultados coinciden con Tripodoro, et al (2015) donde obtuvieron que de 54 cuidadores el 70% eran féminas y 52% convivientes. Se evidenció sobrecarga intensa (43%), leve (24%), y sin sobrecarga (33%). Concluyeron que dicha investigación pretendió visualizar el pueblo con falta de atenciones y otorgar a la inspección crítica de la misma.

En relación a la hipótesis específica 4 si existe correlación entre uso de retrete y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.269 y $\rho = 0.016$ ($\rho < 0.05$). Los resultados coinciden con Escarcina y Huayta (2015) realizaron un estudio; cuyo propósito fue determinar la relación entre la calidad de vida del cuidador y la dependencia del adulto mayor, Arequipa, El análisis fue cuantitativo, correlacional, descriptivo y transversal, para ello se entrevistó a 150 cuidadores. De los resultados se obtuvo que las cualidades sociodemográficas del paciente: tenían edad promedio (75 a 90 años), hombres casados, nivel secundario; Asimismo el (60.7%) presentó dependencia total; la edad promedio de las cualidades del cuidador fue de 25 a 54 años eran féminas, hijo (a), conyugues, con educación superior e independientes, Se encontró que el (52.0%) tenía regular calidad de vida. La dimensión física (42.7%), psicológica (44.7%), social (44.0%) y espiritual (48.7%) todas las dimensiones presentaban problemas moderados, concluyeron que entre ambas variables existió correlación significativa.

En relación a la hipótesis específica 5 si existe correlación significativa entre bañarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.570 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Al respecto Vásquez (2015), llevo a cabo un estudio cuyo propósito fue determinar

el grado de sobrecarga del cuidador de AM con demencia Asenjo; para ello se entrevistó a 44 cuidadores mayores (18 años con 3 meses) de atención al usuario con demencia. Se utilizó la ficha sociodemográfica del cuidador y usuario y el índice de Zarit, obtuvieron que el (81.82%) fueron féminas de 48 años que se dedicaban al cuidado por (88 horas) por semana; presentaban sobrecarga ligera (38.64%), concluyeron que no es frecuente la sobrecarga intensa.

En relación a la hipótesis específica 6 donde se plantea si existe correlación significativa entre desplazarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.510 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Al respecto Fhon, *et al.* (2016) los resultados difieren de los resultados de la investigación ya que se predominó el sexo masculino en adultos mayores; la edad promedio (74,8 años) y eran cónyuges. Mientras que en los cuidadores influyeron las mujeres con una edad promedio de (44,3 años), eran profesionales, casados/as e hijos/as de los mismos; Las dimensiones fueron salud general, mental y vitalidad para calidad de vida; concluyeron que a mayor carga incrementa el deterioro de calidad de vida. Por ello, es necesario el acompañamiento del cuidador para prevenir alteraciones mentales y físicas.

En relación a la hipótesis específica 7 donde se plantea si existe correlación significativa entre subir y bajar escalera y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.542 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Al respecto Villano (2016) se obtuvieron como resultado que los (C.P) suelen ser mujeres; por lo tanto en Calidad de Vida el (62%) fue alto y el (38%) bajo lo que afecta el Rol Emocional y Función física, originando una sobrecarga intensa, concluyeron que no se evidencia relación entre ambas variables.

En relación a la hipótesis específica 8 se plantea si Existe correlación significativa entre vestirse y desvestirse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.491 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$).

En relación a la hipótesis específica 9 se plantea si existe correlación significativa entre control de heces y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un

hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.352 y $\rho = 0.001$ ($\rho < 0.05$).

En relación a la hipótesis específica 10 se plantea si existe correlación significativa entre control de orina y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.317 y $\rho = 0.004$ ($\rho < 0.05$).

V. CONCLUSIONES

Primera:

Existe correlación entre la dependencia funcional y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.688 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Por lo tanto existe una moderada correlación entre las variables.

Segunda:

Existe correlación entre comer y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018, debido a Rho de Spearman = 0.490 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Tercera:

Existe correlación entre Trasladarse de la silla a cama y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.443 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Cuarta

Existe correlación entre aseo personal y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.266 y $\rho = 0.017$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una baja correlación entre las variables.

Quinta

Existe correlación entre uso de retrete y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.269 y $\rho = 0.016$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una baja correlación entre las variables.

Sexta

Existe correlación significativa entre bañarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.570 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Séptima

Existe correlación significativa entre desplazarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.510 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Octava

Existe correlación significativa entre subir y bajar escalera y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.542 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Novena

Existe correlación significativa entre vestirse y desvestirse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.491 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Décima

Existe correlación significativa entre control de heces y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.352 y $\rho = 0.001$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una baja correlación entre las variables.

Onceava

Existe correlación significativa entre control de orina y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.317 y $\rho = 0.004$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una baja correlación entre las variables.

VI. RECOMENDACIONES

Primera:

Se sugiere generar instancias comunales que le permitan al adulto mayor y su entorno familiar mejorar su calidad de vida, como por ejemplo un lugar en donde ellos puedan asistir para sus controles de salud y en donde puedan tener actividades lúdicas y recreativas que le permitan mantenerse activos y útiles para la sociedad, mejorando la relación entre los familiares y cuidadores.

Segunda:

Realizar talleres sobre estrategias de continuidad asistencial y acciones que incrementen la autonomía e independencia del adulto mayor

Tercera:

Realizar trabajos de investigación que permitan comprender el mundo subjetivo del familiar cuidador, aplicando métodos cualitativos

Cuarta:

Realizar estudios donde se establezca relación con el nivel de sobrecarga según variables sociodemográficas.

VII. REFERENCIAS

- Abiu, R. A. (2016). *Deterioro cognitivo y dependencia en adultos mayores institucionalizados en el Centro de Atención al Adulto Mayor Casa María*. (Tesis). Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R., y Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Revista de Atención Primaria*, 33.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Boletín de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Araña-Suárez, S. (2011). *Trastornos músculo-esqueléticos, Psicopatología y Dolor*. Recuperado de: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/143942.pdf>
- Barrera, L., Pinto, N., Sánchez, B., Carrillo, G., y Chaparro, L. (2010). *Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Bertone, C. L., Torres, V. E., y Andrada, M. (2014). Factores sociales e individuales que explican la dependencia funcional de los adultos mayores de cuatro ciudades latinoamericanas. *Revista Científica de la Universidad Nacional de La Rioja*, 1 (3), pp. 13-20.
- Cantos, A. y Tristany, A. (2011). *Guía de atención al cuidador*. Perú: Gestión Digital.SL.
- Chomba, A. M. (2013). *Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, Hospital Hermilio Valdizán agosto 2013*. (Tesis). Lima, Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.

- Córcoles, *et. al.* (2016). Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años. *Enfermería clínica*, 26 (2), pp. 121-128. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115001515>
- Denyes, M., Orem, D., y SozWiss, G. (2001). Self-care: a foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14 (1), pp. 48-54.
- Dorantes, G., Ávila, F., Mejía, S., y Gutiérrez, R. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. *Rev Panam Salud Pública*, 22 (1), pp. 1-11.
- Escarcina, A., y Huayta, L. (2016). *Dependencia del adulto mayor y calidad de vida del cuidador familiar. Hospital III Yanahuara, Arequipa 2015*. (Tesis). Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Essalud, (2015). *Hospital Almenara Promueve Formación del Programa Familiar Acompañante*. Recuperado de: <http://www.essalud.gob.pe/hospital-almenara-promueve-formación-del-familiar-acompañante/>
- Essalud, (2016). *Registro de informe anuales y Técnicos del Programa del Programa Familiar Acompañante del Hospital Emergencias Grau*. Perú.
- Esteban, A., y Mesa, M. (2008). Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familias con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 43 (3), pp. 146-156.
- Ferre, C. (2011). *Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria*. España, Tarragona: Publidisa, S.A.
- Fhon, J. R. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 34 (3), pp. 251-258. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/58704>

- Flores, A., Adeva, J., García, M., Gómez, P. (2018). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Índex Enfermeria*, 3 (1218), pp. 261-272. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/11/11210r.php>.
- García, M.M., Rodríguez, I., y Navarro, G. (2004). El impacto del cuidar en la salud y la calidad de la vida de las mujeres. *Gac Sanit*, 18 (2), pp. 83-92.
- Guillén, D., y Herrera, G. (2011). *Nivel de Dependencia del Adulto Mayor en una Comunidad Rural del Sur de Veracruz*. Universidad Veracruzana. México.
- Hansen, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. 3ra. Edición. México: Manual Moderno.
- Havighurst, R. (1963). Successful aging. En R. Williams, C. Tibbitts y W. Donahue (Eds.). *Processes of Aging*, 1, 299-320. Nueva York: Atherton.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, Z. (2015). *Factores sociales relacionados a la dependencia funcional de los adultos mayores*. Centro de Salud 9 de enero. Chachapoyas-2015. (Tesis). Chachapoyas, Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.
- Jiménez-Caballero, P., López-Espuela, F., Portilla-Cuenca, J., Pedrera-Zamorano, J., Jiménez-Gracia, M., Lavado-García, J. M., y Casado-Naranjo, I. (2012). Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. *Revista de Neurología*, 55 (6), pp. 337-342.
- Lipa, M. C. (2018). *Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con cáncer en tratamiento*. Servicio de oncología, Hospital III Goyeneche, Arequipa 2017. (Tesis). Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

- López J, et al. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. *Clínica Médica Familiar* [revista en Internet] 2009 enero – marzo. [Acceso 19 de febrero de 2018];2(7): 332-339 Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid= S1699695X2009000200004&script=sci_pdf](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2009000200004&script=sci_pdf).
- Maddox, G. (1974). Fact and artifact: Evidence bearing on disengagement theory. En E. Palmore (Ed.). *Normal Aging*, pp.318-328. Durham, NC: Duke University Press.
- Martínez, R., y Miangolarra, J.C. (2006). *El cuidador y la enfermedad de Alzheimer. Formación y asistencia*. España: Universitaria Ramón Areces.
- Mey Ling, C. (2014). *Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con esquizofrenia y factores asociados en el hospital regional docente las mercedes durante el periodo octubre – diciembre 2013*. (Tesis). Chiclayo - Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Minsal. (2008). *Dependencia de los Adultos Mayores en Chile*. Chile: Súper Intendencia de Salud de Chile.
- Moral, M.S., Juan, J, López, M.J., y Pellicer, P. (2003). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Asuncion Primaria*, 32, pp. 77-87.
- Moreno, M. E. (2005). *Cómo cuidar a un enfermo en casa*. Colombia: Moderno.
- Morris, C., y Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología*. 12ma. edición. México.
- Orem, E. D. (1993). *Modelo de Orem: La teoría de enfermería del autocuidado. Una Teoría general*. Madrid: Masson – Salvat.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Mundial Envejecimiento Informe*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=26A921125899195B4D435E6C7CE47F65?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2010). *Definiciones Intox.* Disponible en: http://www.who.int/ipcs/poisons/en/definitions_es.pdf

Palacios, X., y Liménez, K. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en psicología Latinoamericana/Bogotá*, 26 (2); pp 195-210.

Pascual, Y., Garzón, M., y Ravelo, M. (2018). Relación entre dependencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer y sobrecarga en el cuidador principal. *Revista Cubana de Enfermería*, 34 (1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1393>

Prieto, S.E., Arias, N., Villanueva, E.Y., y Jiménez, C.A. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *MedIntMéx*, 31, pp. 660-668.

Rinaldi, L., Spazzafumo, R., Mastriforti, P., Mattioli, M., Marvardi, C., y Polidori, A. (2005). Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20, pp. 168-174.

Rodríguez, A., Rodríguez, E., Duarte, A., Díaz, E., y Clavería, A. (2007). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Elsevier Atención Primaria*, 49 (3), pp. 156-165. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656716301962>

Rosow, I. (1967). *Social integration of the aged*. New York, Free Press.

- Ruiz, A., y Nava, G. (2010). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. México. *Enf Neurol*, 11 (3), pp. 163-169. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene2012/ene123i.pdf>
- Sánchez, C. (1990). *Trabajo Social y Vejez. Teoría e Intervención*. Buenos Aires: Humanitas.
- Tripodoro, V., Veloso, V. y Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos: revista de crítica social*, 17, 307-330. Recuperado de: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324/1217>
- Varela, L. (2000). Valoración Geriátrica Integral. Propuesta de Addendum a Historia Clínica. *Revista Diagnostico*, 42 (2), pp. 73-80.
- Villano, S. (2016). Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico instituto nacional de ciencias neurológicas. (Tesis). Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma.
- Walford, L., Gottesman, R., Weindruch, R, y Tam, C. (1981). Immunopathology of aging. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 2 (1), pp. 3-48.
- Zarit, S. H. (2004). Family care and burden at the end of life. Commentary. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (12), 1811 – 1812.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Título: Dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018

Autor: Br. Virginia Victoria Almeyda Ramos

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES				
			Variable 1: dependencia funcional				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Nivel/rango	
<p>Problema general ¿Qué relación existe entre la dependencia y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018?</p> <p>Problemas específicos ¿Qué relación existe entre el comer del adulto del mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?</p> <p>¿Qué relación existe entre el trasladarse de la silla a la cama del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?</p> <p>¿Qué relación existe entre el asear personal del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación que existe entre la dependencia y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación significativa entre la dependencia y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018</p>	Variable 1: dependencia funcional				
		<p>Objetivo específico 1</p> <p>Determinar la relación que existe entre el comer del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación significativa entre el comer del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.</p>	Comer	Se alimenta por sí solo Necesita ayuda para su alimentación.	1	Dependencia total (0 - 20 pts.)
			Existe relación significativa entre el trasladarse de la silla a la cama del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.	Trasladarse de la silla a cama	Se desplaza por sí solo en su cama o silla. Necesita del personal de enfermería para desplazarse en cama	2	
				Aseo personal	Realiza su aseo personal por sí mismo. Necesita de ayuda para su aseo personal.	3	
				Uso de retrete	Se moviliza adecuadamente hacia el inodoro. -Necesita ayuda para ir al inodoro.	4	Severa (21 a 60 pts.)
				Bañarse	Se moviliza solo para ir al baño. Necesita ayuda para moverse al baño.	5	
				Desplazarse	Se desplaza por sí solo en su cama o silla. Necesita del personal de enfermería para desplazarse en cama.	6	Moderada (61 a 90 pts.)
				Subir y bajar escalera	Sube y baja las escaleras por sí solo Necesita ayuda para poder subir y bajar las escaleras Es incapaz de subir las escaleras	7	
				Vestirse y desvestirse	Se viste por sí solo Necesita ayuda para vestirse Depende totalmente de un personal para vestirse.	8	Leve (91 - 99 pts.)
			Control de heces	No presenta problemas en el control anal Presenta algún tipo de accidente en el control anal Presenta accidentes frecuentes	9		

¿Qué relación existe entre el uso de retrete del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?	Determinar la relación que existe entre el uso de retrete del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.	Existe relación significativa entre el uso de retrete del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.	Control de orina	No presenta problemas en el control vesical. Presenta algunos accidentes con referente al control vesical. Presenta accidentes frecuentes e el control vesical.	10	Independencia (100 pts.)
Variable 2: sobrecarga del cuidador						
			Dimensiones	Indicadores	Items	Nivel/rango
¿Qué relación existe entre el bañarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?	Determinar la relación que existe entre el bañarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.	Existe relación significativa entre el bañarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.	Impacto del cuidado.	No cuenta con tiempo suficiente para uno mismo. Vida social afectada. Sobrecarga familiar. Dependencia familiar. Distanciamiento con las amistades. Preocupación del futuro de los familiares	(1-12)	No sobrecarga (22 a 46 pts.) Carga leve (47 a 55 pts.) Carga intensa (56 a 110 pts.)
¿Qué relación existe entre el desplazarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?	Determinar la relación que existe entre el desplazarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.	Existe relación significativa entre el desplazarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.	Relaciones interpersonales	Inseguridad familiar Sentimientos o molestia hacia la familia. Están avergonzados por sus conductas familiares	(13-18)	
¿Qué relación existe entre el subir y bajar escalera del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?	Determinar la relación que existe entre el subir y bajar escalera del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.	Existe relación significativa entre el subir y bajar escalera del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.	Expectativas de la autoeficacia	Capacidad del cuidado familiar. Influencia de la economía en el cuidado familiar.	(19-22)	
¿Qué relación existe entre el vestirse y desvestirse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?	Determinar la relación que existe entre el vestirse y desvestirse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.	Existe relación significativa entre el vestirse y desvestirse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.				
¿Qué relación existe entre el control de heces del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?	Determinar la relación que existe entre el control de heces del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.	Existe relación significativa entre el control de heces del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.				

<p>¿Qué relación existe entre el control de orina del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?</p>	<p>Determinar la relación que existe entre el control de orina del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.</p>	<p>Existe relación significativa entre el control de orina del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.</p>				
---	--	--	--	--	--	--

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA E INFERENCIAL
<p>TIPO: Básica, Alcance: Descriptivo,</p> <p>DISEÑO: No experimental: Transversal correlacional</p> <p>MÉTODO: Hipotético deductivo, con un Enfoque Cuantitativo.</p>	<p>POBLACIÓN: La población estará constituida por los 80 cuidadores de adultos con dependencia</p>	<p>Variable 1: Dependencia funcional Técnicas: Encuesta Instrumentos: Cuestionario Ficha técnica: Nombre original: Cuestionario de Dependencia funcional Autor : Escala de Barthel</p> <p>Lugar: Lima Duración : Aproximadamente de 30 a 40 minutos Administración: Individual o colectivo Aplicación: Sujetos de 16 a más. Puntuación: Calificación manual o computarizada</p> <hr/> <p>Variable 2: Sobrecarga Técnicas: Encuesta Instrumentos: Cuestionario Ficha técnica: Nombre originar : Cuestionario Autores : Escala de Zarit</p> <p>Adaptación: Lugar : Perú Objetivo : Determinar los de estudio Administración: Individual y/o colectiva. Tiempo de duración: 20 minutos aproximadamente.</p>	<p>DESCRIPTIVA: Tablas y frecuencias Tablas de contingencias Figuras de barras</p> <p>INFERENCIAL: Para determinar la comparación de las variables Rho Spearman</p> <p>DE PRUEBA: No paramétrica: Prueba de normalidad: Kolmogorov Smirnov.</p>

Anexo 2. Instrumentos

Escala de Zarit

-Encuesta

-Escala de Zarit (para medir la sobrecarga del cuidador).

-Determinar la carga del cuidador primario en adulto mayor en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Sr(a) o Srta.: Buenos días, soy la Lic. Virginia Almeyda Ramos estoy realizando un estudio, en el servicio de Medicina interna cuyo objetivo antes mencionado, le agradeceré mucho responder el instrumento que a continuación se detalla, las cuales serán **ANÓNIMOS** y **CONFIDENCIAL**, solo pido su honestidad y sinceridad.

DATOS GENERALES: DEL CUIDADOR

1. **Ficha N°** ()

2. **Edad:** _____ 3. **Sexo:** M () F ()

4. **Estado civil:** Soltero (a) () Casado (a) () Viudo (a) () Divorciado (a) () otros ()

5. **Parentesco:** Esposo (a) () Hijo (a) () Otro ()

6. **Grado de Instrucción:** Primara () Secundaria () Superior ()

7. **Tiempo que se dedica al cuidado:** Meses ()

A continuación, lea las preguntas y marque con un (X) según crea conveniente, gracias.

N°	DIMENSIONES	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
		1	2	3	4	5
1	¿Sientes que tu familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Sientes que debido al tiempo que dedicas a tu familiar ya no dispones de tiempo suficiente para ti?					
3	¿Te sientes tenso cuando tienes que cuidar a tu familiar y atender además otras responsabilidades?					
4	¿Te sientes avergonzado por la conducta de tu familiar?					

Nº	DIMENSIONES	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
		1	2	3	4	5
5	¿Te sientes enfadado cuando estás cerca de tu familiar?					
6	¿Crees que la situación actual afecta de manera negativa a tu relación con amigos y otros miembros de tu familia?					
7	¿Sientes temor por el futuro que le espera a tu familiar?					
8	¿Sientes que tu familiar depende de ti?					
9	¿Te sientes agobiado cuando tienes que estar junto a tu familiar?					
10	¿Sientes que tu salud se ha resentido por cuidar a tu familiar?					
11	¿Sientes que no tienes la vida privada que desearías debido a tu familiar?					
12	¿Crees que tu vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de tu familiar?					
13	¿Te sientes incómodo para invitar amigos a casa, a causa de tu familiar?					
14	¿Crees que tu familiar espera que le cuides, como si fueras la única persona con la que puede contar?					
15	¿Crees que no dispones de dinero suficiente para cuidar a tu familiar además de tus otros gastos?					
16	¿Sientes que serás incapaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Sientes que has perdido el control sobre tu vida desde que la enfermedad de tu familiar se manifestó?					
18	¿Desearías poder encargar el cuidado de tu familiar a otras personas?					
19	¿Te sientes inseguro acerca de lo que debes hacer con tu familiar?					
20	¿Sientes que deberías hacer más de lo que haces por tu familiar?					
21	¿Crees que podrías cuidar de tu familiar mejor de lo que lo haces?					
22	En general: ¿Te sientes muy sobrecargado por tener que cuidar de tu familiar?					

Escala de Barthel

- Encuesta
- Test o escala de Barthel
- Determinar el grado de dependencia funcional del adulto mayor en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

DEL ADULTO MAYOR:

1. Edad: _____ 2. Sexo: M () F ()

3. Diagnóstico _____

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Anexo 1. Artículo científico



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en gestión de los servicios de la salud

AUTORA:

Br. Almeyda Ramos, Virginia Victoria

ASESORA:

Mgtr. Ruiz Quilcat, Cristina

SECCIÓN:

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo de la Salud

PERÚ – 2018

“FUNCTIONAL DEPENDENCE OF THE ELDERLY AND OVERCROWD OF THE PRIMARY CAREGIVER IN A FAMILY PROGRAM OF A PUBLIC HOSPITAL, CLOSED OF LIMA, 2018”

Bach: Almeyda Ramos, Virginia Victoria

RESUMEN:

El objetivo de la investigación fue determinar la relación que existe entre la dependencia y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018. La investigación fue de tipo básica, de diseño no experimental, transversal de nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 80 cuidadores de los pacientes de un hospital público, Cercado de Lima. La técnica utilizada para la recolección de información fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, la confiabilidad se constató con el alfa de Cronbach 0,950 para la variable dependencia funcional y 0,801 para la variable sobrecarga. Los resultados de la investigación demostraron que existe correlación entre la dependencia funcional y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.688 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Por lo tanto existe una relación moderada correlación entre las variables. Esto debido a que el 66.3% de los encuestados presenta nivel de dependencia moderada, y 61.3% presenta sobrecarga leve,

Palabras clave: Dependencia funcional, sobrecarga del cuidador primario, pacientes.

SUMMARY:

The objective of the research was to determine the relationship between dependence and overload of the primary caregiver in a family program of a public hospital, Cercado de Lima, 2018. The research was basic, non-experimental design, cross-level descriptive. The sample consisted of 80 caregivers of patients from a public hospital, Cercado de Lima. The technique used for the collection of information was the survey and the instrument was the questionnaire, the reliability was verified with the Cronbach alpha 0.950 for the functional dependence variable and 0.801 for the variable overload. The results of the investigation showed that there is a correlation between functional dependence and overload of the primary caregiver in a family program of a public hospital, Cercado de Lima, 2018; due to Spearman's Rho = 0.688 and $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Therefore, there is a moderate correlation between the variables. This is because 66.3% of respondents have a moderate level of dependence, and 61.3% have mild overload.

Key words: Functional dependence, overload of the primary caregiver, patients.

INTRODUCCIÓN:

El adulto mayor pierde capacidades en un orden inverso a lo que ocurre en los niños que ganan capacidades a partir del primer año de vida, estos cambios pueden afectar a las áreas de la movilidad, el conocimiento y las necesidades del cuidado personal ya que al declinarse estas capacidades físicas las personas dejan de participar en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) esto hace que aumente más el riesgo de padecer dependencia provocan una sensación de aislamiento por ende es necesario que debe haber otra persona que intervenga directamente en su cuidado de estas personas por lo anterior, el propósito del presente estudio fue determinar la relación que existe entre la dependencia funcional del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018.

Variable 1. Dependencia funcional del adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (2015) definió la dependencia como la ausencia de la capacidad para realizar actividades dentro de los márgenes considerados normales se especifica en la clasificación internacional de deficiencia, incapacidades y la deficiencia física también como la disminución de habilidades para realizar tareas y actividades específicas que son esenciales para el cuidado personal.

Dimensiones de la dependencia funcional del adulto mayor

Dimensión 1: Comer.

Habilidad que tiene el adulto mayor para mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo. Proceso de llevar la comida a la boca desde el plato o taza.

Dimensión 2: Trasladarse de la silla a cama.

Habilidad que tiene el adulto mayor para el transporte de objetos y de ambulación. Caminar.

Dimensión 3: Aseo personal.

Habilidad que tiene el adulto mayor para tomar y usar los objetos para este fin. Afeitado, quitar y poner maquillaje, lavar, secar, cepillar o arreglar el pelo. Cuidado de las uñas de manos y pies. Cuidado de la piel, orejas, ojos y nariz. Aplicarse desodorante y cepillado dental.

Dimensión 4: Uso de retrete.

Habilidad que tiene el adulto mayor para tomar y usar los objetos para este fin. Mantenimiento de la posición en el inodoro. Transferir hacia y desde la posición del inodoro.

Dimensión 5: Bañarse.

Habilidad que tiene el adulto mayor para bañarse o ducharse. Tomar y usar objetos con este fin. Enjabonado y secado de las partes del cuerpo. Mantenimiento de la posición para el baño y transferencias desde y hacia la tina o ducha.

Dimensión 6: Desplazarse.

Habilidad que tiene el adulto mayor para moverse de una posición o lugar a otra, durante el desempeño de cualquier actividad. Movilidad en la cama, en la silla de ruedas. Transferencias, cambios funcionales.

Dimensión 7: Subir y bajar escalera.

Habilidad que tiene el adulto mayor para subir y bajar escaleras.

Dimensión 8: Vestirse y desvestirse.

Habilidad que tiene el adulto mayor para seleccionar su ropa y accesorios apropiados para el momento del día clima y ocasión vestido y desvestido de forma secuencial. Abrochado y ajuste de ropa y zapatos. Poner y quitarse dispositivos personales como prótesis.

Dimensión 9: Control de heces.

Los adultos mayores a mayor edad tienen mayor probabilidad de no controlar voluntariamente sus esfínteres.

Dimensión 10: Control de orina.

Los adultos mayores a mayor edad tienen mayor probabilidad de no controlar voluntariamente sus esfínteres.

Variable 2. Sobrecarga del cuidador

Teoría del autocuidado de Denyes, Orem y SozWiss (2001) el concepto básico desarrollado es que el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior; el autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. En cuanto a la sobrecarga del cuidador primario Villano (2016) definió la sobrecarga como el impacto que provoca la enfermedad en la calidad de vida de quien desempeña el rol del cuidado, teniendo como resultado un conjunto de sentimientos y percepciones negativas generándose por la combinación de las características clínicas y duración del trastorno del paciente, las características propias de la personalidad de los familiares, las responsabilidades en el hogar, las formas de apoyo social que posean y finalmente, del costo económico que conlleva el trastorno.

Dimensiones de la sobrecarga del cuidador primario

Según el Test de Zarit citado en Lipa (2018), se consideró que debido al exceso de trabajo del cuidador se deben considerar tres dimensiones que son:

Dimensión 1: Impacto del cuidado.

Son todas las condiciones objetivas y subjetivas que se ocasionan en el cuidador como consecuencia del cuidado al adulto

mayor. Es decir, valora los efectos que provoca en el cuidador familiar el brindar atención constante a su familiar; con el grado que la relación con su familiar le afecta, sintiéndose tensa/o, agotada/o, sin vida privada, sin tiempo.

Dimensión 2: Relación interpersonal.

Esta dimensión consiste en la asociación entre cuidador y paciente, basada en emociones y sentimientos producto de esta interrelación. Es decir, se refiere a los sentimientos y actitudes que genera el cuidado en el cuidador, dirigidos hacia la persona dependiente; representado por el grado de interferencia en las relaciones interpersonales.

Dimensión 3: Expectativas de la autoeficacia.

Es la confianza en sí mismo que manifiesta el cuidador para cumplir con las labores encomendadas. Es decir, manifiesta las ideas que tiene el cuidador, referentes a la calidad que tienen las atenciones que brinda al adulto mayor, refleja sentimientos de incapacidad frente a las demandas con su familiar.

Problema general

¿Qué relación existe entre la dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018?

Problema específico 1

¿Qué relación existe entre el comer del adulto del mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 2

¿Qué relación existe entre el trasladarse de la silla a la cama del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 3

¿Qué relación existe entre el aseo personal del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 4

¿Qué relación existe entre el uso de retrete del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 5

¿Qué relación existe entre el bañarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 6

¿Qué relación existe entre el desplazarse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 7

¿Qué relación existe entre el subir y bajar escalera del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 8

¿Qué relación existe entre el vestirse y desvestirse del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 9

¿Qué relación existe entre el control de heces del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

Problema específico 10

¿Qué relación existe entre el control de orina del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, cercado de Lima, 2018?

METODOLOGÍA

La investigación tiene un enfoque cuantitativo.

Tipo:

Investigación fue de tipo básica, llamada fundamental, que según Rivera (2017) consiste en estudios que buscan responder preguntas para extender la información que obtiene del mundo.

Alcance:

El alcance de la investigación fue descriptivo, "busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice" Hernández, *et al.* (2014, p.92). Correlacional busca la relación entre las variables dependencia funcional y sobrecarga.

Diseño

La presente investigación es un estudio de diseño no experimental de corte transversal.

Población

Estuvo representada por el número total de los pacientes adultos mayores y cuidadores primarios incorporados en el programa familiar acompañante que se encuentran en Servicio de Medicina Interna del Hospital Emergencias Grau III Es salud, en el ambiente del noveno piso durante el mes de diciembre del 2018 que son un aproximado de 80 cuidadores de los adultos mayores con dependencia funcional.

Técnicas e instrumentos

Para realizar la recopilación de datos, se utilizó la técnica de la encuesta, el cuestionario y para la realizar el análisis de los datos, se ingresó toda la información recopilada en el Estadístico SPSS versión

23, luego de ello se procesó la información para medir la validez de contenido por opinión de Jueces y la confiabilidad de los instrumentos mediante el coeficiente del Alfa de Cronbach, se realizaron los análisis descriptivos.

RESULTADOS:

Confiabilidad

La interpretación de la confiabilidad se realizará considerando la escala de valores que determina la confiabilidad está dada por valores entre 0 y 1: Las estadísticas de fiabilidad de dependencia funcional del adulto mayor fue de 0.974 y de la variable sobrecarga del cuidador primario 0.801 indica que los instrumentos, tienen una buena confiabilidad y coherencia interna.

Análisis descriptivo

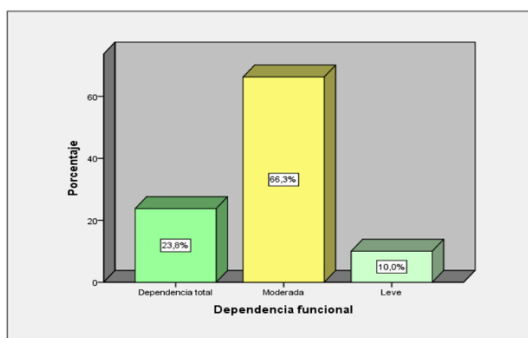


Figura 1. Dependencia funcional

Para los pacientes, el 23.8% percibe dependencia total, el 66.3% presenta nivel de dependencia moderada y el 10% presenta un nivel de dependencia leve de la variable Dependencia funcional.

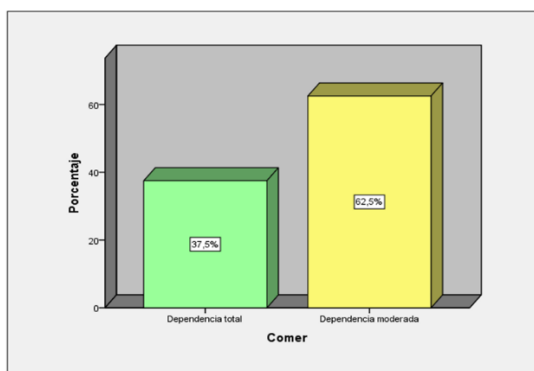


Figura 2. Comer

Para los pacientes, el 37.5% percibe dependencia total, el 62.5% presenta nivel de dependencia moderada y de la dimensión comer.

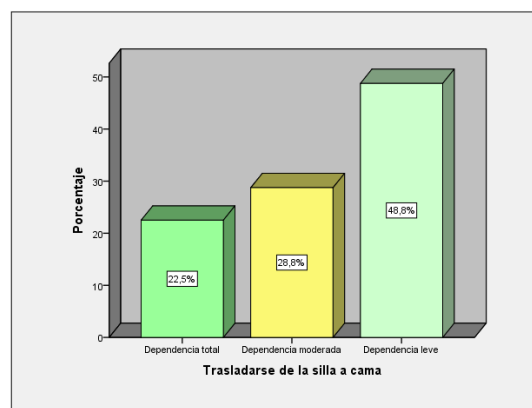


Figura 3. Dimensión trasladarse de la silla a cama

Para los pacientes, el 22.5% percibe dependencia total, el 28.8% presenta nivel de dependencia moderada y el 48.8% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión trasladarse de la silla a cama.

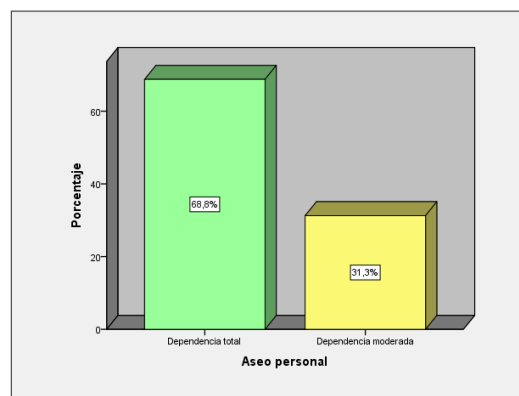


Figura 4. Dimensión aseo personal

Para los pacientes, el 68.8% percibe dependencia total, el 31.3% presenta nivel de dependencia moderada de la dimensión aseo personal.

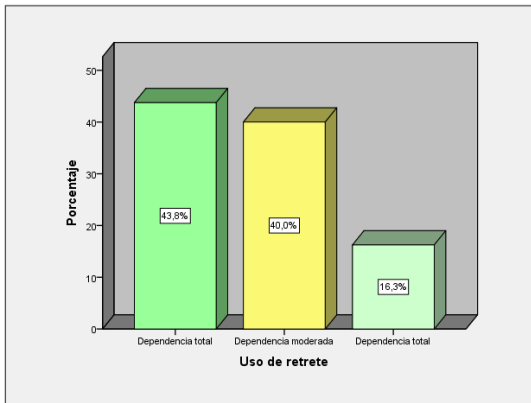


Figura 5. Dimensión uso de retrete

Para los pacientes, el 43.8% percibe dependencia total, el 40% presenta nivel de dependencia moderada y el 16.3% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión uso de retrete.

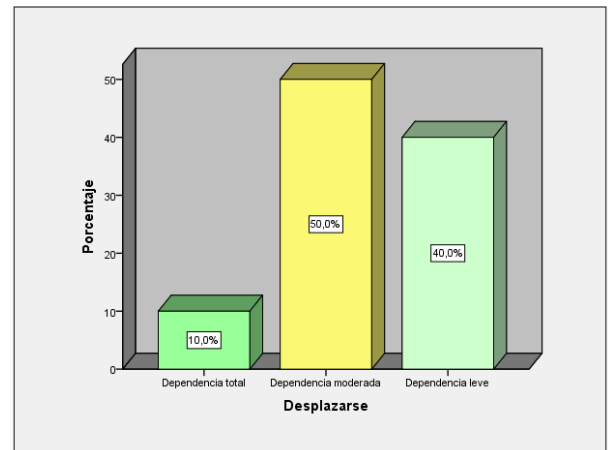


Figura 7. Dimensión desplazarse

Para los pacientes, el 10% percibe dependencia total, el 50% presenta nivel de dependencia moderada y el 40% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión desplazarse.

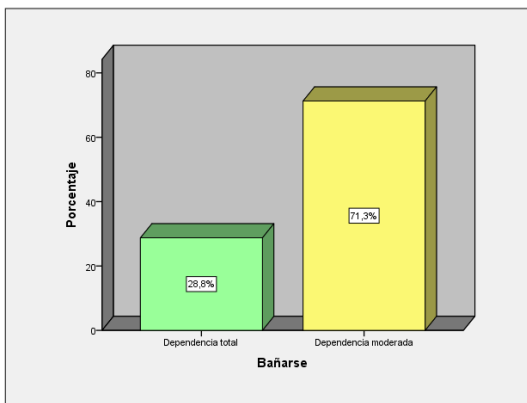


Figura 6. Dimensión bañarse

Para los pacientes, el 28.8% percibe dependencia total, el 71.3% presenta nivel de dependencia moderada y de la dimensión bañarse.

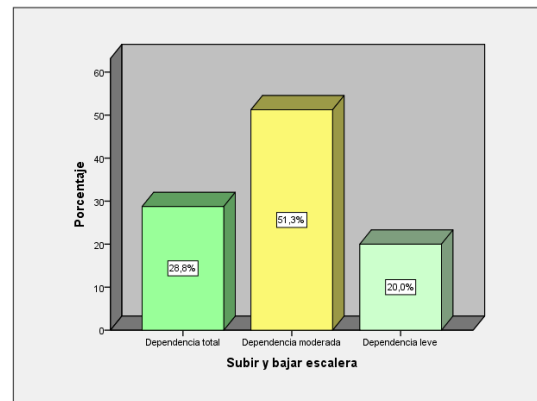


Figura 8. Dimensión subir y bajar escalera

Para los pacientes, el 28.8% percibe dependencia total, el 51.3% presenta nivel de dependencia moderada y el 20% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión subir y bajar escalera.

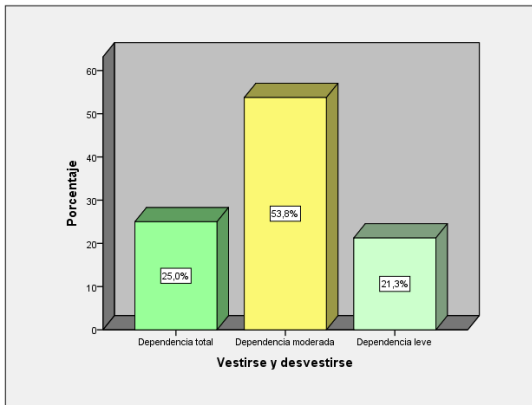


Figura 9. Dimensión vestirse y desvestirse
Para los pacientes, el 25% percibe dependencia total, el 53.8% presenta nivel de dependencia moderada y el 21.3% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión vestirse y desvestirse.

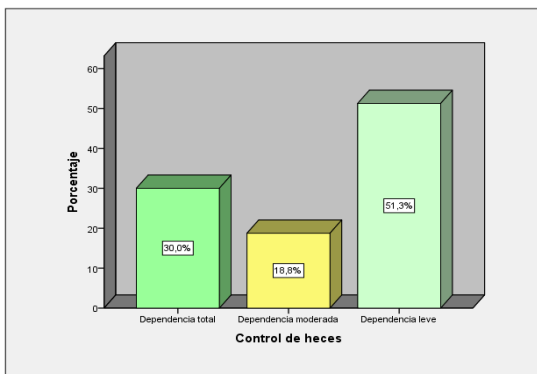


Figura 10. Dimensión control de heces

Para los pacientes, el 30% percibe dependencia total, el 18.8% presenta nivel de dependencia moderada y el 51.3% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión control de heces.

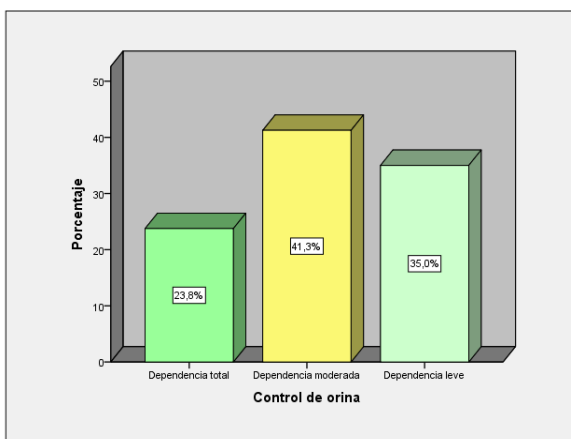


Figura 11. Dimensión control de orina

Para los pacientes, el 23.8% percibe dependencia total, el 41.3% presenta nivel de dependencia moderada y el 35% presenta un nivel de dependencia leve de la dimensión control de orina.

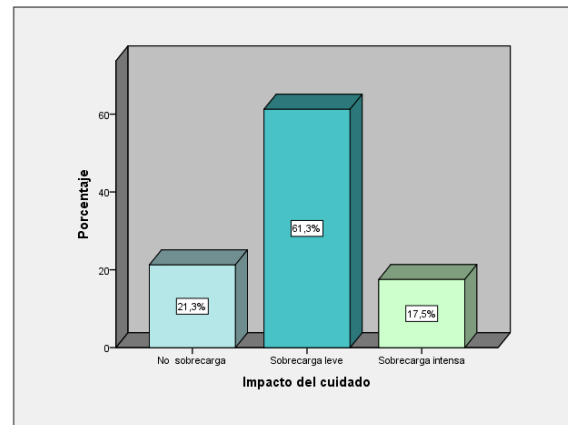


Figura 12. Impacto del cuidado

El 21.3% presenta un nivel de no sobrecarga, 61.3% presenta sobrecarga leve y el 17.5% presenta sobrecarga intensa de impacto del cuidado.

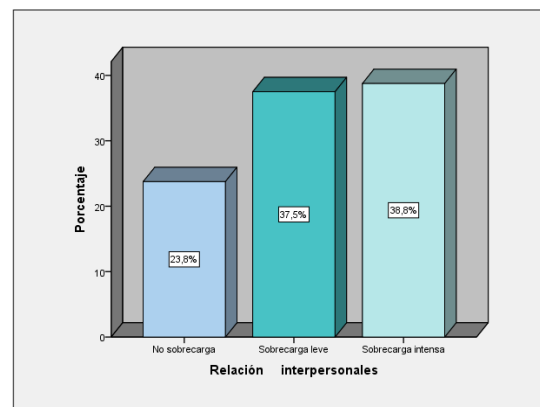


Figura 13. Dimensión relaciones interpersonales

El 23.8% presenta un nivel de no sobrecarga, 37.5% presenta sobrecarga leve y el 38.8% presenta sobrecarga en relaciones interpersonales.

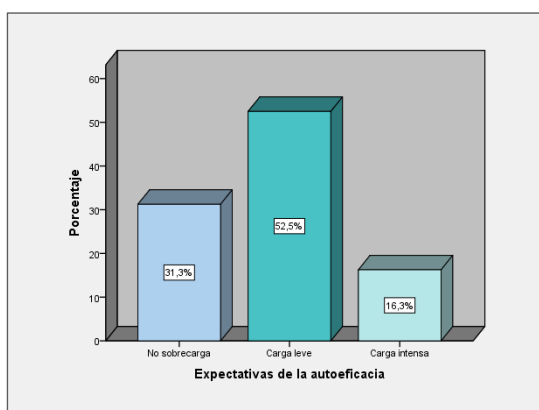


Figura 14. Dimensión expectativa de la autoeficacia

El 31.3% presenta un nivel de no sobrecarga, 52.5% presenta sobrecarga leve y el 16.3% presenta expectativas de la autoeficacia.

En la Prueba de Normalidad el H0: Los datos de la muestra provienen de una distribución Normal; H1: Los datos de la muestra no provienen de una distribución Normal

Nivel de significancia: 0.05

Estadístico de Prueba:

Sig. < 0.05, rechazar H0

Sig. > 0.05, aceptar H0

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Dependencia funcional	,202	80	,000
Comer	,404	80	,000
Trasladarse de la silla a cama	,307	80	,000
Aseo personal	,436	80	,000
Uso de retrete	,299	80	,000
Bañarse	,449	80	,000
Desplazarse	,279	80	,000
Subir y bajar escalera	,262	80	,000
Vestirse y desvestirse	,272	80	,000

Control de heces	,327	80	,000
Control de orina	,228	80	,000
Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	,105	80	,028
Impacto del cuidado interpersonal	,086	80	,200*
Relación de la autoeficacia	,161	80	,000
Expectativas de la autoeficacia	,140	80	,001

En la tabla para las variables y dimensiones se muestra que los sig. < 0.05, entonces se rechaza la H0, por lo tanto, se acepta H1, el cual nos indica que los datos no provienen de una distribución normal, por lo tanto, para la prueba de hipótesis se usará la técnica estadística no – paramétrica. Prueba de Rho de Spearman

Prueba de hipótesis general, H₀ = No existe correlación significativa entre la dependencia funcional y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Ha = Existe correlación significativa entre la dependencia funcional y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Elección de nivel de significancia $A = ,05$

Correlaciones				
			Depe	Sobre
			nden	carga
			cia	del
			funcio	(CP)
			nal	
Rho de	Dependen	Coefficient		
Spearm	cia	e de	1,000	,688**
an	funcional	correlación		
		Sig.	.	,000
		(bilateral)		
		N	80	80
	Sobrecarg	Coefficient		
	a del (CP)	e de	,688**	1,000
	en adultos	correlación		
	mayores	Sig.	,000	.
		(bilateral)		
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la hipótesis general: presentó Rho de Spearman = 0.688; interpretándose como moderada correlación entre las variables y una $p = 0.000$ ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Prueba de hipótesis específica 1,

H_0 = No existe correlación significativa entre comer y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre comer y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Correlaciones				
			Co	Sobre
			mer	carga
			del	(CP)
Rho de	Comer	Coefficiente	1,0	,490**
Spearm		de	00	
an		correlación		
		Sig.	.	,000
		(bilateral)		
		N	80	80
	Sobrecarg	Coefficiente	,49	1,000
	a del (CP)	e de	0**	
	en adultos	correlación		
	mayores	Sig.	,00	.
		(bilateral)	0	
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la primera hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.490; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $p = 0.000$ ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Prueba de hipótesis específica 2, H_0 = No existe correlación significativa entre Trasladarse de la silla a cama y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

H_a = Existe correlación significativa entre Trasladarse de la silla a cama y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Correlaciones				
	Traslada de la silla a cama		Sobre carga del (CP)	
Rho de Spearman	Traslada de la silla a cama	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	,443**
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,443**	1,000
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la segunda hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.443; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $p = 0.000$ ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Prueba de hipótesis específica 3,

H0 = No existe correlación significativa entre aseo personal y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Ha = Existe correlación significativa entre aseo personal y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Correlaciones				
	Aseo personal		Sobre carga del (CP)	
Rho de Spearman	Aseo personal	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	,266*
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,266*	1,000
		N	80	80

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la tercera hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.266 interpretándose como baja correlación entre las variables y una $p = 0.017$ ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Prueba de hipótesis específica 4,

H0 = No existe correlación significativa entre uso de retrete y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Ha = Existe correlación significativa entre uso de retrete y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Correlaciones			Uso de retrete	Sobre carga del (CP)
Rho de Spearman	Uso de retrete	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	,269*
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,016	,016
		N	80	80
			,269*	1,000
			,016	,016
		N	80	80

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la cuarta hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.269; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $p = 0.016$ ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Prueba de hipótesis específica 5,

H0 = No existe correlación significativa entre bañarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Ha = Existe correlación significativa entre bañarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Correlaciones			Bañars e	Sobre carga del (CP)
Rho de Spearman	Bañars e	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	,570**
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,570**	1,000
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la quinta hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.570; interpretándose como moderada correlación entre las variables y una $p = 0.000$ ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Prueba de hipótesis específica 6

H0 = No existe correlación significativa entre desplazarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Ha = Existe correlación significativa entre desplazarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Correlaciones				
			Desplazar se	Sobre carga del (CP)
Rho de Spearman	Desplazar se	Coefficiente de correlación	1,000	,510**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coefficiente de correlación	,510**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la sexta hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.510; interpretándose como moderada correlación entre las variables y una $p = 0.000$ ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Prueba de hipótesis específica 7

H0 = No existe correlación significativa entre subir y bajar escalera y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Ha = Existe correlación significativa entre subir y bajar escalera y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Correlaciones				
			Subir y bajar escalera	Sobre carga del (CP)
Rho de Spearman	Subir y bajar escalera	Coefficiente de correlación	1,000	,542**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coefficiente de correlación	,542**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la séptima hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.542; interpretándose como moderada correlación entre las variables y una $p = 0.000$ ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Prueba de hipótesis específica 8

H0 = No existe correlación significativa entre vestirse y desvestirse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Ha = Existe correlación significativa entre vestirse y desvestirse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Correlaciones			Vestirse y desvestirse	Sobre carga del (CP)
Rho de Spearman	Vestirse y desvestirse	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	,491**
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,491**	1,000
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la octava hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.491; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $p = 0.000$ ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Prueba de hipótesis específica 9

H0 = No existe correlación significativa entre control de heces y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Ha = Existe correlación significativa entre control de heces y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Correlaciones			Control de heces	Sobre carga del (CP)
Rho de Spearman	Control de heces	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	,352**
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,352**	1,000
		N	80	80

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

En la tabla 24, se presentan los resultados para contrastar la novena hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0.352; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $p = 0.001$ ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

Prueba de hipótesis específica 10

H0 = No existe correlación significativa entre control de orina y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Ha = Existe correlación significativa entre control de orina y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Correlaciones			Control de orina	Sobre carga del (CP)
Rho de Spearman	Control de orina	Coefficiente de correlación	1,000	,317**
		Sig. (bilateral)	.	,004
		N	80	80
	Sobrecarga del (CP) en adultos mayores	Coefficiente de correlación	,317**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	.
		N	80	80

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

En la tabla, se presentan los resultados para contrastar la décima hipótesis específica: presentó Rho de Spearman = 0. 317; interpretándose como baja correlación entre las variables y una $\rho = 0.004$ ($\rho < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula; por lo tanto existe relación entre las variables contrastadas.

DISCUSIÓN:

Respecto a la hipótesis general existe correlación entre la dependencia funcional y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0. 688 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Estos resultados se corroboran con las afirmaciones de Pascual et al (2018) quienes afirman que prevalecieron los cuidadores con sobrecarga y los pacientes que requieren asistencia para llevar a cabo las (ABVD) como bañarse, trasladarse y alimentarse, variables que se relacionaron con la sobrecarga, concluyeron que existe una relación significativa entre ambas

variables. Los resultados descriptivos demostraron que existe una sobrecarga leve de 12%, sobrecarga moderada de 56% y sobrecarga total 32%.

Según la hipótesis específica 1 que plantea si existe correlación entre comer y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018, debido a Rho de Spearman = 0. 490 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Al respecto Corcoles et al (2016) efectuaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la incidencia (DFH) en personas mayores, fue un análisis de cohortes, siendo la variable principal el DFH (Limitaciones para llevar a cabo actividades cotidianas al ingreso y tras el alta); incluyeron algunas variables demográficas, se utilizó la entrevista al usuario cuidadores, obtuvieron como resultado, del total de 104 pacientes, el 51,9% eran féminas; El primer día del ingreso de 43 (41,4%) conservaban su estado mental. Las primeras 24 horas de 60 (57,7%) había (DFH); Después del alta, de 92 usuarios (32.6%) existía un deterioro los cuales fueron evaluados. En usuarios independientes antes del ingreso, el 19% resultaron dependientes. Concluyeron que el DFH en mayores de 65 años; el porcentaje era alto en independientes, mientras que la quinta parte presento dependencia.

En relación a la hipótesis específica 2 donde se plantea si existe correlación entre Traslادarse de la silla a cama y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.

443 y $p = 0.000$ ($p < 0.05$). Coinciden con los resultados obtenidos por Tapia (2017) corrobora con los resultados obteniendo como resultado carga intensa (97%), leve (2%) y 1% sin carga (1%); en el impacto del cuidador, predominó la carga leve (65%). De acuerdo a las relaciones interpersonales no hubo sobrecarga (49%), Con lo que respecta a dependencia, el 56% es severa, el 39.7% dependiente, el 3% moderada y el 2% independiente, concluyeron que no existe vinculación entre ambas variables.

Respecto a la hipótesis específica 3 donde se planteó si existe correlación entre aseo personal y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.266 y $p = 0.017$ ($p < 0.05$). Al respecto Prieto et al (2015) donde el 48% presentaban sobrecarga, las edades fluctuaban entre 18 y 86 años, las mujeres en un (72%). Además, se encontró relación con sobrecarga al tiempo brindado al cuidado (6 horas), concluyeron que la sobrecarga del cuidador es alta debido a horas dedicadas al cuidado de los pacientes. Los resultados coinciden con Tripodoro, et al (2015) donde obtuvieron que de 54 cuidadores el 70% eran féminas y 52% convivientes. Se evidenció sobrecarga intensa (43%), leve (24%), y sin sobrecarga (33%). Concluyeron que dicha investigación pretendió visualizar el pueblo con falta de atenciones y otorgar a la inspección crítica de la misma.

En relación a la hipótesis específica 4 si existe correlación entre uso de retrete y

sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.269 y $p = 0.016$ ($p < 0.05$). Los resultados coinciden con Escarcina y Huayta (2015) realizaron un estudio; cuyo propósito fue determinar la relación entre la calidad de vida del cuidador y la dependencia del adulto mayor, Arequipa, El análisis fue cuantitativo, correlacional, descriptivo y transversal, para ello se entrevistó a 150 cuidadores. De los resultados se obtuvo que las cualidades sociodemográficas del paciente: tenían edad promedio (75 a 90 años), hombres casados, nivel secundario; Asimismo el (60.7%) presentó dependencia total; la edad promedio de las cualidades del cuidador fue de 25 a 54 años eran féminas, hijo (a), conyugues, con educación superior e independientes, Se encontró que el (52.0%) tenía regular calidad de vida. La dimensión física (42.7%), psicológica (44.7%), social (44.0%) y espiritual (48.7%) todas las dimensiones presentaban problemas moderados, concluyeron que entre ambas variables existió correlación significativa.

En relación a la hipótesis específica 5 si existe correlación significativa entre bañarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.570 y $p = 0.000$ ($p < 0.05$). Al respecto Vásquez (2015), llevo a cabo un estudio cuyo propósito fue determinar el grado de sobrecarga del cuidador de AM con demencia Asenjo; para ello se entrevistó a 44 cuidadores mayores (18

años con 3 meses) de atención al usuario con demencia. Se utilizó la ficha sociodemográfica del cuidador y usuario y el índice de Zarit, obtuvieron que el (81.82%) fueron féminas de 48 años que se dedicaban al cuidado por (88 horas) por semana; presentaban sobrecarga ligera (38.64%), concluyeron que no es frecuente la sobrecarga intensa.

En relación a la hipótesis específica 6 donde se plantea si existe correlación significativa entre desplazarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.510 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Al respecto Fhon, *et al.* (2016) los resultados difieren de los resultados de la investigación ya que se predominó el sexo masculino en adultos mayores; la edad promedio (74,8 años) y eran cónyuges. Mientras que en los cuidadores influyeron las mujeres con una edad promedio de (44,3 años), eran profesionales, casados/as e hijos/as de los mismos; Las dimensiones fueron salud general, mental y vitalidad para calidad de vida; concluyeron que a mayor carga incrementa el deterioro de calidad de vida. Por ello, es necesario el acompañamiento del cuidador para prevenir alteraciones mentales y físicas.

En relación a la hipótesis específica 7 donde se plantea si existe correlación significativa entre subir y bajar escalera y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.542 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Al respecto Villano (2016) se obtuvieron como resultado que los (C.P) suelen ser mujeres; por lo tanto en

Calidad de Vida el (62%) fue alto y el (38%) bajo lo que afecta el Rol Emocional y Función física, originando una sobrecarga intensa, concluyeron que no se evidencia relación entre ambas variables.

En relación a la hipótesis específica 8 se plantea si Existe correlación significativa entre vestirse y desvestirse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.491 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$).

En relación a la hipótesis específica 9 se plantea si existe correlación significativa entre control de heces y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.352 y $\rho = 0.001$ ($\rho < 0.05$).

En relación a la hipótesis específica 10 se plantea si existe correlación significativa entre control de orina y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.317 y $\rho = 0.004$ ($\rho < 0.05$).

CONCLUSIONES:

La siguiente investigación buscó establecer la relación entre la dependencia funcional y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018. Por todo esto se concluye de la siguiente manera:

Primera. Existe correlación entre la dependencia funcional y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.688 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Por lo tanto existe

una moderada correlación entre las variables.

Segunda. Existe correlación entre comer y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018, debido a Rho de Spearman = 0.490 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Tercera. Existe correlación entre Trasladarse de la silla a cama y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.443 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Cuarta. Existe correlación entre aseo personal y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.266 y $\rho = 0.017$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una baja correlación entre las variables.

Quinta. Existe correlación entre uso de retrete y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.269 y $\rho = 0.016$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una baja correlación entre las variables.

Sexta. Existe correlación significativa entre bañarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a

Rho de Spearman = 0.570 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Séptima. Existe correlación significativa entre desplazarse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.510 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Octava. Existe correlación significativa entre subir y bajar escalera y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.542 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Novena. Existe correlación significativa entre vestirse y desvestirse y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.491 y $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una moderada correlación entre las variables.

Décima. Existe correlación significativa entre control de heces y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.352 y $\rho = 0.001$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una baja correlación entre las variables.

Onceava. Existe correlación significativa entre control de orina y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018; debido a Rho de Spearman = 0.317 y $\rho = 0.004$ ($\rho < 0.05$). Existiendo una baja correlación entre las variables.

RECOMENDACIONES:

Primera:

Se sugiere generar instancias comunales que le permitan al adulto mayor y su entorno familiar mejorar su calidad de vida, como por ejemplo un lugar en donde ellos puedan asistir para sus controles de salud y en donde puedan tener actividades lúdicas y recreativas que le permitan mantenerse activos y útiles para la sociedad, mejorando la relación entre los familiares y cuidadores.

Segunda:

Realizar talleres sobre estrategias de continuidad asistencial y acciones que incrementen la autonomía e independencia del adulto mayor

Tercera:

Realizar trabajos de investigación que permitan comprender el mundo subjetivo del familiar cuidador, aplicando métodos cualitativos

Cuarta:

Realizar estudios donde se establezca relación con el nivel de sobrecarga según variables sociodemográficas.

REFERENCIAS:

- Abiu, R. A. (2016). *Deterioro cognitivo y dependencia en adultos mayores institucionalizados en el Centro de Atención al Adulto Mayor Casa María*. (Tesis). Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R., y Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Revista de Atención Primaria*, 33.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Boletín de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Araña-Suárez, S. (2011). *Trastornos músculo-esqueléticos, Psicopatología y Dolor*. Recuperado de: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/143942.pdf>
- Barrera, L., Pinto, N., Sánchez, B., Carrillo, G., y Chaparro, L. (2010). *Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Bertone, C. L., Torres, V. E., y Andrada, M. (2014). Factores sociales e individuales que explican la dependencia funcional de los adultos mayores de cuatro ciudades latinoamericanas. *Revista Científica de la*

Universidad Nacional de La Rioja, 1 (3), pp. 13-20.

- Cantos, A. y Tristany, A. (2011). *Guía de atención al cuidador*. Perú: Gestión Digital.SL.
- Chomba, A. M. (2013). *Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, Hospital Hermilio Valdizán agosto 2013*. (Tesis). Lima, Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.
- Córcoles, et. al. (2016). Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años. *Enfermería clínica, 26 (2)*, pp. 121-128. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115001515>
- Denyes, M., Orem, D., y SozWiss, G. (2001). Self-care: a foundational science. *Nursing Science Quarterly, 14 (1)*, pp. 48-54.
- Dorantes, G., Ávila, F., Mejía, S., y Gutiérrez, R. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. *Rev Panam Salud Pública, 22 (1)*, pp. 1-11.
- Escarcina, A., y Huayta, L. (2016). *Dependencia del adulto mayor y calidad de vida del cuidador familiar. Hospital III Yanahuara, Arequipa 2015*. (Tesis). Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Essalud, (2015). *Hospital Almenara Promueve Formación del Programa Familiar Acompañante*. Recuperado de: <http://www.essaludgob.pe/hospital-almenara-promueve-formación-del-familiar-acompañante/>
- Essalud, (2016). *Registro de informe anuales y Técnicos del Programa del Programa Familiar Acompañante del Hospital Emergencias Grau*. Perú.
- Esteban, A., y Mesa, M. (2008). Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familias con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol, 43 (3)*, pp. 146-156.
- Ferre, C. (2011). *Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria*. España, Tarragona: Publidisa, S.A.
- Fhon, J. R. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería, 34 (3)*, pp. 251-258. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/58704>
- Flores, A., Adeva, J., García, M., Gómez, P. (2018). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Índex Enfermería, 3 (1218)*, pp. 261-272. Disponible

- en: <http://www.index-f.com/memoria/11/11210r.php>.
- García, M.M., Rodríguez, I., y Navarro, G. (2004). El impacto del cuidar en la salud y la calidad de la vida de las mujeres. *Gac Sanit*, 18 (2), pp. 83-92.
- Guillén, D., y Herrera, G. (2011). *Nivel de Dependencia del Adulto Mayor en una Comunidad Rural del Sur de Veracruz*. Universidad Veracruzana. México.
- Hansen, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. 3ra. Edición. México: Manual Moderno.
- Havighurst, R. (1963). Successful aging. En R. Williams, C. Tibbitts y W. Donahue (Eds.). *Processes of Aging*, 1, 299-320. Nueva York: Atherton.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, Z. (2015). *Factores sociales relacionados a la dependencia funcional de los adultos mayores*. Centro de Salud 9 de enero. Chachapoyas–2015. (Tesis). Chachapoyas, Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.
- Jiménez-Caballero, P., López-Espuela, F., Portilla-Cuenca, J., Pedrera-Zamorano, J., Jiménez-Gracia, M., Lavado-García, J. M., y Casado-Naranjo, I. (2012). Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. *Revista de Neurología*, 55 (6), pp. 337-342.
- Lipa, M. C. (2018). *Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con cáncer en tratamiento*. Servicio de oncología, Hospital III Goyeneche, Arequipa 2017. (Tesis). Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- López J, et al. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. Clínica Médica Familiar [revista en Internet] 2009 enero – marzo. [Acceso 19 de febrero de 2018];2(7): 332-339 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2009000200004&script=sci_pdf.
- Maddox, G. (1974). Fact and artifact: Evidence bearing on disengagement theory. En E. Palmore (Ed.). *Normal Aging*, pp.318-328. Durham, NC: Duke University Press.
- Martínez, R., y Miangolarra, J.C. (2006). *El cuidador y la enfermedad de Alzheimer*. Formación y asistencia. España: Universitaria Ramón Areces.

- Mey Ling, C. (2014). *Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con esquizofrenia y factores asociados en el hospital regional docente las Mercedes durante el periodo octubre – diciembre 2013*. (Tesis). Chiclayo - Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Minsal. (2008). *Dependencia de los Adultos Mayores en Chile*. Chile: Súper Intendencia de Salud de Chile.
- Moral, M.S., Juan, J, López, M.J., y Pellicer, P. (2003). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Asuncion Primaria*, 32, pp. 77-87.
- Moreno, M. E. (2005). *Cómo cuidar a un enfermo en casa*. Colombia: Moderno.
- Morris, C., y Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología*. 12ma. edición. México.
- Orem, E. D. (1993). *Modelo de Orem: La teoría de enfermería del autocuidado. Una Teoría general*. Madrid: Masson – Salvat.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Mundial Envejecimiento Informe*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=26A921125899195B4D435E6C7CE47F65?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Definiciones Intox*. Disponible en: http://www.who.int/ipcs/poisons/en/definitions_es.pdf
- Palacios, X., y Liménez, K. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en psicología Latinoamericana/Bogotá*, 26 (2); pp 195-210.
- Pascual, Y., Garzón, M., y Ravelo, M. (2018). Relación entre dependencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer y sobrecarga en el cuidador principal. *Revista Cubana de Enfermería*, 34 (1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1393>
- Prieto, S.E., Arias, N., Villanueva, E.Y., y Jiménez, C.A. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *MedIntMéd*, 31, pp. 660-668.
- Rinaldi, L., Spazzafumo, R., Mastriforti, P., Mattioli, M., Marvardi, C., y Polidori, A. (2005). Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20, pp. 168-174.

- Rodríguez, A., Rodríguez, E., Duarte, A., Díaz, E., y Clavería, A. (2007). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Elsevier Atención Primaria*, 49 (3), pp. 156-165. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656716301962>
- Rosow, I. (1967). *Social integration of the aged*. New York, Free Press.
- Ruiz, A., y Nava, G. (2010). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. México. *Enf Neurol*, 11 (3), pp. 163-169. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene2012/ene123i.pdf>
- Sánchez, C. (1990). *Trabajo Social y Vejez. Teoría e Intervención*. Buenos Aires: Humanitas.
- Tripodoro, V., Veloso, V. y Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos: revista de crítica social*, 17, 307-330. Recuperado de: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324/1217>
- Varela, L. (2000). Valoración Geriátrica Integral. Propuesta de Addendum a Historia Clínica. *Revista Diagnostico*, 42 (2), pp. 73-80.
- Villano, S. (2016). Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico instituto nacional de ciencias neurológicas. (Tesis). Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma.
- Walford, L., Gottesman, R., Weindruch, R., y Tam, C. (1981). Immunopathology of aging. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 2 (1), pp. 3-48.
- Zarit, S. H. (2004). Family care and burden at the end of life. Commentary. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (12), 1811 – 1812.

Confiabilidad de la variable dependencia funcional

N°	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
1	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3
2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2
3	1	1	2	1	3	2	2	2	3	3
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	1	3	2	2	2	3	3	1	3	1
6	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2
7	2	1	3	2	2	2	3	3	3	3
8	1	3	2	2	1	1	1	2	1	1
9	1	1	3	1	2	1	3	2	2	2
10	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1
11	1	1	1	3	2	2	2	3	3	2
12	1	3	2	1	3	2	2	2	3	3
13	1	1	2	2	2	1	3	2	2	2
14	3	2	3	3	2	2	2	3	3	1
15	2	1	1	3	2	1	1	1	2	1
16	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1
17	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	1	1	2	1	3	2	2	2	3	3
22	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
23	1	3	2	2	2	3	3	1	3	1
24	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2
25	2	1	3	2	2	2	3	3	3	3
26	1	3	2	2	1	1	1	2	1	1
27	1	1	3	1	2	1	3	2	2	2
28	1	1	1	3	2	2	2	3	3	2
29	1	3	2	1	3	2	2	2	3	3
30	1	1	2	2	2	1	3	2	2	2

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,801	10

Confiabilidad de la variable sobrecarga del cuidador

4	4	4	3	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	3	4	4	4	5
4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	3	5	5	5	5	4	4	5	5	4	3
4	5	3	5	5	4	3	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	3	3	4
4	1	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	3	5	4	4	5	4	5	4	4
5	5	4	4	5	1	5	4	1	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	5	4	4
3	4	4	4	3	5	3	4	4	4	5	5	5	3	5	5	5	4	4	4	4	5
4	5	4	1	5	5	5	5	1	5	3	5	5	4	5	4	4	4	5	5	4	5
3	1	3	1	4	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	1	4	3	3	4
5	5	3	5	1	5	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	3	5	5	3	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	3	4	5	4	5
4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	1	4	5	5	5	3	5	5
5	4	4	3	5	3	4	5	4	3	4	3	4	5	5	4	3	4	5	5	4	3
4	4	3	1	3	3	3	3	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4
3	3	1	3	4	3	4	1	2	4	1	3	4	3	4	1	1	4	3	1	3	3
3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	4	2
1	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4
3	3	3	5	5	4	4	4	5	2	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4
4	5	3	5	3	4	5	4	3	1	2	4	3	5	4	5	3	4	5	3	1	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	5	2	5	5	4	1	5	5	5	5	4	2
4	5	4	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5
1	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	3
3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4
4	3	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4
3	3	5	5	5	4	2	4	5	2	4	4	5	5	5	5	5	2	5	5	4	4
4	5	2	5	3	1	5	4	3	1	2	2	3	5	4	2	3	4	5	3	1	2
5	5	5	5	1	3	5	5	3	3	5	5	5	1	3	4	5	5	5	5	4	5
2	5	2	5	4	5	4	4	2	2	4	5	4	4	4	4	5	2	2	2	4	5
3	3	3	5	1	3	4	1	5	2	3	4	6	5	5	3	5	5	5	3	4	4
4	5	3	5	3	4	5	4	3	1	2	4	3	5	4	5	3	4	5	3	1	4
3	3	3	3	3	3	4	3	2	4	3	3	4	3	4	3	4	4	3	3	3	3

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,804	22

Base de datos de la V1

N°	Sexo	Edad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	v1
1	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	20
2	1	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	22
3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	11
4	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	20
5	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	11
6	1	1	2	3	1	1	2	2	2	2	3	3	21
7	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	12
8	1	1	2	3	1	1	1	2	1	3	3	3	20
9	1	1	2	3	1	1	1	2	1	2	1	2	16
10	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	3	3	18
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
12	1	1	2	2	1	3	1	2	1	2	3	3	20
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	13
14	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	12
15	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	14
16	1	1	2	3	1	1	2	2	2	2	3	2	20
17	1	1	2	3	1	2	2	2	3	2	3	3	23
18	1	1	2	3	1	2	2	2	3	3	3	3	24
19	1	1	2	2	1	1	2	3	2	3	3	2	21
20	1	1	2	2	1	3	2	2	2	2	3	3	22
21	1	1	2	3	2	2	1	3	1	1	1	1	17
22	1	1	2	3	1	1	2	3	1	2	1	1	17
23	1	1	1	2	2	1	2	2	3	2	2	3	20
24	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	3	3	19
25	1	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	3	20
26	1	1	1	1	2	2	2	3	1	2	1	1	16
27	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	14
28	1	1	2	3	1	1	2	2	2	3	3	3	22
29	1	2	2	3	1	1	2	2	2	2	3	3	21
30	1	2	2	3	2	1	2	2	2	2	3	3	22
31	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
32	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	20
33	1	2	1	3	1	1	1	2	1	3	1	1	15
34	1	2	2	3	2	2	2	2	2	1	3	3	22
35	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	13
36	2	2	2	1	1	3	1	2	2	1	3	1	17
37	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	15
38	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	3	20
39	2	2	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	13
40	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	12
41	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	3	3	22

42	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	3	3	23
43	2	2	2	2	1	1	2	3	2	3	3	3	22
44	2	2	2	3	1	2	2	3	2	2	2	2	21
45	2	2	2	3	1	3	2	2	2	3	3	3	24
46	2	2	2	3	2	1	2	3	2	2	3	3	23
47	2	2	2	3	1	2	2	3	2	2	3	2	22
48	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	3	2	18
49	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	24
50	2	2	2	3	1	2	2	3	3	2	3	2	23
51	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	14
52	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	3	3	22
53	2	2	1	3	1	2	2	2	2	1	1	2	17
54	2	2	2	3	2	3	1	3	2	3	3	2	24
55	2	2	1	3	1	3	2	3	1	1	2	2	19
56	2	2	1	3	1	1	2	2	2	3	3	2	20
57	2	2	2	3	2	2	2	3	2	1	1	1	19
58	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
59	2	2	1	3	1	1	2	3	2	2	3	3	21
60	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	20
61	2	2	1	2	1	1	2	3	3	2	2	2	19
62	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	3	2	22
63	2	2	2	3	1	2	2	3	3	3	1	2	22
64	2	2	2	2	1	1	2	3	2	3	1	2	19
65	2	2	1	3	2	2	2	3	3	1	3	1	21
66	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	20
67	2	2	1	2	1	3	2	2	2	1	1	1	16
68	2	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2	2	21
69	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	2	22
70	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	23
71	2	2	2	3	1	3	1	3	3	3	1	2	22
72	2	2	2	3	1	1	2	2	1	3	3	3	21
73	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	26
74	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	25
75	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	23
76	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	1	2	21
77	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	18
78	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	20
79	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	24
80	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	3	2	20

Base de lados de la V2

N°	Sexo	Edad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	D1	P13	P14	P15	P16	P17	P18	D2	P19	P20	P21	P22	D3	TOTAL
1	1	1	3	3	2	2	3	3	2	3	4	4	2	2	33	2	3	2	3	4	4	18	3	2	4	3	12	63
2	1	1	2	2	1	2	4	2	2	1	2	4	3	3	28	2	2	4	4	2	4	18	3	4	2	3	12	58
3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	20	1	1	1	1	1	3	8	1	1	3	1	6	34
4	1	1	3	3	3	1	2	2	2	1	2	4	4	3	30	3	3	3	3	5	4	21	2	3	5	2	12	63
5	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	16	1	1	1	1	2	2	8	2	1	1	1	5	29
6	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	3	3	3	25	2	5	3	4	3	4	21	3	2	2	5	12	58
7	1	1	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	27	2	2	2	2	2	1	11	1	1	2	2	6	44
8	1	1	2	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	4	25	3	3	3	4	4	5	22	4	4	3	3	14	61
9	1	1	2	3	3	3	3	3	2	3	4	5	2	2	35	3	4	3	4	4	4	22	4	3	3	3	13	70
10	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	17	2	2	1	1	1	1	8	1	1	1	2	5	30
11	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	14	2	2	1	1	1	1	8	1	1	2	2	6	28
12	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	20	2	2	2	1	1	1	9	1	1	1	1	4	33
13	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	16	1	1	1	2	2	1	8	1	1	2	2	6	30
14	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	15	1	1	1	1	2	2	8	2	1	1	1	5	28
15	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	5	1	1	1	18	3	1	4	1	1	1	11	1	1	1	2	5	34
16	1	1	3	4	4	2	3	3	2	2	1	2	3	3	32	4	5	4	4	4	3	24	2	3	3	3	11	67
17	1	1	2	2	1	2	2	1	2	4	4	4	4	4	32	4	4	4	4	5	4	25	5	5	5	4	19	76
18	1	1	3	2	3	2	2	4	2	2	3	2	3	2	30	3	4	2	3	4	3	19	3	4	3	2	12	61
19	1	1	4	4	4	3	1	2	2	1	2	4	3	4	34	2	5	4	4	5	3	23	5	5	5	4	19	76
20	1	1	3	3	5	3	2	3	3	3	3	3	2	3	36	3	5	3	3	3	4	21	2	2	2	2	8	65
21	1	1	3	3	1	2	3	1	1	1	2	1	1	2	21	2	1	1	1	3	1	9	1	1	3	1	6	36
22	1	1	2	3	4	1	3	4	2	2	4	4	4	3	36	3	4	4	3	3	2	19	3	3	3	2	11	66
23	1	1	4	4	4	4	2	4	4	2	5	4	4	4	45	4	3	3	3	4	3	20	3	3	3	3	12	77
24	1	2	3	2	4	2	1	3	2	2	2	2	3	3	29	3	2	2	4	2	4	17	4	3	3	3	13	59

25	1	2	3	3	4	3	2	2	2	1	2	5	4	3	34	3	4	3	3	3	2	18	4	3	2	3	12	64
26	1	2	3	3	3	2	2	2	1	2	3	5	3	2	31	2	2	3	3	5	3	18	3	3	3	2	11	60
27	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	1	1	1	1	1	1	6	4	1	1	1	7	28
28	1	2	2	2	1	2	1	4	3	2	2	1	2	5	27	5	5	4	5	5	5	29	4	3	3	3	13	69
29	1	2	3	3	2	2	3	3	2	3	4	4	2	2	33	2	3	2	3	4	4	18	3	5	4	3	15	66
30	1	2	3	3	3	1	2	3	3	4	5	4	4	3	38	3	3	3	3	5	4	21	2	3	5	2	12	71
31	2	2	4	3	5	5	2	2	5	5	5	2	2	1	41	1	1	1	1	2	2	8	2	1	1	1	5	54
32	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	27	2	2	2	2	2	1	11	1	1	2	2	6	44
33	2	2	2	3	4	2	3	3	2	3	4	5	2	4	37	3	3	3	4	4	5	22	4	4	3	3	14	73
34	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	4	5	2	2	35	3	4	3	4	4	4	22	4	3	3	3	13	70
35	2	2	1	1	1	2	2	2	4	3	5	5	2	2	30	2	2	1	1	1	1	8	1	1	1	2	5	43
36	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	20	2	2	2	1	1	1	9	1	1	1	1	4	33
37	2	2	4	3	5	5	2	1	3	1	2	2	1	1	30	1	1	1	2	2	1	8	1	1	2	2	6	44
38	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	4	4	4	4	39	3	4	3	3	4	3	20	4	4	3	3	14	73
39	2	2	4	3	5	5	2	4	3	5	5	2	2	2	42	1	1	1	1	2	2	8	2	1	1	1	5	55
40	2	2	4	3	5	5	2	1	4	3	5	5	2	1	40	3	1	4	1	1	1	11	1	1	1	2	5	56
41	2	2	3	4	4	2	3	3	4	3	5	4	3	3	41	4	5	4	4	4	3	24	2	3	3	3	11	76
42	2	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	46	4	4	4	4	5	4	25	5	5	5	4	19	90
43	2	2	3	4	3	3	1	4	3	4	3	5	3	4	40	4	3	4	4	5	5	25	5	4	5	4	18	83
44	2	2	4	4	4	4	1	4	4	2	4	3	3	3	40	4	3	3	3	3	4	20	3	3	3	3	12	72
45	2	2	5	5	4	4	4	5	4	3	4	5	5	4	52	5	5	4	3	4	5	26	5	5	5	5	20	98
46	2	2	3	3	4	5	1	3	5	4	4	3	2	5	42	5	3	3	3	5	3	22	5	5	3	2	15	79
47	2	2	3	5	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	44	4	3	4	4	4	3	22	5	5	4	3	17	83
48	2	2	4	3	5	5	2	2	2	3	3	3	2	2	36	2	3	3	3	2	2	15	2	3	3	1	9	60
49	2	2	4	3	2	3	2	5	4	4	3	4	4	4	42	4	3	4	4	4	4	23	5	5	4	4	18	83
50	2	2	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	40	3	3	3	4	5	5	23	4	5	5	4	18	81
51	2	2	4	3	5	5	2	2	2	1	3	3	2	2	34	2	2	4	3	2	2	15	1	3	3	1	8	57
52	2	2	3	5	4	2	1	4	3	5	4	5	2	3	41	2	4	3	4	3	4	20	4	3	2	3	12	73
53	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	4	4	2	2	33	2	3	2	3	4	4	18	3	5	4	3	15	66


54	2	2	5	4	3	4	4	4	3	4	5	4	3	3	46	4	5	4	4	4	4	25	3	4	4	3	14	85
55	2	2	3	3	3	3	2	3	1	4	3	4	2	3	34	3	4	3	4	5	4	23	4	4	4	3	15	72
56	2	2	3	4	2	3	1	3	3	4	4	3	4	2	36	2	3	3	3	3	3	17	4	3	3	3	13	66
57	2	2	3	3	3	1	2	3	3	4	5	4	4	3	38	3	3	3	3	5	4	21	2	3	5	2	12	71
58	2	2	4	3	5	5	2	2	4	3	5	5	2	1	41	1	3	3	3	2	2	14	2	1	3	1	7	62
59	2	2	3	5	4	5	1	5	5	4	4	5	2	5	48	5	5	3	5	5	3	26	5	5	3	2	15	89
60	2	2	3	5	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	44	4	3	4	4	4	3	22	5	5	4	3	17	83
61	2	2	3	3	4	4	1	4	3	4	5	4	3	4	42	4	3	3	3	4	4	21	2	3	3	3	11	74
62	2	2	3	3	4	3	3	3	2	2	4	4	3	2	36	3	3	3	4	4	4	21	3	4	3	3	13	70
63	2	2	3	2	3	2	2	4	2	2	3	2	3	2	30	3	4	2	3	4	3	19	3	4	3	2	12	61
64	2	2	4	4	4	3	1	4	3	4	5	4	3	4	43	2	5	4	4	5	3	23	5	5	5	4	19	85
65	2	2	4	4	4	2	1	2	2	2	5	5	3	2	36	2	5	4	3	4	4	22	2	2	4	2	10	68
66	2	2	4	4	4	3	1	4	2	4	2	4	3	4	39	4	4	3	3	3	4	21	5	3	3	3	14	74
67	2	2	3	3	5	3	2	3	3	3	3	3	2	3	36	3	5	3	3	3	4	21	2	2	2	2	8	65
68	2	2	3	3	4	2	2	4	3	2	4	3	3	2	35	3	4	2	3	4	3	19	3	3	3	3	12	66
69	2	2	3	4	5	2	2	3	2	4	2	4	3	4	38	4	3	3	3	4	5	22	4	4	4	3	15	75
70	2	2	5	4	5	3	2	4	2	4	5	5	3	4	46	5	3	3	5	3	5	24	4	3	4	4	15	85
71	2	2	4	5	5	3	2	4	2	4	5	4	4	4	46	4	4	4	3	3	5	23	5	4	3	3	15	84
72	2	2	4	4	5	3	1	4	3	4	5	5	3	5	46	5	5	4	5	5	5	29	4	3	3	3	13	88
73	2	2	5	4	5	4	2	4	3	4	5	2	2	4	44	5	4	4	3	5	5	26	5	4	3	3	15	85
74	2	2	4	5	5	3	2	4	4	4	5	2	2	4	44	5	5	4	5	3	5	27	3	4	4	4	15	86
75	2	2	4	3	5	3	1	5	4	5	5	5	4	5	49	4	5	3	5	5	5	27	5	3	5	5	18	94
76	2	2	4	5	4	4	1	4	5	5	5	5	5	4	51	5	4	5	5	5	4	28	5	5	5	4	19	98
77	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	26	2	2	3	2	2	2	13	2	2	2	2	8	47
78	2	2	3	4	3	5	5	2	3	3	3	3	4	1	39	3	3	3	4	4	3	20	1	1	2	2	6	65
79	2	2	3	2	3	2	2	4	2	2	3	2	3	2	30	3	4	2	3	4	3	19	3	4	3	2	12	61
80	2	2	4	4	4	3	1	4	3	4	5	4	3	4	43	2	5	4	4	5	3	23	5	5	5	4	19	85

Yo, Mgtr. Cristina Lizbet Ruiz Quilcat, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, sede Lima Este, revisor (a) de la tesis titulada:

"Dependencia Funcional del Adulto Mayor y Sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un Hospital Público, Cercado de Lima, 2018", de la estudiante Br. Virginia Victoria Almeyda Ramos constato que la investigación tiene un índice de similitud de 23% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha: San Juan de Lurigancho, 15 de diciembre del 2018

P/P 

Firma

Cristina Lizbet Ruiz quilcat

DNI: 70127971

 Elaboró:  Dirección de Investigación	Revisó:  Responsable del SGC	  Vicerrectorado de Investigación
---	--	--

Feedback Studio - Google Chrome
 https://evturntin.com/app/carta/ev/lang=es&ui=1077866693&co=1064851570&ss=1

ALMEYDA VIRGINIA

feedback studio

Resumen de coincidencias

23 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias

1	repositorio ucv.edu.pe	6 %
2	Entregado a Universidad...	5 %
3	repositorio unsa.edu.pe	2 %
4	www.scielo.org.mx	1 %
5	repositorio upao.edu.pe	1 %
6	formacionaunivep.com	1 %

23

Dependencia funcional del adulto mayor y sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un hospital público, Cercado de Lima, 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
 Maestría en gestión de los servicios de la salud

AUTORA:
 Bg. Almeyda Ramos, Virginia Victoria

ASESORA:
 Mgtr. Raíz Obulcaj, Cristina

SECCIÓN:
 Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
 Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo de la Salud

PERÚ – 2018

Página 1 de 129 Número de palabras: 25351 High Resolution Activado Text-only Report

Yo Br. Virginia Victoria Almeyda Ramos, identificado con DNI N° 21846521, egresado de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Dependencia Funcional del Adulto Mayor y Sobrecarga del cuidador primario en un programa familiar de un Hospital Público, Cercado de Lima, 2018"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



 FIRMA

DNI: 21846521

FECHA: 15 de marzo del 2019

			
Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Repositorio del SGC
			



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE
POSGRADO, MGTR. MIGUEL ÁNGEL PÉREZ PÉREZ

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Br. ALMEYDA RAMOS VIRGINIA VICTORIA

INFORME TÍTULADO:

“Dependencia Funcional del Adulto Mayor y Sobrecarga del
cuidador primario en un programa familiar de un Hospital Público,
Cercado de Lima, 2018”

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestra en Gestión de los servicios de la salud

SUSTENTADO EN FECHA: 18 de enero de 2019

NOTA O MENCIÓN: 15



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN