



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO  
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

**Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga en  
Familiares Cuidadores de Personas Adultas Mayores con  
Discapacidad Funcional del C.A.M. “Tayta Wasi” Villa María del  
Triunfo, 2018**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Vilca Mamani, Milagros ([orcid.org/0000-0002-9005-3119](https://orcid.org/0000-0002-9005-3119))

**ASESORA:**

Dra. Huayta Franco, Yolanda Josefina ([orcid.org/0000-0003-0194-8891](https://orcid.org/0000-0003-0194-8891))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**LIMA – PERÚ**

**2018**

### **Dedicatoria**

A Dios, a quien considero mi mejor amigo y dueño de mi vida, a mis padres Francisco Vilca y Celestina Mamani por su amor y apoyo constante e incondicional en todo momento de mi vida y por ser mi fortaleza para lograr mis metas.

A mi hija Yscell, que, con su amor, sus sonrisas y besos me han ayudado afrontar los retos que se me han presentado.

## **Agradecimiento**

A mi asesora de tesis: Dra. Yolanda Josefina Huayta Franco, por su incondicional ayuda, apoyo y estímulo permanente para la realización de este trabajo. Por sus importantes aportaciones para su puesta en marcha y desarrollo; por su tesón y empeño para que este trabajo llegara a su fin.

Agradezco a la Universidad César Vallejo por permitir que se concrete mi meta trazada.

Además, debo el agradecimiento al C.A.M. “Tayta Wasi” por brindarme las facilidades que me permitieron el cumplimiento de la investigación y a todos los familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional por su tiempo y disposición para responder a los instrumentos de estudio.

## Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	14
III. METODOLOGÍA	38
3.1 Tipo y diseño de investigación	38
3.2 Variables y operacionalización	39
3.3 Población, muestra, muestreo y unidad de análisis	40
3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	41
3.5 Procedimientos	42
3.6 Método de análisis de datos	43
3.7 Aspectos éticos	43
IV. RESULTADOS	45
V. DISCUSIÓN	65
VI. CONCLUSIONES	67
VII. RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS	71
ANEXOS	77

## Índice de tablas

Tabla 1	Frecuencia variable 1 estrategias de afrontamiento	45
Tabla 2	Frecuencia variable resolución de problemas	46
Tabla 3	Frecuencia estrategia reestructuración cognitiva de variable estrategias de afrontamiento	47
Tabla 4	Frecuencia apoyo social de variable estrategias afrontamiento	48
Tabla 5	Frecuencia expresión emocional de variable estrategias afrontamiento	49
Tabla 6	Frecuencia evita problemas la variable estrategias de afrontamiento	50
Tabla 7	Frecuencia pensamiento desiderativo variable estrategias de afrontamiento	51
Tabla 8	Frecuencia autocrítica la variable estrategias de afrontamiento	52
Tabla 9	Frecuencia retirada social la variable estrategias afrontamiento	53
Tabla 10	Frecuencia variable 2 nivel de sobrecarga	54
Tabla 11	Frecuencia variables estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga	55
Tabla 12	Correspondencia hacia estrategias afrontamiento y nivel sobrecarga	56
Tabla 13	Correlación hacia resolución de problemas y nivel de sobrecarga	57
Tabla 14	Correspondencia hacia reestructuración cognitiva y nivel se sobrecarga	58
Tabla 15	Correspondencia hacia entre apoyo social y nivel sobrecarga	59
Tabla 16	Correlación hacia expresión emocional y nivel de sobre carga familiar	60
Tabla 17	Correspondencia hacia entre la evita problemas y la sobrecarga familiar	61
Tabla 18	Correspondencia hacia el pensamiento desiderativo y la sobrecarga familiar	62
Tabla 19	Correspondencia hacia autocrítica y sobrecarga familiar	63
Tabla 20	Correspondencia hacia retirada social y la sobrecarga familiar	64

## Índice de gráficos y figuras

Figura 1	Porcentual de la estrategia de afrontamiento	45
Figura 2	Distribución porcentual de la estrategia resolución de problemas	46
Figura 3	Porcentual de la estrategia de reestructuración cognitiva	47
Figura 4	Porcentual la estrategia de apoyo social	48
Figura 5	Porcentual estrategia expresión emocional	49
Figura 6	Porcentual estrategia evita problemas	50
Figura 7	Porcentual estrategia del pensamiento desiderativo	51
Figura 8	Porcentual estrategia de autocrítica	52
Figura 9	Porcentual de la estrategia de retirada social	53
Figura 10	Porcentual de nivel de sobrecarga	54
Figura 11	Porcentual variables de afrontamiento y sobrecarga	55

## Resumen

El adulto mayor evidencia deterioro en ejecutar actividades habituales necesarias para la vida, (comer, bañarse, vestirse, etc.), reflejando la pérdida de su independencia y necesidad constante de ayuda imprescindible de cuidados familiares que provoca tener una responsabilidad los cuidadores en gran parte tienen sobrecarga física y emocional. El objetivo de la presente investigación es determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del cuidador. La técnica empleada fue la encuesta, se utilizó el cuestionario de estrategias de afrontamiento de Cano et al., (2007) y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador utilizó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (1980). Los resultados en estrategias de afrontamiento, dimensión resolución de problemas está presente con 84.8%, seguida por el pensamiento desiderativo 78.8% y la expresión emocional 61.6%, existe ausencia de estas estrategias de afrontamiento reestructuración cognitiva en 74.8% y la evitación del problema 90.1% en cuanto al nivel de sobrecarga el 62.9% no tiene sobrecarga, el 24.5% tiene una sobrecarga intensa y el 12.6% presenta una sobrecarga leve. Las conclusiones evidencian que las correlaciones son muy bajas entre ambas variables con tendencia a aproximaciones del 0,000 por lo que se estima ambas variables existen correlaciones mínimas.

**Palabras clave:** Estrategia de afrontamiento, sobrecarga, cuidador, adulto mayor.

## **Abstract**

The older adult shows deterioration in executing habitual activities necessary for life, (eating, bathing, dressing, etc.), reflecting the loss of their independence and constant need for essential help from family care, which causes caregivers to have a responsibility that is largely physically and emotionally overloaded. The objective of the present research is to determine the relationship between coping strategies and the level of caregiver overload. The technique used was the survey, the coping strategies questionnaire of Cano et al. (2007) was used and the level of caregiver overload of the family caregiver used the Caregiver Overload Scale of Zarit (1980). The results in coping strategies, problem solving dimension is present with 84.8%, followed by desiderative thinking 78.8% and emotional expression 61.6%, there is absence of these coping strategies cognitive restructuring in 74.8% and problem avoidance 90.1% as for the level of overload 62.9% have no overload, 24.5% have intense overload and 12.6% present mild overload. The conclusions show that the correlations are very low between both variables with a tendency to approximate 0.000, so that both variables are estimated to have minimal correlations.

**Keywords:** Strategy coping, overload, caregiver, older adult.

## I. INTRODUCCIÓN

El organismo OMS (OMS, 2011) definió la degeneración del ser humano como “el desarrollo de la fisiología que empieza en la idea y cambia a lo largo de la vida”. Además, confirmamos que estas permutaciones causan una restricción de la capacidad adaptativa del cuerpo humano en los últimos años de vida.

Del mismo modo, los cambios sociales y económicos que han tenido lugar en la Tierra durante el último siglo han impactado fundamentalmente en la salud humana, alterando significativamente los perfiles epidemiológicos y las condiciones de salud y patológicas. La esperanza de vida de las personas aumenta, pero al mismo tiempo aumentan las enfermedades crónicas y algunos grupos presentan niveles significativos de dependencia, con una huella reveladora en la disposición de existencia.

La OMS (2005) caracterizó al mundo desarrollado como consecuencia de crecimiento del grado de existencia, se convierte en una mayor dependencia de los mayores adultos, quienes en este período sufren un aumento de enfermedades crónicas (artrosis, insuficiencia cardiaca, etc.). Esto va acompañado de un deterioro físico y psíquico que determina la capacidad utilizable, aumentando el número de personas que necesitan cuidados de larga data y haciéndolas dependientes.

Dependiente significa una persona que, debido a su edad, condición médica o discapacidad, es una persona que, en relación con carencia de soberanía sensorio, fisiológica, mental o académica, es una persona que exige indebidamente el cuidado de otra persona o ayuda en tareas esenciales, se entiende por persona que vida.

Es una realidad longeva a nivel internacional, hoy, por iniciativa en el contexto histórico, la gran parte de la localidad tiene una expectativa de existencia con 60 años a más, y para 2050 se espera que la población internacional en ese grupo de edad crezca en 900 millones hasta alcanzar los 2 mil millones. Lo que sostiene la OMS (2018) respecto a 2015.

Paralelamente, establece que actualmente había 126 millones de seres humanos mayores a ochenta años. Para 2055, el número poblacional de este grupo de época será aproximadamente la misma solo en China (120 millones) y 434

millones a nivel internacional. Para 2055, el 85% de todos los individuos mayores vivirán con áreas de entradas mínimas y medios precarios. Según estudios realizados por la OMS (2015) las Américas sería una de los territorios del orbe más avejentado. En el año 2007, había 50 millones de población adulta mayor, número que se estimará aumentara el doble para 2026, y se repetirá en el año 2051, en el cual 1 de cada cinco individuo tendría aumento de más de sesenta años.

Cabe mencionar que gran parte de los países se están poniendo viejos y esto está ocurriendo con una prontitud nunca vista en la humanidad. En estos momentos, la república con el hábitat más vieja de todas las repúblicas americanas es la república del Canadá. No obstante, la proyección fundada en información de División de Poblaciones de ONU indicó que, con menos de un plazo de diez años, repúblicas como Cuba, Barbados y Martinica destacarán al Canadá.

Según institución peruana de estadística (INEI, 2017), según el censo nacional 2017 sostuvieron que el Perú tiene 31.237,385 millones de habitantes y fue la quinta república más poblada de Sud América, luego Brasil, Colombia, Argentina y Venezuela y quien además refiere que totalidad de individuos de la tercera edad simboliza con 11.9% de la población total peruana, en comparación con el año 1993 que era del 7% y en el 2007 era del 9.1%.

Esta estadística como se observa en el país está ocurriendo con la idéntica predisposición de crecer el poblamiento adulto mayor tal cual lo está viviendo Latinoamérica y en todo el globo terráqueo.

Respecto a la subordinación la Organización Mundial de la Salud (2001) estableció que es prohibición en diligencias hacia efectuar unas acciones específicas y que pretende apoyo humano que no es suficiente la manera habitual para un individuo normal, además sostiene que la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma prolongada la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana.

En tal motivo, los individuos mayores, requieren de personal que consagren la mayor parte de su existencia para que los atiendan, presentando para los individuos implicancias a cumplir quehaceres de gran compromiso y para ello con contextos probables que no queden en aporte de afrontar.

Según la información del mundo acerca incapacidad de la OMS (2011) en donde se sostuvo que la incapacidad fue aspecto de la formación del ser humano. La gran parte de los individuos tendrían una incapacidad pasajera o fija en algún espacio de sus existencias, y los que subsistan llegaran a la senectud experimentando cada rato mayores problemas de funcionalidad. La gran parte de grupos humanos asumen algún adicional familiar incapacitado y varios seres humanos no ocupan el compromiso de afirmar y custodiar a sus generaciones y amistades con invalidez.

A través de este informe se puede apreciar que más de mil millones de personas, un 15% de la población mundial, padece alguna forma de discapacidad y que las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, entre otras causas, además sostiene que las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto.

Es así como surge la imagen familiar cuidador, el cual se adjudica la responsabilidad de ayudar en cumplir las acciones de cotidianidad hacia adulto maduro que no tiene la capacidad de atenderse por sí solo, sea manera temporal o permanente.

Además (Montorio et al,1998) sostuvieron que acción de cuidados fue ocupada, corrientemente por familias u otros individuos con combinación de papeles y sin preparativo en la temática, lo cual los presenta a soportar una variedad de caracteres y sintomatologías nombrados sobrecarga.

Para Casado y López (2001) consideraron que los familiares forman el proceso de soporte mutuo importantísimo para el ser humano de la tercera edad y la mayoría de veces el básico, el mismo proporcionó una gama de valores en el bienestar económico, emocional, tomar una decisión, etc. El apoyo y la intranquilidad brotan de responsabilidades emocionales consistentes en base a creencias culturales, en forma de protección a la familia y conocimiento de equipo.

El mismo autor refiere que la responsabilidad del cuidado que se le brinda a las personas de la tercera edad vulnerables no es llevada a cargo por el

especialista geriátrico, en su gran parte por un familiar, el cual no percibe un sueldo.

De tal forma que cobra especial relevancia, tanto por criterios sociales como clínicos, el inherente declive de individuos y el aumento de padecimientos degenerativos que consiguen derivar con adicciones en esta población de edad. mantener esta posición durante un período de tiempo tan largo y exhibir los inconvenientes asociados como cuidadores., manejar esta relación de custodia.

Con respecto al cuidado, Boe (2006) afirmó para el cuidado fue cada vínculo de ocupaciones funcionales mentales, físicas y entusiastas encaminadas a conservar la vida y la paz de sujeto, y en la medida satisfactoria afirma poder tener una calidad de vida.

El cuidado brindado por el personal a otra se denomina cuidado informal e interactúa con el cuidado brindado indistintamente a individuos que presentan todo tipo de adicciones y discapacidades habilitantes, como la situación de la vejez, atención por familiares, excluida la atención por profesionales médicos.

Según Cuesta (2004), argumentó que el núcleo familiar juega tradicionalmente el rol primordial del restablecimiento y mantenimiento de la salud y la paz entre los miembros. En este sentido, los cuidadores familiares han hecho un aporte fundamental en el proceso juicioso de la vida en el apoyo de individuos de la tercera edad con adicciones y discapacidades.

Vásquez (2009) señala que en la gran parte de los casos la tarea del cuidado de los individuos de la tercera edad dependientes o discapacitados la asumen los familiares cercanos, especialmente las mujeres, aunque sean mujeres.

Como se puede observar, los autores antes citados coinciden en que las tareas de cuidado de los ancianos dependientes con discapacidad en servicio sean asumidas por los miembros de la familia, pero este autor un aporte de ello es que el cuidado brindado en la gran parte de los casos lo hace el sexo femenino. Vásquez (2009) también sugiere que, en general, la culpa la tienen quienes pasan más tiempo en casa. El peligro de perder la igualdad física y mental.

En relación a los cuidadores familiares, Escuredo et al., (2001), con la finalidad de optimizar la eficacia de los cuidadores familiares, principal responsable de brindar actividades de apoyo y aquellos con necesidades manifiestas o anticipadas, considerado como alguien que apoya o asiste a los familiares principales de la familia. la familia. vida; mientras se trate de un familiar o amigo cercano de un cuidador, el afecto continúa además de integrar el apoyo y realizar las tareas del día a día.

De manera similar, Jocik et al., (2003) informaron un custodio es alguien para atender rutinariamente las necesidades básicas y psicosociales de los individuos de la tercera edad y supervisa su vida diaria. Estas personas tienden a trastornar los ritmos comunes, identifican historias sociales y afectan negativamente su salud, revelando principalmente un grupo de problemas físicos, mentales, sociales y económicos denominados sobrecargas.

Lozada (2005) mostró que el cuidado de parientes maduros mayores los expone a una variedad de desafíos relacionados con el cuidado. Algunos de ellos experimentan niveles de estrés y sobrecarga de rol o funcional que van en detrimento de su salud física y mental, obtenga la atención apropiada.

Julve (2007) aseguró que los cuidadores logran advertir amplia serie de sentimientos, entre ellas: La rabia, el fracaso, la debilidad, el estrés, el temor, la melancolía, la complacencia con la labor realizada, pendiendo la situación particular la misma que asume el papel de cuidar, pueden representar una permuta repentina en el que uno no es competente y puede expresar emociones, quebrantando fundamental antes de aceptar el rol de cuidador y expectativas delineadas, ya que puede causar

Zarit (1989) mencionó que fueron estirpes las cuales con gran periodicidad se encomiendan el apoyo de los individuos de la tercera edad vulnerables, durante etapas extensas, para enfrentar a una realidad que va envejeciendo paulatinamente.

Así mismo Llácer (2002) precisó que exceso como la trascendencia para el perfilado debe poseer salud corporal, emocional y general de todo cuidador

sobresaltando a la vez otros contextos sociales, profesionales y laborales de la sociedad.

En relación Papalia (1997) sostuvo que el proponer atenciones en casa ha formado una sobrecarga en el rol del custodio familiar, como se aprecia el dar arreglados generó estrés en los seres humanos de personas mayores con incapacidad de funciones.

La OMS (1998) definió al proceso de estrés hacia las obstrucciones físicas que generalmente intuyen al cuerpo humano para actividades, tomando en cuenta el inicio de vista, el estrés estaría siendo el aviso oportuno, una incitación que produce actividades, una contestación rápida y básica en supervivir, indicador que pudiera ser vinculada hacia ofertas del medio ambiente, que a la vez sea, escasas y excesivas.

De manera similar, Kozier (1998) demostró que la ansiedad logra poseer derivaciones funcionales, sentimentales, académicas, mutuas y espirituales. En frecuente, las consecuencias siguen siendo mixtos, ya que pueden dañar la integridad de un individuo y amenazar físicamente la homeostasis física de un individuo, desde el aspecto emocional, logra detallar impresiones negativas o poco provechosos sobre el semejante; académicamente, logra afectar la bizarría de problemáticas, cambiar socialmente la cooperación interpersonal individual. Espiritualmente, ejercen sus creencias y valores personales.

McCurry et al., (1998) argumentan que el estrés surge de la fatiga y las molestias que conlleva, posiblemente debido a la falta de tiempo libre, privacidad, ayuda o tiempo para uno mismo, y la oportunidad para que el cuerpo se recupere. Nunca, así que protéjase con estas señales de advertencia, como aumento de la respiración y del ritmo cardíaco.

El estrés forma parte de todas nuestras vidas porque constituye los mecanismos de habituación del cuerpo ante la amenaza, pero cuando va más allá de la capacidad de un individuo para afrontar una variedad de situaciones cotidianas, comienza a volverse patológico.

El hecho de que varios autores protejan a los familiares cuidadores, o a los individuos de la tercera edad con adicciones y/o discapacidades reparables, ha

provocado cambios comenzando por cambios en sus vidas en los individuos, familias, sindicatos y sociedades, puede indicar a qué se refiere. incluso puede afectar negativamente la salud física y psicológica.

El cuidado a largo plazo permite al cuidador adaptarse a la vida diaria para acostumbrarse gradualmente al rol. Esto reduce las consecuencias graves y reduce las posibilidades de soportar ansiedad crónica y otros cambios. Es así como se manifiestan las tácticas de afrontamiento en los cuidadores de adultos mayores con discapacidades reparables y/o adicciones.

Stone et al., (1988) afirmaron que el afrontamiento se relacionó con un conjunto de tendencias y ocupaciones permitiendo a individuos hacer frente a circunstancias dificultosas. Por lo tanto, se encuentra en proceso de un esfuerzo encaminado a manejar las demandas internas y ambientales de la mejor manera posible. En resumen, el afrontamiento es, según Lazarus y Folkman (1986), lo que se debe hacer una y otra vez para operar peticiones determinadas externamente y/o internamente, calificando hacia superiores o abundantes de caudales del sujeto, grado también determinado como cognitivo y conductual. se desarrollan los procesos.

Actitudes emocionales del ser humano, forman parte del proceso de afrontamiento de los cuidadores familiares ante situaciones difíciles. En nuestro medio, reconocemos que los cuidadores familiares han hecho un aporte fundamental al proceso de bienestar en la protección de los individuos de la tercera edad con discapacidad reparable. Siempre que sea posible, tratan de satisfacer las necesidades de la persona madura más grande, pero nunca viven listos hacia los diferentes papeles, tracciones y refuerzos que conlleva la protección de la madurez más grande, solo su famoso conocimiento trae en sí impresiones estresantes, ansiosos y tensos para proponer atención desatendida. Es allí donde el profesional de enfermería juega un papel de fundamental importancia en el cuidado del anciano, apoyando a todos los miembros del núcleo familiar, especialmente a los cuidadores familiares.

A través de una formación especializada en diversas áreas de la formación prevocacional, ahora como enfermera especialista en geriatría y gerontología,

podrás brindar atención a los individuos de la tercera edad (PAM) y sus entornos (familias). análisis, procedimiento, recuperación y seguimiento de familias. Aquello consintió actuar con la finalidad del análisis, los cuidadores familiares y su entorno para compartir diferentes situaciones y vivencias.

El C.A.M. Tayta Wasi, proporciona atención a la totalidad de individuos de la tercera edad, en donde brindan los servicios con medicina general, medicina geriátrica, servicio de enfermería, servicio de tópico, servicio de triaje, servicio de psicología, servicio social, servicio de terapia física y rehabilitación; en la actualidad se está implementando el servicio de salud ocupacional, en donde se están realizando diversos talleres de manualidades, danza, técnicas de relajación, teatro, etc.

En la experiencia vivida en los talleres de terapia ocupacional del C.A.M. Tayta Wasi, los cuales se realizan los días lunes, miércoles y viernes en donde asisten aproximadamente 580 adultos mayores mensualmente, lo cual puede variar, de los cuales un aproximado de 151 Adultos Mayores con discapacidad funcional asisten a los talleres acompañados de sus familiares cuidadores. Al interactuar con ellos manifestaron las siguientes expresiones: “tengo dolores constantes en la espalda”, “a veces me duelen los brazos y la cadera”, “nadie me apoya ,mis hermanos lo visitan y se van”, “de verdad que el trabajo es muy agotador”, “no sé cómo enfrentar esta situación”, “siento que estoy esclavizada, no tengo vida”, “a veces siento que no se cuidar a mi familiar”; muy aparte que sienten que ya no forman parte de nada ya que no tienen tiempo por su mismo trabajo a veces ni para sus propias familias. Los talleres son liderados por el servicio de Enfermería y cuidado incluye a hombres y mujeres mayores con y sin discapacidades útiles.

Los individuos de la tercera edad mencionadas se encuentran en responsabilidades relativas de cuidadores y hasta ese momento no existe una evaluación demográfica o condición corpórea y psicológica del cuidador de individuos de la tercera edad, lo cual es muy importante para mejorar las intervenciones y ocupaciones No existen datos que puedan ser considerados La calidad de vida de los cuidadores y, a su vez, la calidad de vida de las personas a las que cuidan.

Ahí es donde necesita saber desde el punto de vista de alguien que se preocupa por el grado de sobrecarga cuando se trata de papel. La conciencia de este problema social me ha llevado a centrarme en el cuidador familiar y el impacto que ese papel tiene en él. Considerando que estos son recursos invaluable para lograr la paz de los cuidadores y que el hecho de asumir ese rol puede tener un impacto negativo en su salud, esto es fundamental ya que es necesario llevar a cabo actividades eficaces para ayudar a los cuidadores a afrontar sus tareas. salud.

Cuestiones generales, acerca del problema general ¿qué interacciones existen entre las tácticas de afrontamiento y el grado de sobrecarga en los familiares cuidadores de individuos de la tercera edad con discapacidad reparable, en CAM Tayta Wasi, VMT 2018?

Para los problemas específicos ¿Qué interacciones existen entre la resolución de inconvenientes específicos y el grado de sobrecarga de los familiares cuidadores de individuos de la tercera edad con discapacidad reparable, CAM Tayta Wasi, VMT 2018? ¿Existen interacciones entre la reestructuración cognitiva y el grado de sobrecarga en los familiares cuidadores de individuos de la tercera edad con discapacidad funcional? ¿Cuáles son las interacciones entre el apoyo social y el grado de sobrecarga de los familiares cuidadores de individuos de la tercera edad con discapacidad útil? ¿Qué interacción existe entre expresión emocional y grado sobrecarga cuidadores de individuos de la tercera edad con discapacidad útil? ¿Qué interacción existe entre evitación de molestias y sobrecarga para familiar cuidador de adultos mayores con grado discapacidad en servicio CAM Tayta Wasi, VMT, 2018? ¿Qué interacción existe entre razonamiento preferido y sobrecarga en familiar que son cuidadores con adultos mayores con discapacidad útil? ¿Qué interacción existe entre grado de sobrecarga y autocrítica en familiares cuidadores de adultos mayores con discapacidad útil? ¿Qué interacciones existen entre el grado de desplazamiento social y la sobrecarga de los familiares cuidadores de individuos de la tercera edad con discapacidad reparable?

La justificación teórica, el estudio otorga conocimiento necesario y la fundamentación teórica, al personal de salud, que les permite identificar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga en

familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional, con la finalidad de crear o generar estrategias que provoquen beneficios en la calidad de vida de los familiares cuidadores de las personas adultas mayores con discapacidad funcional.

La actual indagación justificó de condición teórica debido está realizada habiendo necesario una serie de investigadores que prometen datos claros y obligados de las dos inconsistencias.

La justificación práctica la salud es el bien supremo del bienestar humano en cualquier etapa de la vida, por lo tanto, su falta o riesgo a perderla lleva a los familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional a no ser tan eficientes en sus responsabilidades y funciones, por ende, también se genera un incremento en las enfermedades o padecimientos como el estrés, frustración, cansancio, agotamiento, etc.

La práctica protección implica el gigantesco compromiso y una gran energía, y consecuentemente un acrecentamiento de la sobrecarga los papeles del educador familiar, que mal gestionados pueden tener consecuencias físicas, psíquicas, económicas y en la sociedad, en tal sentido, poner en peligro la existencia, el bienestar, tranquilidad, protección y autoprotección no solamente de la persona que cuida, sino además del individuo anexo del cuidador.

Los familiares cuidadores son quienes brindan asistencia fundamental a los individuos de la tercera edad con o sin enfermedad, lo cual incentiva a reconocer mucho hacia las variabilidades que enfrentan los individuos de la tercera edad; componentes acondicionadores que motiven al mejoramiento del bienestar y la eficacia de existir en esta porción poblacional y los cuales, los atienden, porque con objetivo es vivir cada vez mejor.

Los parientes cuidadores, o el acto de proteger a los individuos de la tercera edad, implica cambios que comienzan con variaciones en la existencia en el rango particular, familiar, sindical y social; incluso consecuencias graves el bienestar psíquico y físico.

Este crecimiento progresivo de demandas tanto corporales (objetivas) y tanto psicológicas (subjetivas) genera cansancio, ansiedad, restricción de redes

sociales, reestructuración de funciones personales y en sociedad y fluctuaciones en autoestima. Así, la sobrecarga puede ser pensada como el impacto del cuidado en la salud y bienestar general, provocando daños paralelos en el entorno social, sindical y profesional de los cuidadores.

Este estudio aporta conocimientos en enfermería y todas las afiliaciones interdisciplinarias sobre el predominio de la salud de los cuidadores sobre la salud de los ancianos, así como la calidad de vida de dos equipos, por lo que es necesario que los enfermeros se involucren en el cuidado del paciente. activa, eficiente, en la preparación emocional y psicológica de los allegados cercanos que cuidan a los individuos de la tercera edad con discapacidad, por supuesto, de la mano de otros expertos en salud, sobre todo en la comodidad funcionalidad tanto del cuidador como de la persona madura por encima de sus disposiciones y cómo pueden objetivamente y bien en general.

El personal del consultorio sabe de relacionarse con el ámbito familiar de la persona adulta mayor, tratándola como un recurso del sistema sanitario, como un cuidador más, pero también como otro cliente del servicio de salud. Para ello debe de establecer relaciones de igualdad y cooperación con el sistema informal de cuidados, a de utilizar la alianza terapéutica y a de observar cada uno de los problemas individuales, incluidos los del cuidador, dentro del marco del grupo familiar.

Es importante para este sector de trabajadores que muchas veces pertenecen al mismo grupo familiar, evitar mediante el manejo de situaciones problemas del daño tanto físico como mental, crear soluciones que faciliten su estancia y desempeño laboral mediante la preparación o capacitación para evitar daños en la salud física como mental del cuidador.

El alegato metodológico, se justificó que la característica de la metodología accedió a poseer un cuestionamiento validado y fiable que fue utilizado hacia expertos de la salud, con el propósito de probar el contexto de familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional, y la sobrecarga que genera en ellos al tener que cuidar a sus familiares, lo que genera en ellos

problemas físicos, emocionales, sociales, etc. además identificar las estrategias de afrontamiento que ellos utilizan para poder mejorar su calidad de vida.

Los profesionales de la salud al tener conocimiento de la realidad de los familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional les permitirá elaborar planes estratégicos para mejorar la calidad de vida de esta población y de la persona adulta mayor.

El OG es determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT, 2018.

Los OE son O1 Determinar la relación que existe entre la resolución de problemas y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. O2 Determinar la relación que existe entre la reestructuración cognitiva y rango sobrecarga familiares cuidadores personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. O3 Determinar la relación que existe entre el apoyo social y rango sobrecarga familiares cuidadores individuos adultos mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. O4 Determinar la relación que existe entre la expresión emocional y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. O5 Determinar la relación que existe entre la evitación de problemas y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. O6 Determinar la relación que existe entre el pensamiento desiderativo y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. O7 Determinar la relación que existe entre la autocrítica y rango sobrecarga familias cuidadoras con individuos adultos mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. O8 Determinar la relación que existe entre la retirada social y rango sobrecarga familias cuidadoras individuos adultos mayores discapacidad funcional que atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

La HG existe relación directa y significativa hacia estrategias afrontamiento con grado sobrecarga en familiar cuidador de los individuos de tercera edad con incapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, Villa María del Triunfo, 2018.

Las HE son como sigue: H1 Hay correspondencia hacia resolución problemas y rango de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. H2 Hay correspondencia hacia reestructuración cognitiva y rango sobrecarga familias cuidadoras de individuos adultos mayores con discapacidad funcional que atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. H3 Hay correspondencia hacia apoyo social y grado sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. H4 Hay correspondencia hacia expresión emocional y rango sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. H5 Hay correlación significativa hacia evitación de problemas y grado sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. H6 Hay existencia correspondiente hacia pensamiento desiderativo y rango sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. H7 Hay correspondencia hacia autocrítica y grado sobrecarga en familiares cuidadores de seres humanos adultos mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT. H8 Hay correspondencia hacia la retirada social y grado sobrecarga en familiares cuidadores individuos adultos mayores con discapacidad funcional que atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

## II. MARCO TEÓRICO

Para realización la actual indagación se concibió una pesquisa aguda de publicaciones de obtención de título profesional, maestral o doctoral y apartados académicos que tuvieran analogía con las inconsistencias destrezas de afrontar y sobrecargar al familiar que cuida de individuos adultos mayores con incapacidad funcional. Con mucha fuerza en averiguaciones verificadas en el ámbito de salud. Seguidamente, se evidencian trabajos previos nacionales e internacionales hallados.

Yabar (2017) mostró como fin general explicando grado de sobrecarga del custodio inconsecuente en seres humanos con patologías definidas en sociedades adscritas a siete establecimientos salud de la microred Túpac Amaru del distrito de Libertad. El análisis del estudio fue detallado con una delineación cruzada y no empírico. La porción de la población escogida estuvo accedida por 87 personas que brindan atención informal a pacientes con patologías crónicas, previo convenio con las instituciones de salud, durante los meses establecidos; Se aplicó la prueba de Zarit para medir la carga de trabajo de un guardián informal en el cuidado de un enfermo con una patología declarada. Los hallazgos fueron sobrecarga cuidador (a) en seres humanos con patologías declaradas en presencia de exceso profundo del 63%, sobrecarga ligera del 19% y sin sobrecarga del cuidador del 16%, distinguiéndose esto como un altísimo porcentaje de sobrecarga profunda hacia los cuidadores que no son formales. Se concluye que, la muestra analizada de cuidadores no formales, el grado de carga laboral en relación al cuidado de personas con patologías definidas es altísimo.

Tafur, (2017) este estudio evidenció como objeto general establecer grado de sobrecarga del cuidador principal en hogares de individuos oncológicos, organización de oncología de Lima, análisis con diseño cuantitativo, enfoque del estudio fue no empírico, detallado y de tipología transversal. La población estuvo constituida por 158 cuidadores principales con una mediana de edad de 39 años que eran entrevistados a través del instrumento. Se utilizaron estadísticas detalladas y lógicas; aplicándose la estimación de chi-cuadrado para comprobar la interacción de las inconstantes de análisis, estableció con rango de significación de  $\alpha = 0,05$ .

Penarrieta et al., (2016), estableció el propósito de evaluar las condiciones de existencia de los cuidadores pacientes oncológicos (NC), que brindan a los familiares que padecen enfermedades oncológicas, y establecer de manera consistente su interacción con la carga de trabajo del IC. El procedimiento de análisis que utilizó es un diseño de correlación cruzada, la totalidad de la muestra fue centrada en 165 custodios de familiares con diagnóstico de carcinoma que se encuentran en procedimiento de quimioterapia en un policlínico limeño. Las derivaciones mostraron que 86% de cuidadores encuestados desempeñan este papel durante significativamente crecidamente con 3 meses, y 16%, de uno a 2 meses, el medio (61%) vivía con el enfermo. La gran parte (74%) tenía carga grande. Los hallazgos de la disposición de existir se presentan en un medio de menos del 61% para la función social, la vitalidad, la salud psicológica y la salud frecuentemente. En conclusión, las consecuencias caracterizaron a cuidadores de 16 grupos con pacientes de carcinoma a modo de susceptibles y necesitados con cuidados.

El objetivo general de Quiroga et al. (2015) fue explicar el grado de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Prof. Las Mercedes (HRDLM), Lambayeque, Perú, de octubre a diciembre de 2013. Análisis perpendicular detallado con estudio preliminar. Se invitó a participar a todos los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que fueron observados en policlínicos durante la fase temporal explicada. Destinándose escala sobrecarga del cuidador Zarit, asimismo contó con validez por científicos hacia el respectivo análisis y aplicada mucho después de alcanzar el consentimiento de información correspondiente. Se contuvieron en análisis 123 familiares que estaban como cuidador (primarios), el 68,85% (84/122) eran mujeres, y de estos, el 40,16% (49/122) eran madres de un paciente con esquizofrenia. Se encontró que una proporción importante de cuidadores experimenta sobrecarga emocional (72,95% -89/122-), entre las cuales la más común es la sobrecarga leve (69,66% -62/89).

Correa (2014) asumió el propósito comprobar rango sobrecarga hacia experimentación de familiares cuidadores de individuos esquizofrénicos, teniendo en cuenta como magnitudes los efectos del cuidado en los cuidadores, las

interacciones interpersonales y las expectativas de autoeficacia. El análisis es de tipo cuantitativo, grado de aplicabilidad y transversal. Se realiza en el domicilio de cada paciente. Entrevistó a 33 familiares cuidadores.

La relación de preguntas utilizada es escala sobrecarga y asistente del cuidador autor Zarit, validado y aplicado a otros estudios, experimentando confiabilidad con el alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0,949 y validez con el coeficiente de Pearson, válido en todos los ítems. Se encontró que el exceso de carga experimentado por los cuidadores fue relativamente leve con un 69,7%, la magnitud de la influencia del cuidado en los cuidadores fue la más afectada.

Chacón y Valverde (2014) tuvieron como objetivo general determinar la interacción hacia tácticas a afrontar y los niveles sobrecarga del cuidador no formal en personas con padecimiento de Alzheimer. La presente indagación fue de tipología de relación y transaccional, la totalidad de individuos analizados existió constituido por 45 cuidadores no formales. Se destinaron dos herramientas: una para detectar tácticas de afrontamiento y la segunda para detectar los niveles de exceso de cuidadores informales. Se demostró que tácticas de afrontamiento con gran empleabilidad fueron: Troubleshooting 87,5%, Wishful Thinking 87,5% y Reestructuración Cognitiva 80%. Con respecto a la sobrecarga se evidencia que el 40% presenta sobrecarga leve, el 32,5% no sobrecarga y el 27,5% sobrecarga fuerte, existe una interacción significativa entre las tácticas de afrontamiento y el grado de sobrecarga.

Alvarado (2013) con el objetivo general de determinar el nivel de postración de cuidadores de ancianos frágiles, que asisten al programa adulto mayor en el cuidado del adulto mayor Tayta Wasi, en materiales y procedimientos elaborados ha sido desde un enfoque cuantitativo, de tipo detallado, de corte transversal y de diseño no empírico, la muestra estuvo conformada por 48 familiares cuidadores que cursan el programa de MA en el CAM Tayta Wasi, distrito VMT, utilizó como técnica la entrevista organizada y como herramienta de análisis a Zarit que ha sido validada (22 ítems). La fiabilidad se ha definido con Crombach ( $\alpha$  es igual a 0,857), la información era sometida a la estimación Chi-cuadrado, para decidir si existía diferencia significativa hacia proporciones internas de inconsistencia céntrica y su magnitud expresada, términos de rangos (Sin sobrecarga, Carga ligera,

Sobrecarga rápida). Lo logrado fue el 55,2% de familiares cuidadores representan sobrecarga ligera, continua del 30,3% familiares cuidadores con sobrepeso y 15,5% de familiares cuidadores no presentan sobrecarga, en terminación, se tiene familiares cuidadores de padres mayores frágiles que asistieron al programa de Atención al Adulto Mayor "Tayta Wasi", mostró sobrecarga ligera, por lo que las alegaciones presentadas fueron aceptables.

Serrano (2017) la finalidad principal fue explorar el impacto de diferentes tácticas de afrontamiento sobre la sobrecarga subjetiva, y el impacto de esta sobrecarga sobre la ansiedad y depresión en cuidadores familiares mayores dependientes, en el distrito de salud de Jaén Norte. , en la provincia de Jaén; El diseño es longitudinal prospectivo con un año de seguimiento. Se realizó una muestra probabilística de 200 cuidadores de familiares mayores dependientes de Guadalquivir Elevados; Serrano estima que como principal medida: tácticas de afrontamiento con carga subjetiva, ansiedad y depresión, en sus investigaciones obtuvo los siguientes resultados: los cuidadores individuales son mujeres, hijas de las personas que son cuidadas y que conviven con ellas y que además existe una comunidad entre el afrontamiento centrado en los sentimientos y el afrontamiento disfuncional con carga subjetiva, ansiedad y depresión. En esta investigación se llegó a las siguientes conclusiones: el afrontamiento basado en sentimientos puede tener un impacto defensivo en la sobrecarga, la ansiedad y la depresión. El afrontamiento centrado en el problema puede ser ineficaz en situaciones que están fuera de control. El manejo disfuncional puede predisponer a la sobrecarga subjetiva y la ansiedad.

Pérez et al., (2017) cuyo objetivo principal fue examinar la interacción entre tipos de afrontamiento y sobrecarga subjetiva en individuos principales de familias con personas de la tercera edad dependientes en España (Andalucía), enfoque análisis transaccional y ámbito de cuidado de primer nivel. La muestra se tomó por conveniencia de 198 cuidadores principales de familiares mayores dependientes. Los autores estimaron el afrontamiento como conductas individuales como medidas primarias de atención [Cummings Neuropsychiatric Inventory] y dedicación al cuidado de los cuidadores individuales), género y vinculación. Se obtuvieron los siguientes resultados: una parte importante de los cuidadores individuales eran

mujeres (89,4%), hijas de los cuidados (57,1%) y convivían con ellos (69,7%). Manteniendo el control de la recompensa objetiva, el género y el apego, se encontró que la recompensa subjetiva se relacionó positivamente con el afrontamiento disfuncional ( $\beta = 0,28$ ;  $p < 0,001$ ) y negativamente con el afrontamiento centrado en la emoción ( $\beta = -0,25$ ;  $p = 0,001$ ). donde no hay asociación con el afrontamiento centrado en el problema. Se llegó a las siguientes conclusiones: el afrontamiento disfuncional se asocia con mayor carga subjetiva y el afrontamiento centrado en los sentimientos se asocia con menor carga subjetiva, con independencia de la carga objetiva, el género y los vínculos individuales del cuidador.

Izquierdo et al., (2016) el objetivo principal o general de esta investigación era comprobar la correspondencia hacia el rango de sobrecarga y peculiaridades, de apoyo de cuidadores de seres humanos con perturbaciones demenciales en individuos cartagineses. Los datos fueron escogidos a través los cuestionarios para personalización del cuidador, y la escala del autor Zarit., en la interpretación estadística se manejó el software para cálculo estadístico SPSS versión 18.0. Se computaron periodicidades y también proporciones, para contrastar hipótesis se tomó en cuenta regresión lineal logística y valorándose conocimientos de discrepancia.

Las consecuencias obtenidas fueron la gran parte de los cuidadores de pacientes con trastornos mentales eran mujeres con un 67,5%, los tiempos de los cuidadores fluctuaron hacia 3 a 5 décadas de vida el 55%, con mínimo nivel de décadas que el cuidador en 45,6%, consagraban crecidamente a 6 horas al apoyo el 36.4%. La sobrecarga descubierta fue sobrecarga intensa 47,8%, distancia de sobrecarga 41,3% y sobrecarga leve 12,8%, las inconstantes que se coligaron con particularidades hacia el cuidado eran de ser el mismo cuidador OR 2,69 (I.C.95% 1,2- 6,7) y poseer el mismo tiempo cronológico o ser mayor que el enfermo OR 3,11 (I.C. 95% 1,45-6,62). Los hallazgos encontrados en cuidadores prevalecieron sobrecarga intensa y leve, coligada a las peculiaridades del cuidador, ser único del cuidado y poseer el mismo tiempo cronológico o ser mayor que el mismo enfermo.

Beltrán (2016), cuya finalidad básica fue determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador mayor y sus componentes asociados. Metodología utilizada: análisis transversal que evaluó a 239 adultos mayores

cuidadores del Barrio Gualaceo entre marzo y junio de 2016. Los instrumentos utilizados fueron validados a través de una encuesta piloto, retest (alfa de Cronbach 0,948 y alfa de Pearson 0,935). Se aplicó la ética y el consentimiento informado. Se lograron los siguientes resultados: La prevalencia del síndrome de sobrecarga fue de 7,95%. La edad media de los cuidadores fue de 46,19 años ( $\pm$  14,08) y la de los ancianos de 80,81 años ( $\pm$  9,05). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el síndrome y las características demográficas y socioeconómicas de los cuidadores y adultos mayores. Los componentes relacionados con la sobrecarga fueron: tiempo de cuidado ( $p = 0,002$ ), horas diarias (RP 7,80 IC95%: 2,84–20,92;  $p = 0,000$ ), dependencia del adulto mayor (RP 4,60 IC95%: 1,74–12,12;  $p = 0,000$ ), familia. disfunción (RP 4,45, IC 95%: 1,68-11,62;  $p=0,000$ ), se concluyó que la prevalencia del síndrome fue baja y se asoció con el tiempo y número de horas diarias dedicadas al cuidado, dependencia de personas mayores, disfunción familiar.

Martínez y Sisalima (2015) el objetivo de esta investigación era instaurar rango sobrecargado con disposición de la existencia individuos no formales de personas de dolencias psiquiátricas, se hizo indagación cuantitativa, tipología descriptiva, se manejó una guía de preguntas para asemejar las peculiaridades sociales y estadísticas, la guía del especialista Zarit, en valorar sobrecarga y un instrumento WHOQOL-BREF hacia disposición de la existencia humana, logrando hacia hallazgos de sobrecarga que era mirada en gran variedad por los individuos varones con 54.6 % y damas con 40.2%. La dicotomía de las personas encuestadas representó sobrecarga ligera o elevada, evidenciando con 15.0 % sobrecarga ligera, 26.7% en donde se miró que varones eran los más afectados con un 16.8 % a diferencia de damas con 6.8 %.

Para Bello (2014) concluyó que el grado de congestión fue exteriorizado por los que cuidan desde un inicio a personas con dolencias establecidas y también degenerativas del Complejo de Medicina Familiar (UMF) #66 en el periodo marzo-diciembre de 2012. Materiales y métodos encuesta prospectiva detallada en el ambulatorio de la UMF66 entre cuidadores primarios, evaluando características sociodemográficas, grado de dependencia del paciente mediante la escala de Barthel y grado de malestar del cuidador mediante la escala de Zarit. Los datos

obtenidos se concentraron en una base de datos de Excel y se cruzaron varias variables mediante el estadístico chi-cuadrado para determinar la dependencia entre ellas.

La información obtenidos fueron que del total de cuidadores encuestados el 78% fueron damas, con rango cronológico medio de 4 décadas, 58% fueron desposadas, 57% descendientes de individuos con cuidados, el 46% también tenían hacia trabajadoras y el 78% representaban cualquier dolencia como importantes la subida de peso, hipertensión de arterias y trastornos en la sangre; y el 58% poseía de 1 a 2 años y medio ejercitando el rol de cuidador. En todo lo que a los individuos eran el 70% damas, el 44% narraban con tres o más dolencias, siendo las básicas la osteoporosis, hipertensión de arterias y trastornos en la sangre. El 53% de cuidadores exhibieron un rango con sobrecarga en base del cuestionario Zarit y 89% de los individuos cuidadores exhibió cierto rango de obediencia con moderada a rígida. Se correlacionó rango sobrecarga de la persona que cuida con nivel dependiente ( $p: 0.000$ ), sobrecarga, los periodos de ejercitar hacia ser cuidador ( $p= 0.019$ ) y con los informes individuales de patologías de cuidador ( $p= 0.010$ ).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) refiere que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. La OMS sostiene que todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. Según las Naciones Unidas (ONU,2002), define al adulto mayor como toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y 60 para los países subdesarrollados, entonces decimos que en Perú el adulto mayor se considera después de los 60 años.

Quien además clasifica a este grupo poblacional en tres grandes grupos o categorías: persona adulta mayor autovalente aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir de la ciudad). Se considera que el 65% de los individuos de la tercera edad tienen esta condición; por otro lado,

tenemos a la persona adulta mayor frágil a la cual se le define como aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de los individuos de la tercera edad que viven en la comunidad tienen esta condición y para finalizar se tiene a los individuos de la tercera edad vulnerables o extenuadas a una cama hospitalaria que fueron aquellos individuos de la tercera edad que están establecidos en comunidad encontrándose en esta etapa.

El Ministerio de Salud Peruano (2005) según las aportaciones legales hacia el mejoramiento de atender integralmente el bienestar general de los individuos de la tercera edad, busca atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable a través del abordaje eficiente de las necesidades de salud de esta población, además sostiene que el envejecimiento es un proceso natural, universal, progresivo, y continuo durante todo el ciclo de vida y que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las bases genéticas de la persona, los estilos de vida, la calidad del medio ambiente, el acceso y calidad de la oferta de servicios de salud y a las enfermedades sufridas durante la infancia, la adolescencia y la adultez.

Como se sabe es política de estado atender la demanda de servicios de salud de las personas adultas mayores y en especial de los más vulnerables, además cabe destacar que la transformación en cuidar el bienestar general de la población adulta mayor disminuye precios del servicio sanitario y la influencia de enfermedad y las tragedias como la presentación de incapacidad y muerte.

Dependencia y discapacidad según OMS (2011) en el comunicado internacional acerca la discapacidad, dentro contexto de la calificación mundial del funcionamiento conceptuó hacia un fenómeno genéricamente que contiene, limitaciones y deficiencias en movimiento.

Como ya se ha mencionado a través de diferentes autores u organizaciones acerca de la discapacidad, se puede concluir que gran parte de conceptos de

incapacidad señalaron doble característica que actúan de modo inherente, en primer lugar, la insuficiencia que constituye la mengua de funcionalidad de modo indeleble, y en segundo lugar el contexto (familiar, , procesos, bienes, edificios públicos y servicios adecuados) que marchan a establecer la acción y colaboración o no del individuo que posee una insuficiencia, actualmente los peruanos se rigen por ley activo del individuo con discapacidad 29973.

Las orientaciones teóricas de discapacidad, según el Congreso Peruano (2012) en la ley activa de persona discapacitada 29973 ,en donde se sostiene que existen varios tipos de discapacidad ,entre ellas la discapacidad motriz que es una condición de vida que afecta el control y movimiento del cuerpo, generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas, limitando su desarrollo personal y social ,dicha discapacidad se presenta cuando existen alteraciones en los músculos, huesos, articulaciones o médula espinal, así como por alguna afectación del cerebro en el área motriz impactando en la movilidad de la persona; por otro lado la discapacidad sensorial , es aquella que comprende cualquier tipo de deficiencia visual, auditiva, o ambas, así como de cualquier otro sentido, y que ocasiona algún problema en la comunicación o el lenguaje (como la ceguera y la sordera), ya sea por disminución grave o pérdida total en uno o más sentidos; menciona también la discapacidad cognitivo intelectual ,la cual se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores tales como la inteligencia, el lenguaje y el aprendizaje, entre otras, así como de las funciones motoras, esta discapacidad incluye a las personas que presentan dificultades para aprender, realizar algunas actividades de la vida diaria, o en la forma de relacionarse con otras personas, un ejemplo claro son aquellas personas con síndrome de down y el autismo; además hace mención de la discapacidad psicosocial.

La categorización de discapacidad, acerca del registrador mundial de insuficiencias, imposibilidades y minusvalías (CIDDM) OMS (1997) precisó incapacidad hacia práctica en el bienestar total, como limitación de competencia de ejecutar un movimiento del modo que piensa es estándar, la cual a su vez concibe con siete 7 tipologías de discapacidad:

- Discapacidad de la conducta: hace referencia a la capacidad del sujeto para generar y emitir mensajes, así como para recibir y comprender mensajes.
- Discapacidad de comunicar: Comprende a los individuos con insuficiencias auditivas, visuales y aquellos que representan problemáticas en comunicación y lenguaje verbal.
- Discapacidad del cuidado personal. Hacen referencia a la capacidad para cuidarse en lo que respecta a las actividades fisiológicas básicas, tales como la excreción y alimentación, el cuidado propio, la higiene y el vestido.
- Discapacidad de disposición cuerpo: Haciendo narración de capacidad en adquirir acciones ligadas con predisposición de todas las características del cuerpo, e incluyéndose movimientos derivados como realizar tareas coligadas con hogares del sujeto.
- Discapacidad de destreza: Hacen referencia a la pericia y práctica de tendencias del cuerpo humano, al incluir pericias de manipulación y competencia la regulación de meramente mecánicos para controlarse.
- Discapacidades de situación: desventaja que se produce al depender de algo externo que supla una función, por ejemplo, la hemodiálisis, el portar artroplastias.
- Discapacidad de la locomoción: hace referencia a la capacidad para llevar a cabo actividades características asociadas con el movimiento de un lugar a otro, de sí mismo y de los objetos. Excluyendo a la movilidad general y consideración del grado en que esta pueda restaurarse mediante ayudas, y también discapacidades derivadas de una resistencia disminuida, este tipo de discapacidad genera un menoscabo.

Según la rigidez de la incapacidad, se categoriza como:

- Sin discapacidad: nivel cero.
- Discapacidad ligera: nivel uno.

- Discapacidad templada: nivel dos y tres.
- Discapacidad rígida: nivel cuatro, cinco y seis.

La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la Salud (CIF) definió la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).

Quien además sostuvo que más de mil millones de personas, o sea, un 15% de la población mundial, padece alguna forma de discapacidad. Además, la CIF sostuvo que las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, entre otras causas, y que existe actualmente entre 110 millones y 190 millones de adultos tienen dificultades considerables para funcionar, además refirió que las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto.

Los seres humanos viven más tiempo, las poblaciones maduras de Maduro son más grandes, las pirámides de población se invierten, las enfermedades crónicas aumentan y son más grandes en los países de bajos ingresos. La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las mujeres, los ancianos y los que tienen poco dinero. Las personas con discapacidad se enfrentan a una gama más amplia de barreras y barreras para acceder a los servicios que las personas sin discapacidad, lo que lleva a un empeoramiento de las condiciones de salud, un rendimiento académico más bajo, falta de apoyo financiero y aumento de las tasas de pobreza.

El Informe Universal sobre Discapacidad de la OMS (2011) reconoció la incapacidad tal en problemática de bienestar general pública internacional, un problema de beneficios de la humanidad y necesario para el desarrollo, la discapacidad es más común en los países de bajos ingresos y es una prioridad de desarrollo porque la discapacidad y la pobreza se refuerzan mutuamente. La

dependencia es real, el envejecimiento es un proceso natural en la vida de cada persona, y la calidad y la libertad de vivir esta etapa de la vida depende no solo de la composición genética de los humanos, sino de la composición genética que hace el individuo adulto más grande. depende de a lo largo de la vida

Hay que decir que las enfermedades crónicas siguen aumentando entre la población mayor de 60 años en los últimos años. Estos trastornos pueden afectar la capacidad para realizar actividades simples de la vida diaria (ABVD) y, como resultado, la medida en que pueden ser dependientes.

Como consecuencia de la adicción, este grupo de edad debe afrontar una serie de cambios que afectan a su estado emocional y satisfacción con la vida. El mero hecho de depender de otros para las actividades de la vida diaria es una de las principales preocupaciones de las personas mayores, contribuyendo a su sufrimiento y reducción de su calidad de vida.

La prevalencia de la adicción aumenta con la edad y se asocia con la presencia de condiciones médicas previas y la fragilidad de los sujetos. Se correlaciona con el aumento de la morbilidad, la mortalidad, la institucionalización y el consumo de recursos sanitarios y sociales, todo lo cual conduce a un aumento de los costos de atención de la salud.

Se determina dependencia por lo anterior apoyo inadecuado o crítico para la realización de mandados de la vida sostenida requieren apoyo y/o refuerzo como consecuencia de la pérdida de la libertad personal. Cabe señalar que la adicción no es el equivalente exacto de envejecer, ya que necesita manifestarse en todos los momentos de la vida, pero las personas mayores son las que más sufren.

En consecuencia, la dependencia puede ser entendida como el hecho de no poder defenderse a ningún nivel, es decir, la incapacidad de revelar ciertos problemas para el desempeño de ciertas tareas, y la soberanía. Para Puga (2001) que existe una estrecha interrelación entre situaciones de pérdida y dependencia. Algunos ven la adicción como un peligro social porque el hecho de que nos sintamos bien es lo que más establece la calidad de vida de las personas mayores en el día a día.

Además, esta ley menciona tipos de dependencia, tales como:

- Dependencia física, la cual hace su aparición cuando la persona pierde el control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del entorno, algunos ejemplos son la esclerosis múltiple, o las consecuencias producidas por un traumatismo cerebral.
- Dependencia psíquica o mental: este tipo de dependencia se da cuando la persona pierde la capacidad de resolver sus problemas y de tomar decisiones, por ejemplo, en el retraso mental, enfermedad de Alzheimer, etc.
- Dependencia sensorial: es un tipo de dependencia debida a alteraciones en alguno de los sentidos: la vista y el oído, fundamentalmente, esta alteración repercute en la capacidad de la persona para desarrollarse en su vida cotidiana (desplazamientos, leer, realizar las tareas domésticas, conducir, trabajar, etc.).
- Dependencia mixta: generalmente se inicia a partir de una enfermedad que provoca problemas de diversa índole, como dependencia física por afectación de la movilidad asociada a problemas sensoriales, problemas de habla, dificultades para tragar y de comunicación, como ejemplos claros serían la parálisis cerebral o la enfermedad de Parkinson.
- La dependencia según Sánchez (2004) es aquella etapa en la cual se manifiestan los individuos con razonamientos referidas a carencias de autocontrol del cuerpo, de la mente o académico teniendo la prioridad de apoyo con el objetivo de formar las actividades básicas y habituales de la vida diaria.

El consejo europeo (1998) sostuvo que individuos por cuestiones referidas a carencia o a menoscabo de capacidades físicas, intelectuales, psíquicas asumen insuficiencia de ayuda y/o apoyo indispensable hacia la ejecución de movimientos de cotidianeidad, esta nomenclatura de dependencia fue creada por consejo europeo.

Las variaciones propias de envejecer del ser humano están ligado a condiciones de existir impropios y universalmente inadecuadas situaciones sociales y económicas, conllevan a la persona de la tercera edad a un contexto de gran fragilidad de la existencia de las funciones vitales, alcanzando a originar menoscabo de independencia en desiguales niveles, escenario en la cual el

individuo de la tercera edad pende de otro individuo en consumir las acciones de la cotidianidad, lo sostuvo el Ministerio de Salud (2003).

Después de que se desarrollaron los términos necesidad de cuidados y discapacidad, se debe hacer una distinción entre necesidad de cuidados y discapacidad, ya que no todas las personas con discapacidad dependen del apoyo de otra persona para ciertas actividades.

La discapacidad no es sólo un criterio médico, sino sobre todo social, es la combinación de lo que los individuos pueden hacer y lo que exige el medio físico y social que les rodea. En el modelo médico se ha prestado la mayor atención a la persona, pero desplazando los componentes sociales y ambientales en los que se desarrolla su historia, que tienen el potencial de aumentar o limitar la soberanía y la libertad de los desfavorecidos. Sin embargo, el modelo social se basa en acción entre personas con padecimientos físicos o psíquicos y el medio.

Después de Puga (2004) la discapacidad es, por tanto, la complejidad de desarrollar ocupaciones de la vida diaria comunes a personas de edad y condición sociocultural similares; es la brecha que existe entre las capacidades del individuo (determinadas por su salud y sus funcionalidades y composición corporal) y las demandas del medio, es decir, lo que ese medio (físico, social) exige para desempeñar ocupaciones según Abelladan et al., (2006).

Por eso, los cuidadores y tutores, de los individuos de la tercera edad, requieren de seres humanos que brinden una porción importante de su historia a cuidarlos, presentando a las personas involucradas en las tareas que conllevan responsabilidad, y con ello las situaciones con las que pueden verse imposibilitados. afrontar.

Montorio et al., (1998) se refirieron a que la figura del cuidador familiar nace tal y como es, quien asume el rol de auxiliar en la realización de las actividades de la vida diaria que el anciano maduro no es capaz de desarrollar por su cuenta. propio. Esta actividad de protección la realizan principalmente familiares u otras personas que desempeñan varios roles y sin formación en la materia, lo que les hace sufrir un conjunto de signos e indicaciones denominado sobrecarga.

Asimismo, Pinto et al., (2005) aseguraron que la protección sería de importancia permanente hacia sobrevivir en la comunidad, es la columna vertebral de la función de enfermeras, pero igualmente posee un elemento no competitivo, el cuidar de una familia en domicilio, con obligación moral.

Como señalaron Casado y López (2001), en muchas comunidades, como la totalidad poblacional de Perú, la unidad familiar fue el sistema de apoyo social más apropiado para los individuos de la tercera edad y, a menudo, es el único sistema que brinda una gama de servicios y finanzas, que también comunican que cuidar y cuidar surgen de fuertes compromisos afectivos fundados en servicios de la cultura, con afecto de protección a la familia y cognición colectiva, en estas razones, se destaca el cuidado de la familia.

Quienes, a su vez, manifestaron que el apoyo de los individuos de la tercera edad vulnerables no está brindado por un especialista médico y además no está gratificado, principalmente sus familiares se hacen cargo. Por ello, se ha transformado en un asunto muy notable, proporción desde un grado de visión de sociedad como hospitalaria. Principalmente se debe al envejecer de los seres humanos y crecimiento de patologías incurables que pueden resultar adictivas en el rango de edad, así mismo como aparecen gran cantidad de cuidadores que entran este cargo por un largo período de tiempo y que presentan los inconvenientes correspondientes. como derivación del ejercicio de esta función tutor.

En el mismo sentido, el cuidar, Boe (2006) aseguró se entiende como el grupo de indivisibles acciones fisiológicas, psicológicas y sentimentales de una persona encaminadas a mantener la salud y la paz del sujeto para que pueda tener un grado de satisfacer la existencia humana. Convencionalmente, el cuidado no formal se reseña al cuidado prestado desinteresadamente a personas que presentan algún tipo de dependencia, prácticamente sus familiares, con excepción de la asistencia prestada por profesionales de los servicios de salud, que no son remunerados por ello. este creador está de acuerdo con Casado y López en este sentido.

Según Cuesta (2004), argumentó que la unidad familiar solía jugar un papel fundamental en restablecer y mantener el bienestar y la armonía de los integrantes; por tal función, el cuidado de familia es hecho un aporte fundamental al procedimiento juicioso de salud para el apoyo de los individuos de la tercera edad con adicciones benéficas.

López y Crespo (2007) señalaron que cuando se menciona a los familiares como cuidadores, es solo para explicar la condición frecuente de los que ocupan la responsabilidad de proteger; cual una locución excluyendo al institucionalizar y explicar el proceso social en el que ubica la vulnerabilidad madura, pues en realidad sucede es todos los integrantes cooperan, pero predominantemente solo un integrante del núcleo familiar, y no toda la familia acepta o lleva consigo el trabajo de cuidado.

Por su parte, Vásquez (2009) afirmó que, por regla general, un familiar cercano, especialmente una mujer (esposa, hija o nuera), se hace cargo del trabajo de cuidado de los individuos de la tercera edad dependientes. Como podemos evidenciar la gran parte de los autores citados sostienen que el cuidado es asumido por un familiar, pero el aporte de Vásquez en comparación con los otros autores es que este cuidado es brindado mayormente por el sexo femenino, ya sea la nuera, esposa, hijas, etc.

Existen otros autores que hablan del cuidado Jocik et al (2003) definieron a un cuidador como alguien que atiende diariamente las necesidades primitivas y psicosociales de una persona mayor o la supervisa en su vida diaria, interrumpiendo su ritmo normal e historia social. Límite Esto puede afectar negativamente la salud y revelar un grupo de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, principalmente denominados sobrecarga.

Lozada (2005) encontró que el cuidado de familiares mayores maduros planteó una gran gama de retos relacionados para los cuidadores, algunos están asociados a niveles de estrés y rol o conductas perjudiciales para la salud física y mental, demostrando que están experimentando sobrecarga funcional, brindar cuidados de manera adecuada y poner en peligro la salud de los individuos de la tercera edad a quienes se brinda el cuidado. Hay otro autor que está de acuerdo

con la afirmación de Lozada, Julve (2007), de que cuidadores logran expresar una amplia escala de sentimientos, incluyendo cólera, desgracia, debilidad, estrés, temor, y satisfacción. Garantizado que puede experimentar emociones. Esto se debe a que, pendiendo de los escenarios específicos en las que posee el papel de cuidar, obtiene representar una transformación repentina con uno no se encuentra competente y causar una sensación fundamental de pérdida antes de adjudicarse el papel de cuidar y perspectivas establecidas.

Bustamante (2000) definió el rol de cuidador como un grupo homogéneo de comportamientos que se definen normativamente y se esperan de los ocupantes de un estatus social particular. En la mayoría de comunidades conocidas, la existencia se encuentra incrustada en una serie de beneficios y deberes llamados interacciones de relaciones. El papel de los padres es un papel importante y central que los sujetos deben aprender para tener éxito, no solo para un desempeño superior, sino para su victoria. Un rol es un comportamiento similar a alguien que ocupa una determinada posición, y esa perspectiva empareja el grado de un individuo o contexto en un desarrollo social mujeres, madres, abuelas, etc. como con cada posición, quedan muchos papeles.

Sin embargo, Sánchez (2001) observó cómo el papel del cuidador familiar tiene resultados negativos generales, sentimentales y fisiológicas. Por ese motivo, hace referencia a la ansiedad, la depresión, el cansancio, el desgano, la falta de sueño y el retraimiento social. Del mismo modo, las condiciones médicas, la discapacidad, la disminución de la disponibilidad y la función cognitiva o los problemas de conducta se han hallado hacia componentes ocasionales del menoscabo psicológico y social en los cuidadores familiares de ancianos, sentando precedentes para el estrés del cuidador.

El énfasis original del término "estrés" proviene de la palabra "agonía", que en inglés antiguo tenía el mismo significado que "tristeza" o "dolor", aunque su uso resultó en la pérdida de parte de la primera sílaba disses ("dis"), hasta que se convirtió en el término actual para acento. La palabra estrés fue tomada de la física por Selye y se usa para reseñar una potencia que ejerce hacia una finalidad que, al exceder cierta intensidad, hace que el objeto se deforme, se estire y/o se degrade.

Selye (1998) definió estrés tal una refutación física no específica a cualquier demanda de estrés y un síndrome de habituación a grupos de protesta como pérdida de peso, fatiga. Y cuando esto falla, provoca una condición médica en la que el cuerpo humano reacciona de la misma manera ante cualquier evento considerado estresante, sin embargo, las demandas específicas son respuestas discriminatorias al tipo de demandas que los estreses específicos producen en una persona.

Cabe mencionar que existen realidades que necesitan la contestación del ser humano como ocurre en el problema del convivir diario con la familia y el individuo de la tercera edad con discapacidad funcional, los cuidadores no formales requieren activar los caudales particulares, que sean cognoscitivos como comportacionales, con la finalidad de absolver el problema, siendo primordial el conocimiento las representaciones explicativas de la ansiedad y el afrontar.

Los cuidadores familiares, o la acción de apoyar a los individuos de la tercera edad, requiere soluciones, van hacia permutaciones en existencia a grado individual, familiar, profesional y laboral; hacia consecuencias funestas en el bienestar psicológico y físico.

Sobrecarga subjetiva constituye una conceptualización primordial en indagar acerca de efectos del cuidar de los individuos de la tercera edad sobre la familia, la sobrecarga está siendo utilizada en investigaciones gerontológicas sobre el proceso de cuidar y sus efectos.

Actualmente la sobrecarga del cuidador es un tema de vital importancia ya que se pretende mejorar la calidad de vida de las personas adulta mayores, para lo cual se necesita abarcar al adulto mayor de forma holística es decir desde todos los aspectos ya sea físicamente, emocionalmente, socialmente, su entorno que es la familia directamente en este caso el familiar cuidador quien es el que le proporciona los cuidados, el apoyo para la ejecución las actividades de la vida diaria, y si la salud de este cuidador se ve afectada podría poner en riesgo la salud integral y general de todas las personas.

Zarit et al., (1980) fueron pioneros comprender el problema de la sobrecarga investigativa en cuanto al cuidado de los mayores dependientes, además Hoffman

y Mitche, las enfermeras dedicadas a la investigación, aseveraron sobre la sobrecarga subjetiva de los cuidadores que en cada uno de ellos las situaciones de sobrecarga subjetiva, existe un desequilibrio entre los recursos físicos y mentales de los cuidadores y los accesibles en la unidad familiar o comunitaria. Este crecimiento progresivo de demandas físicas (objetivas) y emocionales (subjetivas) resulta en agotamiento, estrés, restricción del contacto social, reajuste de roles personales y sociales y variaciones en la autoestima.

Desde la definición de Zarit et al., el término sobrecarga del cuidador es ampliamente utilizado en la literatura sobre cuidados informales. Pulshock y Deimling utilizan el término exceso subjetivo desde una perspectiva de Zarit, en la que el exceso subjetivo del cuidador es contemplado desde una visión multidimensional como fuerza mediadora entre el declive del envejecimiento y los efectos que produce el cuidado. familia.

De las muchas definiciones que se han hecho de la sobrecarga subjetiva, destacamos la definición de Lawton et al., quienes comentaron que la sobrecarga subjetiva interactúa con la percepción de que los cuidadores se sienten confundidos, sobrecargados, sometidos, atrapados y marginados. Crespo y López lo definen como “el juicio de que el caso de tratamiento excede la capacidad de manejar adecuadamente al cuidador individual”.

Para medir la carga del cuidado de las familias de los adultos mayores con discapacidad reparable, se utilizó la escala de Zarit, que amplía la sucesión en forma de 29 preguntas. Presentemente, existe una traducción que tiene validez en muestras de España, Martín et al., (1996), que consta de 22 ítems, e incluye ítems sobre las emociones de individuos cuidadores individuales en relación a correspondencia con cuidadores y efecto del apoyo hacia la salud integral, su economía, su historia en sociedad y su colaboración interpersonal, la presente escala valora la inseguridad de declive histórico social, su unión, familia, malestar económico y emocional sobreutilización en el rol protector, donde la puntuación máxima es de 88 aspectos, además en esta escala no hay reglas establecidas ni aspectos de corte.

Para el autor Carretero et al., (2006) concluyeron que sobrecarga fue conjunto de malestares de orden físico, psicológico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad y que pueden ser corregidos como consecuencia del cuidado que brindan. oferta.

Según Pérez y De La Vega (2010) afirman que ante una situación que requiere una respuesta del sujeto, como ocurre en los problemas cotidianos de convivencia con los adultos mayores con discapacidad reparable, los cuidadores son relativamente necesarios para el desempeño de sus funciones. recursos individuales, que alcanzan ser como cognoscitivos tanto comportamiento, para satisfacer el caso.

Tácticas de afrontamiento, Cano et al., (2007) se refieren a Lázaro y argumentan con análisis afrontamiento evidencia en revolucionar cognición, especialmente desde el trabajo de Lázaro (1966), donde según el paradigma imperante en esta etapa, el creador presenta su relación la teoría de ansiedad, tal su conveniente proceso de estimación y afrontar escenarios, de manera similar, luego de lustros de estudios, el piloto revela la fiabilidad como alcanzar con individuos lidian con el factor estresante en cuestión. .

Vega y Gonzales (2009) argumentan que el modelo transaccional propaga las ventajas componentes mentales (cognitivos y conductuales) que actúan hacia el estímulo y la respuesta. En tal sentido, una escala simple evaluación cognitiva y afrontamiento, ambos como mediadores de actitudes estresantes a largo, mediano y corto aplazamiento; asimismo el paradigma transversal sugiere el efecto protector consigue aumentar o disminuir cambiando mediadores como el afrontar y la asistir socialmente.

Paradigma de Lazarus & Folkman (1984) era de gran adaptación los casos con tratamiento, porque se piensa el cuidado de un ser humano dependiente es el proceso estresante fundamental en familiares que cuidan, porque se perjudican física, psíquica y socialmente, aunque el impacto está mediado por los aspectos de afrontar y el apoyar. Del Pino dijo que hay muchas tácticas de afrontamiento que un cuidador puede abordar, el uso de una u otra táctica suele estar determinado en

gran medida por el entorno del estrés y la situación que se generó. Por modelo, los contextos haciéndose muy constructivista y benefician el uso de tácticas centradas en la resolución de problemas, mientras que las situaciones en las que solo es posible llegar a un acuerdo favorecen el uso de tácticas centradas en los sentimientos.

Así, la especificación que se considera más correcta para efectos de aquel análisis fue el esclarecimiento iniciado por Lazarus y Folkman (1984), el autor que supone de que el afrontar incumbe a puntos cognoscitivos y de comportamiento actual. Afrontamiento a situaciones estresantes, es decir, cómo la persona maneja las exigencias de los eventos estresantes.

Finalmente, se puede indicar que el caso de los cuidadores informales es un problema que involucra el cuidado de personas con alguna patología crónica, donde se verán obligados a aplicar ciertos recursos que posiblemente tengan características cognitivas y conductuales, para solucionar la situación.

Folkman & Moskowitz (2004) propusieron 2 fases fidedignas en evaluar las destrezas de poseer habilidades para afrontamiento, la primera apareció la evaluación cuantitativa la cual se llevó a cabo a través de escalas de verificación, escalas de categorización, formularios e inventarios psicométricos. Los cuidadores describen los casos de estrés y los califican según escalas dicotómicas o recursos tipo Likert que hacen referencia al trabajo de afrontamiento. Cada uno proviene de Escalafón Métodos de Afrontamiento, recalcando COPE, Escala de Tácticas de Afrontamiento (CSI).

Las evaluaciones cuantitativas identifican problemas, como recordar eventos estresantes o informarlos instantáneamente, herramientas que son demasiado largas, confusión sobre cómo hacer frente a los resultados o limitaciones fundamentales de la cantidad de tácticas de afrontamiento previstas. Sin embargo, en el segundo tiempo, para corregir estas carencias, se empezaron a utilizar métodos cualitativos, como los estudios narrativos, que permitieron ahondar en el significado personal del caso, dejando claro a qué estresores se enfrentaba. o encontrar nuevas formas de estrategias de afrontamiento que no

están previstas en forma, es lo que Cano, Rodríguez y García (2007) defienden sobre las tácticas de afrontamiento.

Un Inventario de Tácticas de Superación, aplicado correctamente, nos permitirá completar la gran parte de los intentos mencionados en el párrafo anterior. Esta herramienta recoge 2 tipos de información: cualitativa, a medida que el individuo describe un caso de estrés; y cuantitativo, en la cual se respondió la periodicidad de aplicación de concluyentes tácticas en base a escala Likert.

Análisis de esta publicación, Cano et al., (2007) adaptaron al español un inventario de tácticas de afrontamiento, cuya versión en inglés fue utilizada por Tobin et al., (1989), versión única, Tobin et al., (1988) encontraron 72 preguntas y reportaron 8 componentes primarios, 4 secundarios y 2 terceros. asimismo, agregaron que las conclusiones respaldan la construcción interna afrontamiento dirigidos por problemas y dirigidos por sentimientos propuestos por Folkman, Lazarus et al., (1986), así como otros, como el constructo de evitación, que se ha informado que son consistentes con interrogatorio.

Personalización, Cano et al., (2007) se quedó así con 40 ítems, y los autores encontraron una composición similar de las 8 escalas primarias. El Inventario de Tácticas de Afrontamiento, que Cano et al., (2007) formularon, tiene como objetivo evaluar las tácticas de afrontamiento de los que cuidan a individuos adultos mayores con discapacidad reparable.

Cabe decir que en nuestro medio reconocemos que los cuidadores familiares hacen un aporte fundamental al régimen de salud en el cuidado de los individuos de la tercera edad con adicciones y/o discapacidades reparables. Siempre que sea posible, tratan de satisfacer las necesidades de la persona madura más grande, pero no siempre están listos para los diferentes roles, tensiones y esfuerzos que conlleva la protección de la madurez más grande. . Trae ansiedad, estrés y tensión cuando se brinda atención desatendida, solo por el conocimiento exitoso.

Actualmente me desempeño como enfermera especialista en geriatría y gerontología en el cuidado del adulto mayor taita águilas, tanto en prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para ayudar a los individuos de la tercera edad, a las familias y a la sociedad en general. y vigilancia familiar.

Esto nos permite interactuar con los familiares de individuos de la tercera edad con discapacidad útil y su entorno con fines de análisis.

Tienes la oportunidad de compartir diferentes situaciones y experiencias. Esto nos ha permitido entender mejor la verdad sobre los familiares cuidadores, está ahí para apoyar a los cuidadores de

En la experiencia hospitalaria y comunitaria, la comparación de estas dos realidades revela que, en su gran parte, los expertos de salud se enfocan principalmente en el tratamiento de dolencias físicas y biológicas, ignorando la integridad del ser humano como un ser holístico. Olvidando su escala psicosocial, y/o espiritual.

Entonces surgió la pregunta: ¿Alguien se preocupa por su cuidador? Muchas veces no tenemos más remedio que admitirlo y mencionarlo. Ella tiene que replantear su historia y casi continuamente o continuamente compartir tiempo con individuos de la tercera edad maduras que actualmente no pueden mantenerse por sí mismas o que necesitan apoyo para realizar las tareas de la vida diaria.

Los individuos de la tercera edad mencionadas anteriormente tienen responsabilidades relativas de cuidadores y hasta ese momento no ha habido datos demográficos o evaluaciones de las condiciones físicas y psicológicas de los cuidadores mayores y la implementación de intervenciones y actividades para mejorar la calidad. No tengo datos que considero muy importantes. hacer. la vida de los cuidadores y, a su vez, la vida de las personas a las que cuidan. Ahí es donde hay que saber, desde el punto de vista del cuidador, qué es el afrontamiento y el grado de sobrecarga en los roles de manejo. La conciencia de este problema social me ha llevado a destacar el impacto que tiene en él el cuidador familiar y sus roles y cómo lidia con esta sobrecarga.

Teniendo en cuenta que estos son recursos muy importantes para lograr la paz de las personas a las que cuidan, y que el manejo de este rol puede tener un impacto negativo en su salud, recomiendo esta es la razón por la que me siento motivado a realizar la investigación. Un análisis tuvo como objetivo promover la transcendencia de enfermeras comunitarias hacia la ayuda social y elemento como alivio de la sobrecarga del cuidado de un individuo de la tercera edad, las

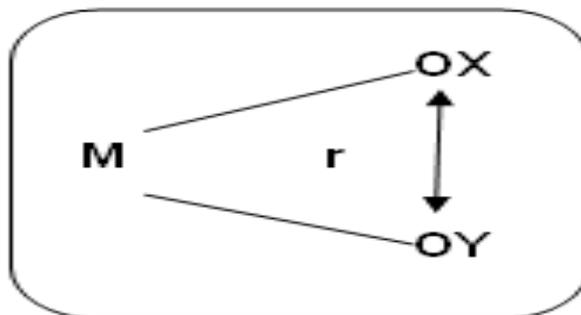
derivaciones obtenidas sirven de inicio para procesar un programa participación adaptado a las necesidades de los cuidadores, esto es fundamental ya que los cuidadores necesitan desempeñar ocupaciones efectivas que les ayuden a afrontar su trabajo. y salud física.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Diseño de investigación

Esbozo para indagación responde a diseño no experimental de tipología transversal, descriptiva, relacional.

La subsiguiente representación responde a esta tipología de diseño.



Por la cual:

M = Muestra: 151 familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional.

Ox = Estrategias de Afrontamiento

Oy = Nivel de Sobrecarga

r = Correlación entre ambas variables

Según Pablo Vinuesa es la medida de relación o covarianza entre dos variables cuantitativas, que debido a su índice de correlación indicaran si existe o no relación entre ambas variables en estudio.

Razonamientos de inclusión:

- Familiar que cuida de un individuo adulto mayor con discapacidad funcional que acude a los talleres de salud ocupacional del C.A.M. "Tayta Wasi".
- Familiar cuidador de un individuo de la tercera edad con discapacidad funcional, mayor 18 años.

Criterios exclusión:

- Familiar Cuidador de una persona adulta mayor sin discapacidad funcional que acude a los talleres de salud ocupacional del CAM “Tayta Wasi”.
- Familiar Cuidador de una persona adulta mayor con discapacidad funcional que no deseó participar en el estudio.
- Familiar cuidador menor de 18 años.

### **3.2 Variables y operacionalización**

#### **Variable 1: Estrategias de afrontamiento**

- Resolución de problemas.
- Reestructuración cognitiva.
- Apoyo social.
- Expresión emocional.
- Evitación de problemas.
- Pensamiento desiderativo.
- Retirada social.

En Absoluto = 0

Un Poco = 1

Bastante =2

Mucho = 3

Totalmente = 4

#### **Variable 2: Nivel de sobrecarga**

- Sobrecarga nula
- Sobrecarga ligera
- Sobrecarga intensa

De 0 a 46 puntos (sobrecarga nula)

De 47 a 55 puntos (sobrecarga leve)

De 56 a 110 puntos (sobrecarga intensa)

### 3.3 Población, muestra, muestreo y unidad de análisis

La población de estudio estuvo conformada por 580 familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional, los cuales asisten acompañados de sus familiares a los talleres de salud ocupacional, los cuales son brindados en el CAM "Tayta Wasi", Villa María del Triunfo, los lunes, miércoles y viernes.

La muestra proviene del C.A.M. Tayta Wasi de Villa María del Triunfo. Para determinar la muestra se determinó la estimación de su volumen a través del estudio para calcular en población finita, el formulario es como sigue:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}$  = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 - p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

Remplazando:

$$n = \frac{580 * 1.96 * 1.96 * 0.5 * (1 - 0.5)}{0.05 * (580 - 1) + 1.96 * 1.96 * 0.5 * (1 - 0.5)}$$
$$n = 151$$

tercera edad con discapacidades funcionales.

### **3.4. Técnica e instrumentos de recolección datos**

Técnica empleada para el actual estudio de exploración era encuesta. Para Sampiere (2014) encuestar era un instrumento que tiene el fin de recoger datos fidedignos de personas a través un interrogatorio verbal o escrito que permite al investigador tener la información necesaria.

El proceso de recolección en principio se requirió la permisión del administrador del C.A.M. "Tayta Wasi", Villa María del Triunfo, hacia la realización de la tesis exploratoria. La manera de cogida de datos en actual tesis se estableció en aplicar dos herramientas de preguntas, en 151 familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional.

Ambos instrumentos se aplicaron en el servicio de salud ocupacional (talleres) del C.A.M. "Tayta Wasi", Villa María del Triunfo, durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año en curso (2018).

El cuestionario número uno hacia "Inventario Estrategias Afrontamiento" se desplegó en tiempo de veinte minutos. Y cuestionario número dos Nivel Sobrecarga, en tiempo 10 minutos. El número uno mencionado Adaptación de España del Inventario Estrategias Afrontamiento (CSI) perfeccionada por el autor Cano et al., (2007), existe expresado, con intención de valorar habilidades de afrontar de persona familiar que cuida a otro individuo adulto mayor que tiene discapacidad funcional. El espacio inicial están información personal del individuo consigna seis preguntas, donde representará el alrededor del cuidador, como parentesco, sexo, edad, tiempo de cuidado grado de instrucción y estado civil, la siguiente parte muestra cuarenta preguntas más estimación Likert hacia cinco dimensiones, hacia cada uno de preguntas se evalúa con periodicidad, desde 0 (En absoluto); 1(Un poco); 2(Bastante); 3 (Mucho); 4 (Totalmente).

Finalmente, se respondió en la escala una pregunta adicional hacia autoeficacia observada de afrontar, que no proporciona valores para la puntuación del cuestionario, pero se utiliza como medida de estudio cualitativo.

Cuestionario número dos fue Escala Sobrecarga Cuidador de Zarit, adaptada al idioma español hacia el autor Martín (1996), que estima grado de sobrecarga y consigna veintidós preguntas. Se manejó frecuencia de cinco valores

en cada pregunta, con todas las preguntas calificadas con periodicidad de cero (nunca), uno (rara vez), dos (a veces), tres (bastante a menudo) y cuatro (casi siempre), por lo que se tiene la totalidad las posiciones restantes entre 22 y 110, que se pueden interpretar según los resultados aproximando el grado de congestión, prestando atención a si hay congestión o no, sin congestión (menos de 45), sobrecarga leve (47 - 56) y sobrecarga severa (superior a 57).

Las respuestas de recursos se suman para proporcionar un índice único de carga de atención. Es retomado por los autores por los resultados obtenidos en la versión original y la confiabilidad de la versión original fue sorprendentemente ICC (coeficiente de correlación intraclase = 0,69; alfa = 0,90). Por lo tanto, es una herramienta confiable para evaluar la carga del cuidador del adulto más alto con una discapacidad útil.

Esta herramienta fue totalmente adoptada por el creador de este análisis. Los valores obtenidos en cada uno de las preguntas aumentan y la calificación última etapa incorpora la carga del cuidador.

- Sin sobrecarga: 0-46 vistas
- Ligera congestión: 47-56 vista
- Sobrecarga: 57 puntos de vista a más

### **3. 5. Procedimientos**

Al final, de modo posterior de compilar la información, desarrollarlos más, ingresarlos en Excel, ejecutar el trabajo de código, ingresarlos en SPSS versión 23, por lo tanto, accedió a recopilar las conclusiones y presentarlas. en tablas y gráficos representativos. De igual manera se realizaron aplicaciones de procedimientos estadísticos como el Alfa de Cronbach, finalizando con dicho análisis de confiabilidad, por tal motivo se realizó un trabajo estadístico detallado.

### **3.6 Método de análisis de datos**

En actual tesis de averiguación, se cimentó en criterio de información en base de datos Excel 2012, resultando con búsqueda fidedigna de conocimiento de cuestionarios trabajados.

En forma posterior se descendió con elaboración de periodicidades de manera absoluta y otras de forma relativa, pertinentes a asemejar las habilidades de afrontar y rango sobrecarga la familia en el cuidado de personas adultas mayores con discapacidad funcional C.A.M. "Tayta Wasi" (salud ocupacional /talleres). Asimismo, se construyó las respectivas gráficas de barras para confrontar con los estudios realizados mencionados en los antecedentes.

Se edificó tablas de doble entrada (bidimensional), teniendo en cuenta las dos inconstantes de la tesis y se empleó tablas de destino para comprobar la correspondencia hacia estrategias afrontamiento y rangos sobrecarga, al mismo tiempo se empleó la correlación Chi cuadrado ( $\chi^2$ ); manejando el Software detallado para la estadística SPSS versión 23.0.

### **3.7 Aspectos éticos**

Tesis tuvo turno de elaborar la permisión de representantes del establecimiento encargado del área geográfica con poblaciones de la localidad San Genaro del distrito VMT, a la vez también se mantuvo presente estas condiciones:

Autonomía: el familiar cuidador de personas adultas mayores con discapacidad funcional accedió de modo voluntario en formar parte de la pesquisa, alcanzando declinar en cualquier etapa de la pesquisa si meditaba obligatorio; se manifestó la insuficiencia de refrendar con la firma consentimiento de información, los propósitos y alcances de la pesquisa.

Beneficencia: averiguó en la pesquisa el bienestar de personas cuidadoras que se encuentran involucradas en la realización de cuidar de individuos de la tercera edad con incapacidad de funciona, fue necesario que hallazgos valgan hacia elaboración de habilidades, en tal sentido, los profesionales de salud

refuercen la autoprotección del familiar que cuida de personas adultas mayores con discapacidad funcional y así mismo obviar las derivaciones.

Justicia: gran número de personas que cuidan de las personas adultas mayores con discapacidad funcional informan sin discriminación de ninguna índole, por saberes de creencias, nivel de instrucción, religiones, etc.

No maleficencia: familiares que cuidan de las personas adultas mayores con discapacidad funcional no fueron sometidos a ningún peligro ya que las fueron perfeccionadas anónimamente y se manifestó que la información recogida estaría muy confidencial, se utilizaron solamente para investigación.

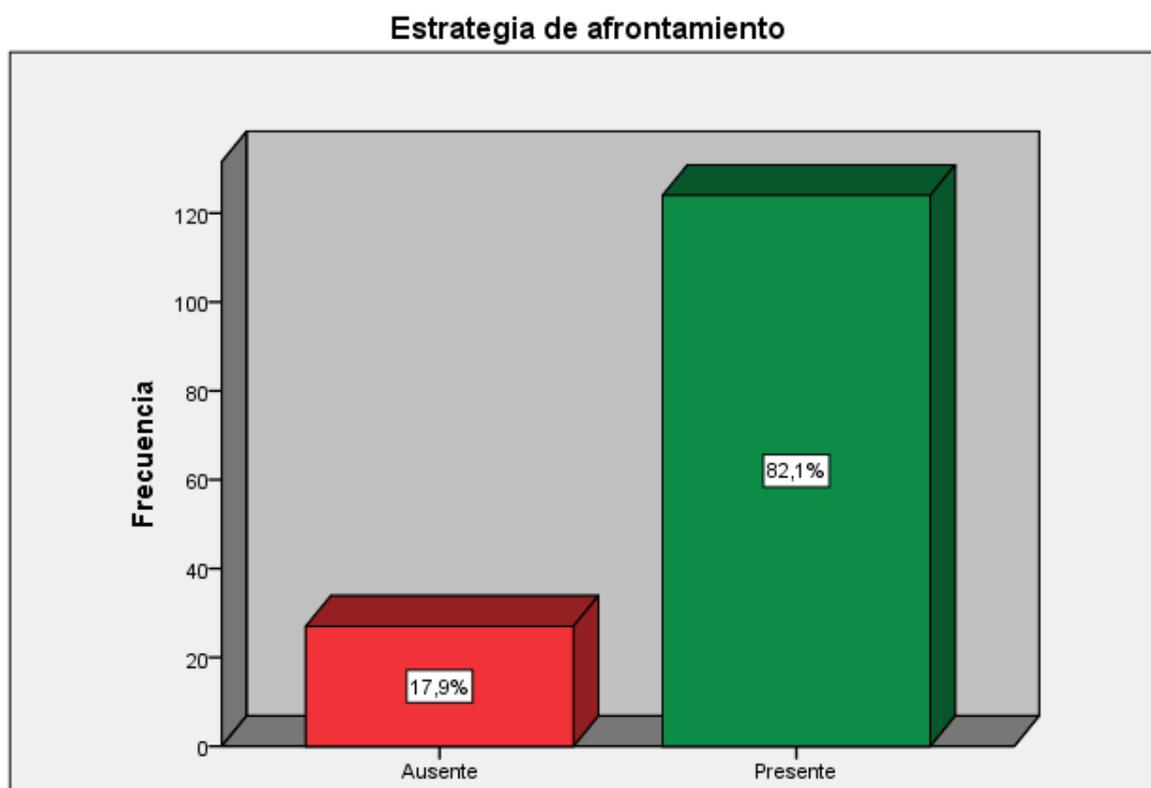
#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1**

*Frecuencia variable 1 estrategias de afrontamiento*

<b>Estrategia de afrontamiento</b>					
		Repetición	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	27	17,9	17,9	17,9
	Presente	124	82,1	82,1	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

*Fig. 1.* Porcentual de la estrategia de afrontamiento



#### **Acotación**

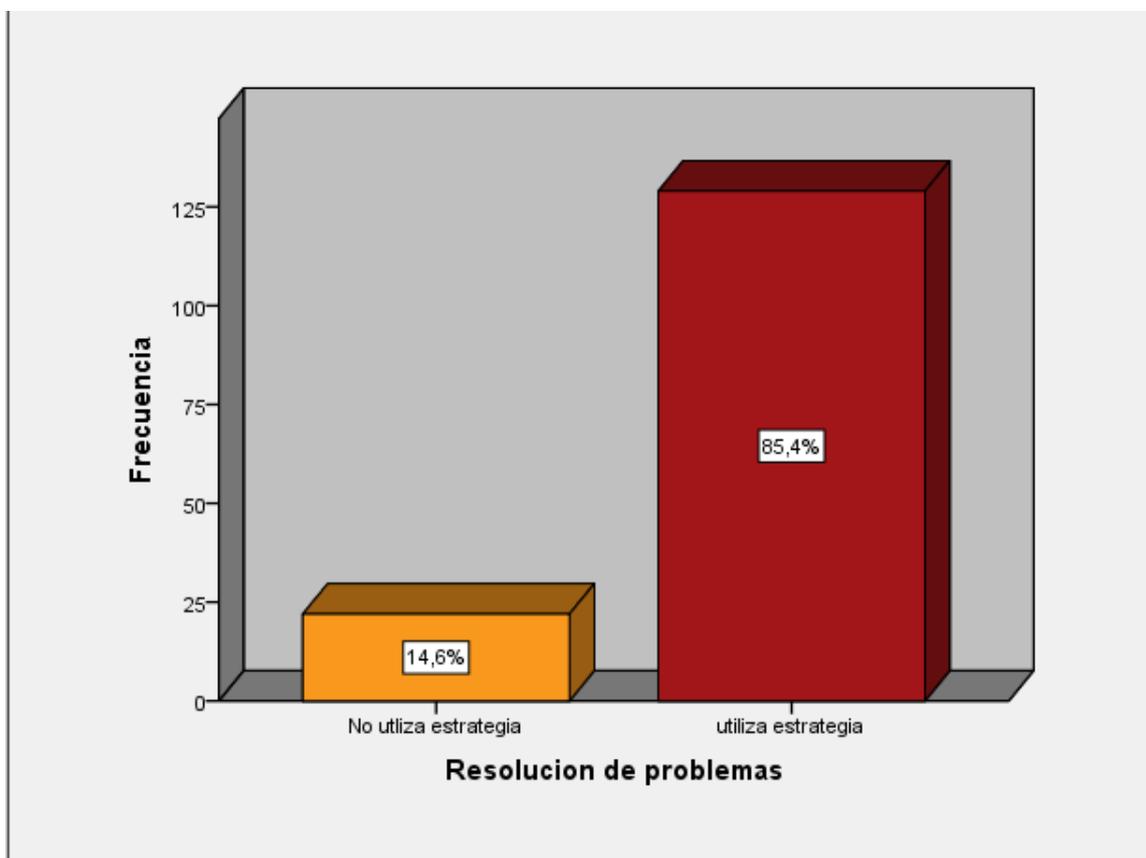
Se tiene en cuenta que un 82,1 % de los participantes manifiestan existir en el presente con afrontamiento y sólo el 17,9% dice que está ausente.

**Tabla 2**

*Frecuencia variable resolución de problemas*

<b>Resolución de problemas</b>					
		Repetición	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No utiliza estrategia	22	14,6	14,6	14,6
	utiliza estrategia	129	85,4	85,4	100,0
Total		151	100,0	100,0	

*Figura 2. Distribución porcentual de la estrategia resolución de problemas*



**Acotación**

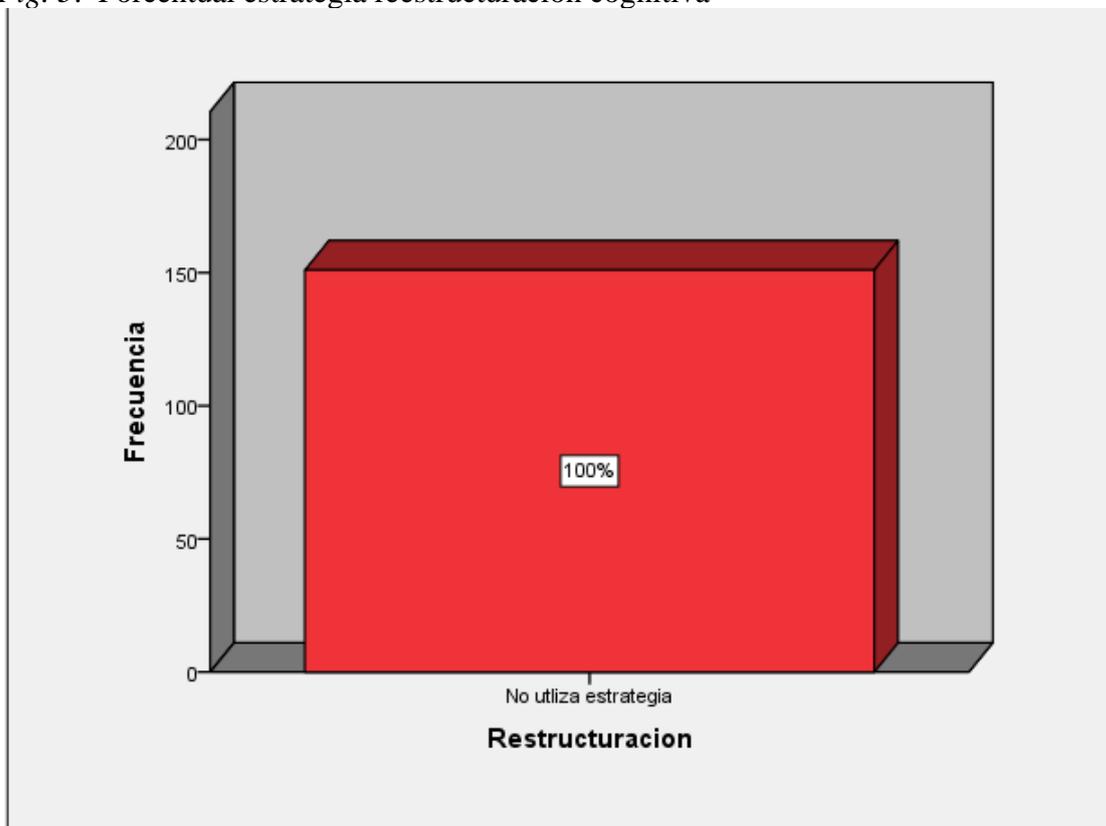
Para lo observado en reseña a la estrategia resolución de problemas, el 85,4 % de los encuestados manifiestan utilizar esta estrategia, y el 14,6% indica que no la usa.

**Tabla 3**

*Frecuencia estrategia reestructuración cognitiva de variable estrategias de afrontamiento*

<b>Reestructuración Cognitiva</b>					
		Repetición	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No utiliza estrategia	151	100,0	100,0	100,0

*Fig. 3. Porcentual estrategia reestructuración cognitiva*



**Acotación**

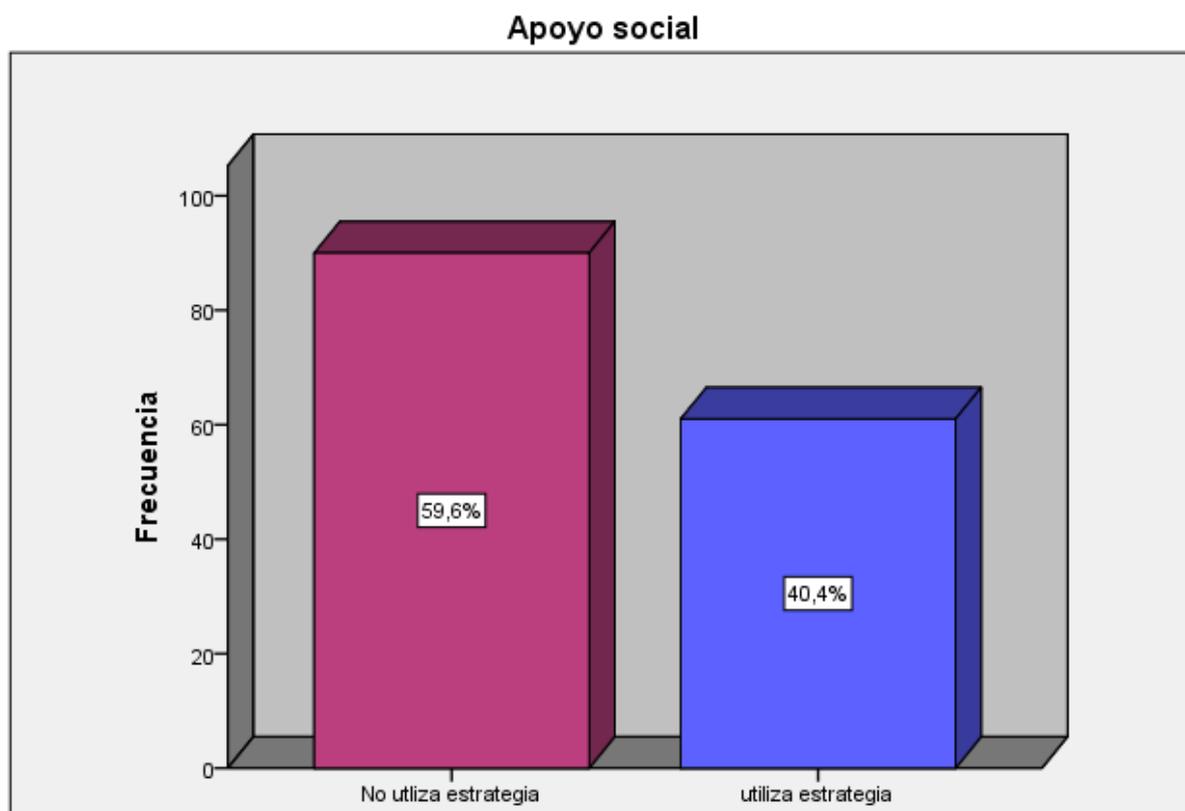
Lo mirado se evidencia que esta estrategia no es tan conocida, por lo tanto, el 100% de los encuestados mencionan no utilizarla.

**Tabla 4**

*Frecuencia apoyo social de variable estrategias afrontamiento*

		<b>Apoyo social</b>			
		Repetición	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No utiliza estrategia	90	59,6	59,6	59,6
	utiliza estrategia	61	40,4	40,4	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

*Figura 4. Porcentual la estrategia de apoyo social*



**Acotación**

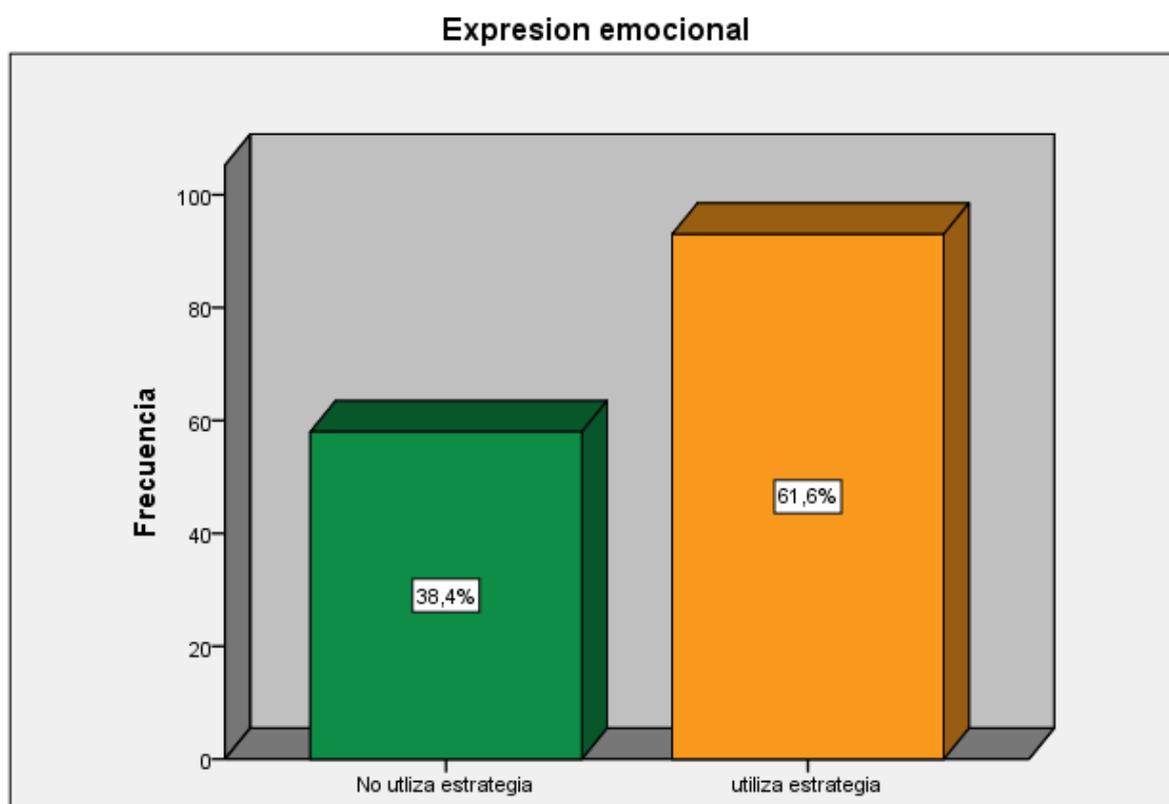
La utilización de la estrategia apoyo social, del total de los encuestados, el 59,6% manifestaron no utilizarla, mientras que el 40,4% si la utiliza.

**Tabla 5**

*Frecuencia expresión emocional de variable estrategias afrontamiento*

		Expresión emocional			
		Repetición	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No utiliza estrategia	58	38,4	38,4	38,4
	utiliza estrategia	93	61,6	61,6	100,0
Total		151	100,0	100,0	

*Figura 5. Porcentual estrategia expresión emocional*



**Acotación**

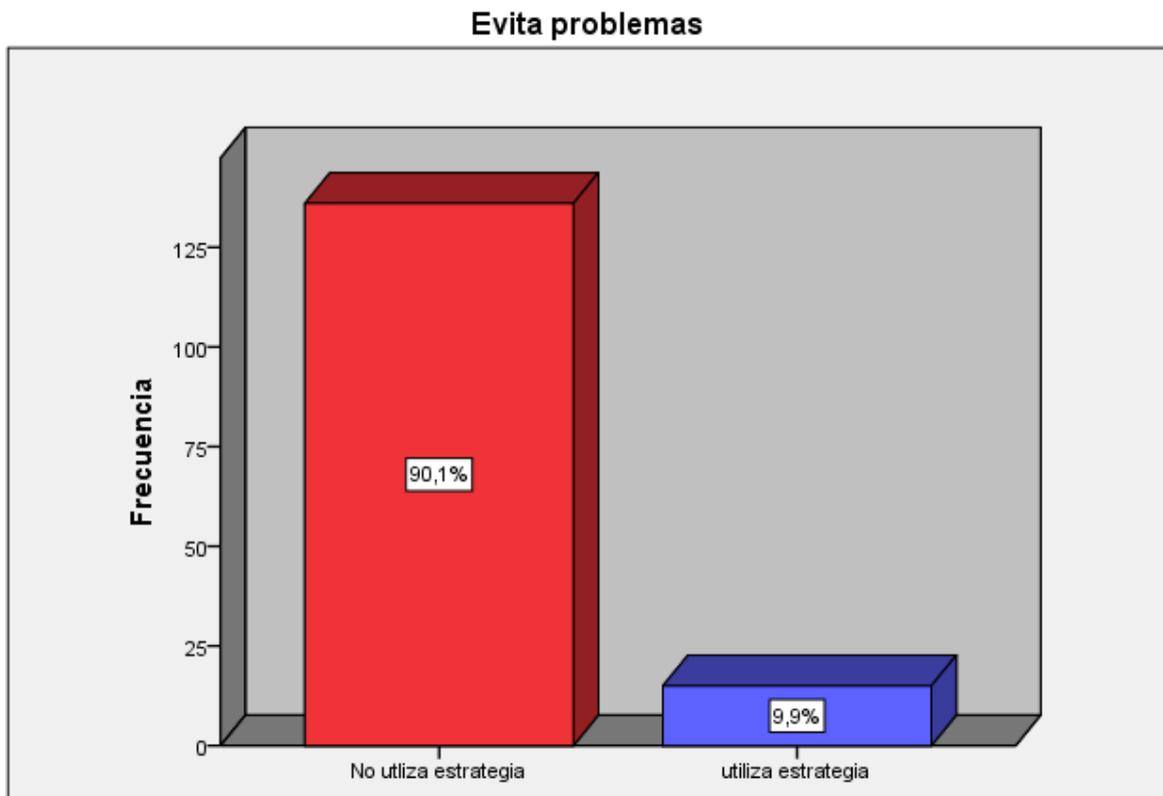
Totalmente se evidencia que, el 61,6% de los encuestados consideran utilizar la estrategia de la expresión emocional, mientras que el 38,4% considera no utilizarla.

**Tabla 6**

*Frecuencia evita problemas la variable estrategias de afrontamiento*

<b>Evita problemas</b>					
		Repetición	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No utiliza estrategia	136	90,1	90,1	90,1
	utiliza estrategia	15	9,9	9,9	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

*Figura 6. Porcentual estrategia evita problemas*



**Acotación**

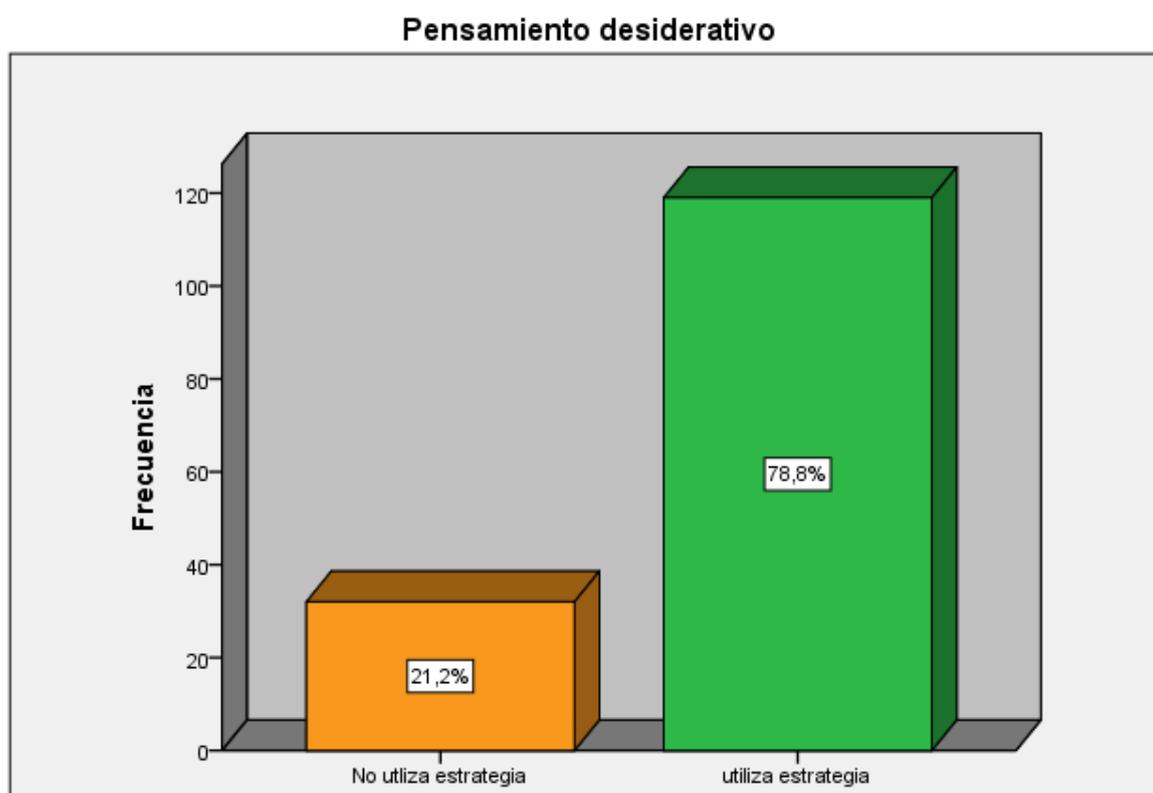
De contrato lo expresado en la tabla 6 y figura 6 un alto porcentaje 90,1% consideran no utilizar la estrategia evitar el problema, y solo el 9,9% manifiesta utilizarla.

**Tabla 7**

*Frecuencia pensamiento desiderativo variable estrategias de afrontamiento*

		<b>Pensamiento desiderativo</b>			
		Repetición	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No utiliza estrategia	32	21,2	21,2	21,2
	utiliza estrategia	119	78,8	78,8	100,0
Total		151	100,0	100,0	

*Fig. 7. Porcentual estrategia del pensamiento desiderativo*



**Acotación**

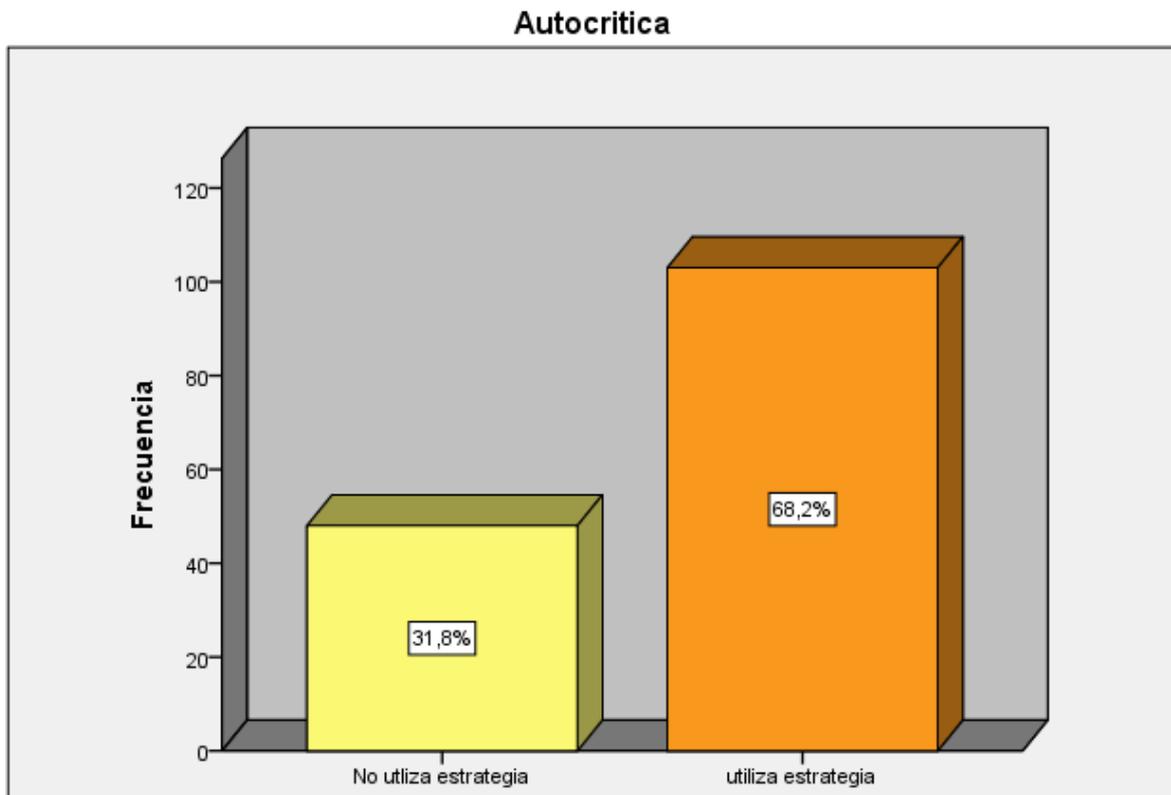
Al evidenciar se encuentra que el 78,8% de los encuestados declararon hacer uso de la estrategia del pensamiento desiderativo lo que es muy preocupante sólo el 21,2% manifestaron no utilizar esta estrategia.

**Tabla 8**

*Frecuencia autocrítica la variable estrategias de afrontamiento*

		<b>Autocrítica</b>			
		Repetición	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No utiliza estrategia	48	31,8	31,8	31,8
	utiliza estrategia	103	68,2	68,2	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

*Figura 8. Porcentual estrategia de autocrítica*



**Acotación**

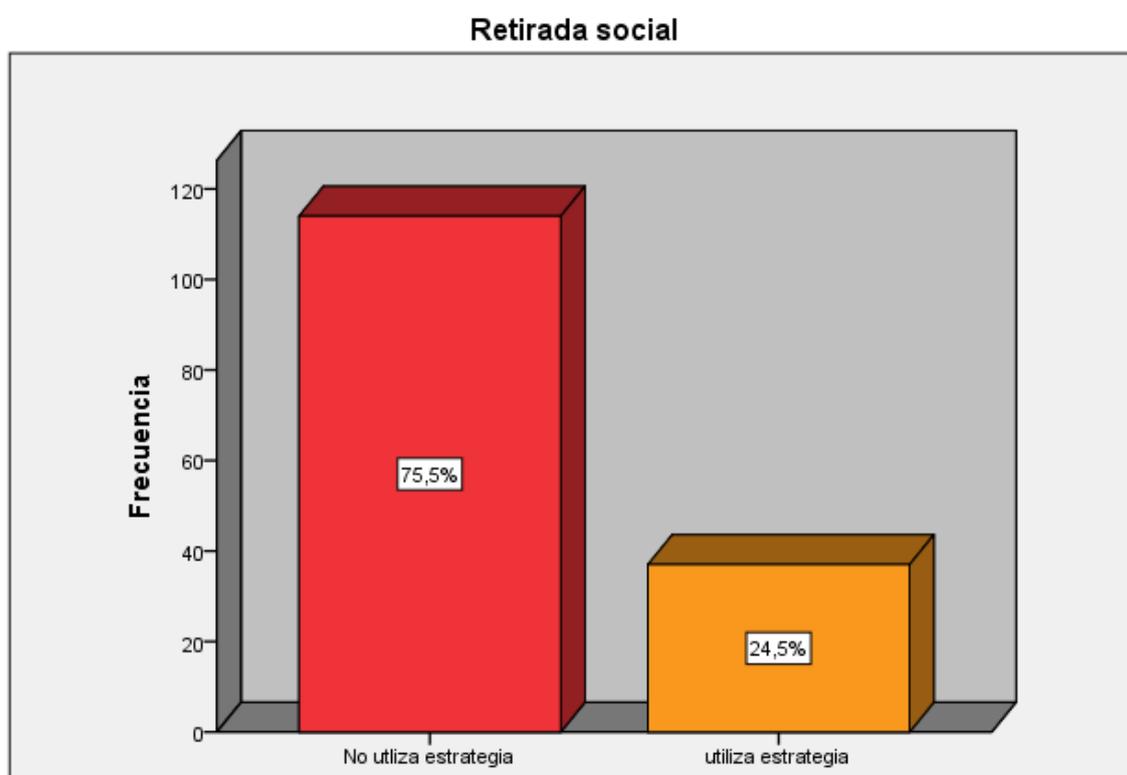
Según lo referenciado el 31,8% de los encuestados manifiestan no utilizar la autocrítica, pero el 68,2% si considera utilizarla.

**Tabla 9**

*Frecuencia retirada social la variable estrategias afrontamiento*

		Retirada social			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No utiliza estrategia	114	75,5	75,5	75,5
	utiliza estrategia	37	24,5	24,5	100,0
Total		151	100,0	100,0	

*Fig. 9. Porcentual de la estrategia de retirada social*



**Acotación**

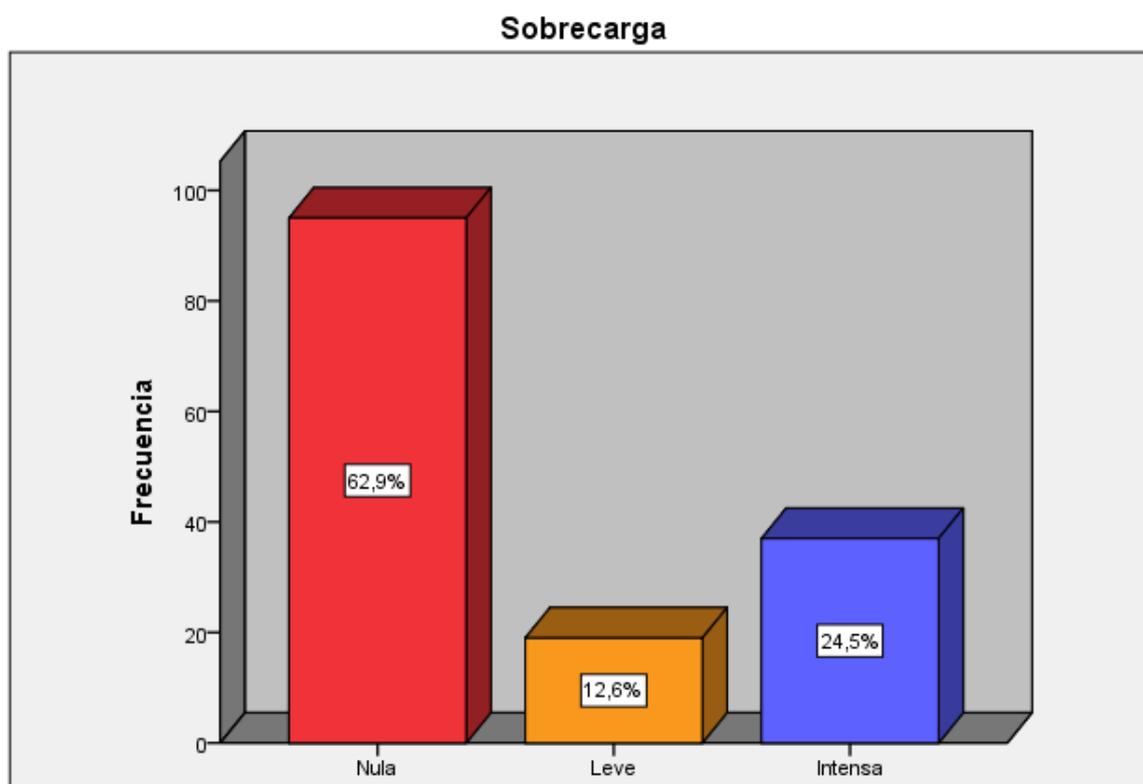
De convenio con lo observado en a tabla 9 y la fig. 9 del total de los encuestados el 75,5% han manifestado no utilizar la estrategia, el 24, 5% consideró utilizarlo.

**Tabla 10**

*Frecuencia variable 2 nivel de sobrecarga*

		<b>Sobrecarga</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nula	95	62,9	62,9	62,9
	Leve	19	12,6	12,6	75,5
	Intensa	37	24,5	24,5	100,0
	Total	151	100,0	100,0	

*Fig. 10. Porcentual de nivel de sobrecarga*



### **Acotación**

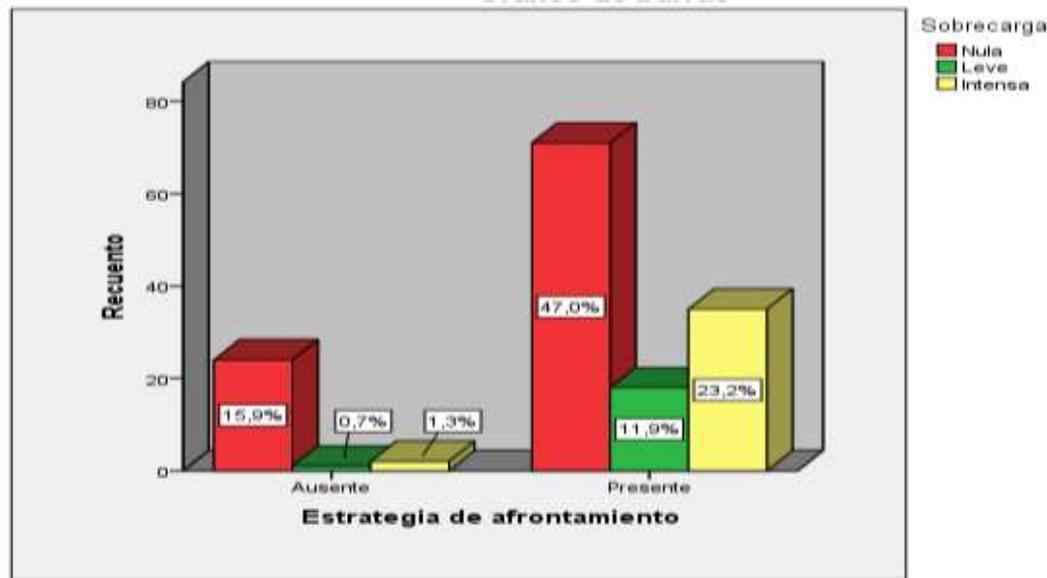
En la variable 2 de sobrecarga familiar, según los hallazgos de la encuesta fueron tal es la certeza en tabla 10 y la fig. 10 que el 62,9% considera nula dicha sobrecarga, intensa el 24,5% y el 12,6% consideró una sobrecarga leve.

**Tabla 11**

*Frecuencia variables estrategias afrontamiento y rango sobrecarga*

			Sobrecarga			
			Nula	Leve	Intensa	Total
Estrategia de afrontamiento	Ausente	Recuento	24	1	2	27
		% dentro de Estrategia de afrontamiento	88,9%	3,7%	7,4%	100,0%
		% dentro de Sobrecarga	25,3%	5,3%	5,4%	17,9%
	Presente	Recuento	71	18	35	124
		% dentro de Estrategia de afrontamiento	57,3%	14,5%	28,2%	100,0%
		% dentro de Sobrecarga	74,7%	94,7%	94,6%	82,1%
Total	Recuento	95	19	37	151	
	% dentro de Estrategia de afrontamiento	62,9%	12,6%	24,5%	100,0%	
	% dentro de Sobrecarga	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

*Figura 11. Porcentual variables de afrontamiento y sobrecarga*



**Acotación**

De la tabla 11 y la figura 11 se desprende que; cuanto mayor es el porcentaje de ausentes (88,9%) en la variable afrontamiento, el porcentaje de sobrecarga es mayor en un 25,3%; mientras que cuando el porcentaje de

afrontamiento está presente en menor porcentaje (14, 5% y 28,2%) el rango de sobrecarga es alto (94,7% y 94,7%) respectivamente.

### Prueba de HG:

**Ho:** No hay correspondencia hacia estrategias afrontamiento y rango sobrecarga en familiares cuidadores individuos de la tercera edad discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Ha:** Hay correspondencia hacia estrategias afrontamiento y rango sobrecarga en familiares cuidadores individuos de la tercera edad con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Tabla 12**

*Correspondencia hacia estrategias afrontamiento y nivel sobrecarga*

<b>Correlaciones</b>			Estrategia de afrontamiento	
			o	Sobrecarga
Rho	Estrategia afrontamiento	Factor relación	1,000	,245**
		Sig.	.	,002
		N	151	151
	Sobrecarga	Factor relación	,245**	1,000
		Sig.	,002	.
		N	151	151

### Acotación

De contrato a lo observado y hallazgo alcanzado del proceso de información se presta que existe un valor de correlación = 0,245 cuyo p valor es = 0,002 menor al valor de  $\alpha = 0,05$ . Por lo que se rechaza la Ho y se acepta la Ha. En conclusión, se determina que existe una relación positiva baja hacia las inconsistencias de estrategias afrontamiento y rango sobrecarga familiar.

## HE 1

**Ho:** No existe relación hacia la resolución de problemas y rango sobrecarga familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Ha** Existe relación hacia la resolución de problemas y rango sobrecarga familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Tabla 13**

*Correlación hacia resolución de problemas y nivel de sobrecarga*

		Correlaciones		
			Resolución de problemas	Sobrecarga
Rho	Resolución de problemas	Factor relación	1,000	-,033
		Sig.	.	,686
		N	151	151
	Sobrecarga	Factor relación	-,033	1,000
		Sig.	,686	.
		N	151	151

### Acotación

Se establece que la valía de correspondencia es igual  $- 0,033$ , lo que evidencia que no hay existencia relacional, a pesar de lo visto así la valoración señala que si hay una muy baja correspondencia inversa (negativa) entre la dimensión de resolución de problemas y sobrecarga familiar, pero el p valor es mayor al valor de  $\alpha = 0,05$ . Por consiguiente, se acepta la Ho y se rechaza la Ha, determinando que no hay presencia de relación significativa hacia las inconsistencias.

## HG 2

**Ho:** Existe relación hacia la reestructuración cognitiva y grado sobrecarga en familiares cuidadores individuos adultos mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Ha:** Existe relación hacia la reestructuración cognitiva y grado sobrecarga en familiares cuidadores individuos adultos mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Tabla 14**

*Correspondencia hacia reestructuración cognitiva y nivel se sobrecarga*

<b>Correlaciones</b>			Reestructuració	
			n	Sobrecarga
Rho de Spearman	Reestructuración	Coeficiente de relación Sig. N	151	151
	Sobrecarga	Coeficiente de relación Sig. N	151	1,000

### Acotación

De la tabla 14 se evidencia en este estudio que se acepta la hipótesis Ho y se rechaza la Ha, porque el valor de la correlación es  $r = 0,151$  cercano al cero, además porque el p valor es  $p = 0,000$  mayor que el valor de  $\alpha = 0,05$ . En conclusión, que no existe relación significativa entre reestructuración cognitiva y la sobrecarga familiar.

### HE 3

**Ho:** No existe relación hacia el apoyo social y rango de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Ha** Existe relación hacia el apoyo social y rango de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Tabla 15**

*Correspondencia hacia entre apoyo social y nivel sobrecarga*

<b>Correlaciones</b>				
			Apoyo social	Sobrecarga
Rho	Apoyo social	Coeficiente de correlación	1,000	-,043
		Sig. (bilateral)	.	,603
		N	151	151
	Sobrecarga	Coeficiente de correlación	-,043	1,000
		Sig. (bilateral)	,603	.
		N	151	151

### Acotación

De la tabla 15 se evidencia en este estudio que se acepta la hipótesis Ho y se rechaza la Ha, porque el valor de la correlación es  $= -0,043$  cercano al cero, además porque el p valor es  $= 0,603$  mayor que el valor de  $\alpha = 0,05$ . En conclusión, que no existe relación significativa entre el apoyo social y la sobrecarga familiar.

### HE 4

**Ho:** No existe relación hacia la expresión emocional y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Ha:** Existe relación hacia la expresión emocional y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Tabla 16**

*Correlación hacia expresión emocional y nivel de sobre carga familiar*

<b>Correlaciones</b>			Expresión emocional      Sobrecarga	
Rho	Expresión emocional	Coeficiente de relación	1,000	,127
		Sig. (bilateral)	.	,121
		N	151	151
	Sobrecarga	Coeficiente de relación	,127	1,000
		Sig. (bilateral)	,121	.
		N	151	151

**Acotación**

Al igual que el anterior, por el valor de  $p = 0,121$  mayor a  $\alpha = 0,05$ , se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_a$ , en consecuencia, pese al valor positivo y bajo no existe correlación significativa entre la expresión emocional y la sobrecarga familiar, en el caso de este estudio.

**HE 5**

**Ho:** No existe relación hacia la evitación de problemas y rango sobrecarga en familiares cuidadores individuos adultos mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Ha:** Existe relación hacia la evitación de problemas y rango sobrecarga en familiares cuidadores de individuos adultos mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Tabla 17***Correspondencia hacia entre la evita problemas y la sobrecarga familiar*

			<b>Correlaciones</b>	
			Evita	
			problemas	Sobrecarga
Rho de Spearman	Evita problemas	Coeficiente de correlación	1,000	-,131
		Sig. (bilateral)	.	,109
		N	151	151
	Sobrecarga	Coeficiente de correlación	-,131	1,000
		Sig. (bilateral)	,109	.
		N	151	151

**Acotación**

También en este resultado se aprecia el rechazo a la  $H_a$  y la aceptación de la  $H_o$ , porque el p valor es mayor que  $\alpha = 0,05$  con un valor negativo de correlación = - 0,131. Determinándose que no existe relación significativa entre el evitar el problema y la sobrecarga familiar.

**HE 6**

**$H_o$ :** No existe relación hacia el pensamiento desiderativo y grado sobrecarga en familiares cuidadores individuos adultos mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**$H_a$ :** Existe relación hacia el pensamiento desiderativo y grado sobrecarga en familiares cuidadores de individuos adultos mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Tabla 18***Correspondencia hacia el pensamiento desiderativo y la sobrecarga familiar*

<b>Correlaciones</b>				
			Pensamiento desiderativo	Sobrecarga
Spearman	Pensamiento desiderativo	Factor relación	1,000	,081
		Sig.	.	,322
		N	151	151
	Sobrecarga	Factor relación	,081	1,000
		Sig.	,322	.
		N	151	151

**Acotación**

De los hallazgos se aprecia que se acepta la  $H_0$ , y rechaza la  $H_a$  porque el p valor de la prueba es = ,332 mayor que  $\alpha = 0,05$ . Entonces no existe correlación significativa entre pensamiento desiderativo y la sobrecarga familiar para el caso de este estudio.

**HE 7**

**Ho:** No existe relación hacia autocrítica y rango sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Ha:** Existe relación hacia autocrítica y rango sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Tabla 19***Correspondencia hacia autocrítica y sobrecarga familiar*

			<b>Correlaciones</b>	
			Autocrítica	Sobrecarga
Rho de Spearman	Autocrítica	Coeficiente de correlación	1,000	,123
		Sig.	.	,132
		N	151	151
	Sobrecarga	Coeficiente de correlación	,123	1,000
		Sig.	,132	.
		N	151	151

**Acotación**

De la tabla 19 se aprecia que se acepta la  $H_0$ , y rechaza la  $H_a$  porque el p valor de la prueba es = ,132 mayor que  $\alpha = 0,05$ . Entonces no existe correlación significativa entre la autocrítica y la sobrecarga familiar para el caso de este estudio.

**HE 8**

**Ho:** No existe relación hacia retirada social y grado de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Ha:** Existe relación hacia retirada social y grado de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que se atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, VMT.

**Tabla 20***Correspondencia hacia retirada social y la sobrecarga familiar*

<b>Correlaciones</b>			Retirada social	Sobrecarga
Rho de Spearman	Retirada social	Coeficiente de correlación	1,000	,192*
		Sig. (bilateral)	.	,018
		N	151	151
	Sobrecarga	Coeficiente de correlación	,192*	1,000
		Sig. (bilateral)	,018	.
		N	151	151

**Acotación**

El resultado según la tabla 20 es que, si existe una relación entre la retirada social y la sobrecarga familiar, porque el p valor es = ,018 menor que valor  $\alpha$  es igual a 0,05. En consecuencia, se contradice la  $H_0$  y se acepta la  $H_a$  y se colige que estadísticamente hay una correlación fuerte con valor igual de ,192.

## V. DISCUSIÓN

Chacón y Valverde (2014) en su estudio “Estrategias de afrontamiento y grado de sobrecarga en el cuidador informal de una persona con enfermedad de Alzheimer en el Hospital General Regional de Trujillo. Se encontró que las tácticas de afrontamiento más utilizadas fueron: resolución de problemas 87,5%, ilusiones 87,5% y reestructuración cognitiva 80%. En cuanto a la sobrecarga, se hizo evidente que el 40% tenía sobrecarga leve, el 32,5% no tenía sobrecarga y el 27,5% tenía sobrecarga profunda. Existe una relación significativa entre las tácticas de afrontamiento y el grado de sobrecarga. Esta conclusión se reafirma que en un 82,1% de las estrategias de afrontamiento está presente y que la utilizan, y en este caso la correlación hallada entre ambas variables es muy baja.

Serrano (2017) en su investigación titulada “Afrontamiento, sobrecarga subjetiva y signos de ansiedad y depresión entre cuidadores de familiares mayores dependientes en el distrito de salud Jaén Norte. El objetivo principal de esta investigación fue examinar los efectos de diferentes tácticas de afrontamiento sobre la sobrecarga subjetiva y los efectos de esta sobrecarga sobre la ansiedad y la depresión en cuidadores de familiares mayores. El afrontamiento basado en las emociones puede tener un efecto disuasorio sobre el agotamiento, la ansiedad y la depresión. El afrontamiento centrado en el problema puede no ser efectivo en situaciones incontrolables. El afrontamiento disfuncional puede conducir a una sobrecarga subjetiva y ansiedad. Al igual que los resultados obtenidos en la encuesta, la táctica de expresión emocional recibió un alto porcentaje de 61,6% que consideró utilizarla.

Izquierdo et al. (2016) realizaron un estudio en Cartagena titulado Niveles de sobrecarga y características del cuidado entre cuidadores de personas con trastornos mentales. El fin primordial o general de esta publicación era determinar interacción hacia el rango de exceso de trabajo y las características del cuidado de los cuidadores de personas con trastornos mentales. Para los enfermeros, predominaron las sobrecargas severas y leves asociadas a las características del cuidado, ser el único cuidador y tener la misma edad o más que el paciente.

Yabar (2017) en la tesis de maestría “Sobrecarga de que cuida de modo informal a individuos con condiciones de dolencias en sociedades asociadas a siete establecimientos de salud de la microred Túpac Amaru. Objetivo general explicar el nivel de sobrecarga del cuidador informal en personas con patologías crónicas en sociedades asociadas a 7 centros de salud de la microred Túpac Amaru. Para la muestra de cuidadores informales objeto de análisis, el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales en el cuidado de personas con enfermedades crónicas es alto. Según los resultados obtenidos, el grado de sobrecarga familiar en esta clase de casos es elevado (94,7% y 94,7%, respectivamente).

Chacón y Valverde (2014). En su investigación, “Estrategias de afrontamiento y niveles de sobrecarga en el cuidador informal del individuo con Alzheimer, Hospital Regional Maestro de Trujillo. . Se encontró que las tácticas de afrontamiento más utilizadas fueron: resolución de problemas 87,5%, ilusiones 87,5% y reestructuración cognitiva 80%. Con respecto a la sobrecarga se encontró que el 40% presentó sobrecarga leve, el 32,5% no presentó sobrecarga y el 27,5% presentó sobrecarga severa. Existe una correlación significativa entre las tácticas de afrontamiento y los niveles de sobrecarga. Al final, se puede demostrar que existe una pequeña interacción positiva entre el uso de tácticas de afrontamiento y el grado de sobrecarga gracias a varios componentes presentes, con una expresión de correlación estadística de 0,245.

## **VI. CONCLUSIONES**

Primera: Existe correspondencia significativamente baja hacia tácticas afrontamiento y grado de sobrecarga familiares cuidadores individuos adultos mayores con discapacidad funcional que atienden en el C.A.M. Tayta Wasi, Villa María del Triunfo 2018.

Segunda: Existe una relación significativa baja hacia las estrategias de afrontamiento resolución de problema y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el CAM TAYTA Wasi, VMT.

Tercera: Existe una relación significativa baja hacia estrategias de afrontamiento reestructuración cognitiva y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el CAM TAYTA Wasi, Villa María del Triunfo 2018.

Cuarta: No existe una relación significativa las estrategias de afrontamiento apoyo social y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el CAM TAYTA Wasi, Villa María del Triunfo 2018.

Quinta: Existe una relación significativa baja entre las estrategias de afrontamiento expresión emocional y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el CAM TAYTA Wasi, Villa María del Triunfo 2018

Sexta: Existe una relación significativa baja hacia las tácticas de afrontamiento Evitación del problema y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el CAM TAYTA Wasi, Villa María del Triunfo 2018.

Séptima: Existe una relación significativa baja hacia estrategias de afrontamiento

pensamiento desiderativo y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el CAM TAYTA Wasi, Villa María del Triunfo 2018.

Octava: Existe una relación significativa baja hacia estrategias de afrontamiento retirada social y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el CAM TAYTA Wasi, Villa María del Triunfo 2018.

Novena: Existe una relación significativa baja hacia tácticas de afrontamiento autocrítica y el nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional que atienden en el CAM TAYTA Wasi, Villa María del Triunfo 2018.

## VII. RECOMENDACIONES

Primera: En contexto general el equipo sanitario debe considerar que a pesar de que no existe una fuerte relación entre estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga, aun se debería considerar que la influencia de la familia es de vital importancia para el cuidado del adulto mayor por lo tanto se debe crear estrategias que permitan mejorar estos procesos.

Segunda: Se debe considerar que la relación que existe entre la estrategia de afrontamiento de resolución de problemas tiene características de identificación de manera independiente y por lo tanto deberán tomarse estrategias que no se vincule a esa dimensión.

Tercera: La dimensión reestructuración cognitiva no debe vincularse con el nivel de sobrecarga, sin embargo, debe considerarse en crear estrategias en los familiares que permitan poder tener pensamientos positivos en el cuidado del adulto mayor.

Cuarta: Se evidencio que no existe relación con el nivel de sobrecarga, pero el personal debe considerar que el apoyo social es una estrategia de afrontamiento vital que permite al cuidador tener una herramienta que fortalezca s cuidado, es así que el personal de enfermería debe capacitar a los familiares en la creación de redes sociales de ayuda para el familiar.

Quinta: El personal de enfermería debe considerar de manera individual esta variable y su dimensión al momento de crear estrategias, con talleres con la familia para conocer sus emociones frente al cuidado de adulto mayor y consiguiente fortalecer sus vínculos.

Sexta: La evitación del problema no es una buena estrategia de afrontamiento por ello el personal de enfermera debe fomentar el uso de otras estrategias de afrontamiento que permitirán poder fortalecer y mejorar el estado emocional de los familiares.

Séptima: El personal debe crear pensamientos y cuidados de acuerdo con sus creencias que eviten una influencia que perjudique el cuidado del adulto mayor y la salud física y emocional del familiar.

Octava: El personal de enfermería debe ayudar a los familiares a conocer y fortalecer las estrategias de afrontamiento evitando optar por la retirada social, debido a que no es un buen elemento que contribuya a resolver problemas.

Novena: El personal de enfermería deberá crear talleres sobre cómo realizar autocráticas positivas que permitan que el cuidador enfrente situaciones difíciles, pero que puedan salir sin dañar su estado emocional y físico.

## REFERENCIAS

- Alvarado, D. (2013). *Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, centro de atención del adulto mayor Tayta Wasi*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Bautista, M. (2016). *Nivel y estrategias de afrontamiento en la salud de familiares cuidadores de adultos mayores, Hospital Militar Central*. Tesis de maestría. Universidad Privada San Juan Bautista, Perú.
- Beltrán, J. (2016). *Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados*. Tesis de maestría. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Bello, B. (2014). *Sobrecarga del cuidador primario de individuos con enfermedades crónico-degenerativas*.
- Boe, F. V. (2006). *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Boletín Oficial del Estado.
- Bustamante, S. (2000). *A Família e a enfermagem: do saber (in) comunao saber académico do cuidar/ cuidado familiar*. Tesis de maestría. Universidad federal de Río de Janeiro.
- Cano, F., Rodríguez, Luis, y García, J. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. <http://personal.us.es/fjcano/drupal/?q=node/8> (Consultado 20/07/18).
- Carretero, S., Garcés, J. y Ródenas, F. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/.../polibienestar-sobrecarga-02>.
- Casado, D. y López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona: Fundación la Caixa.
- Cohen, J. (1992). *Quantitative Methods in Psychology: A power primer*. *Psychological Bulletin*, 112(1), pp. 155-159.

- Congreso de la República (2012). *Ley General de las personas con discapacidad N°29973, Perú.*
- Correa, D. (2014). *Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de individuos con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud.* Tesis de maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Cuesta, C. (2004). *Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. Texto & Contexto Enfermagem.*
- Chacón, E. y Valverde, L. (2014). *Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer, hospital regional docente de Trujillo.* Tesis de maestría. Universidad privada Antenor Orrego, Perú.
- Del Pino, R. (2017) *Determinantes de la ansiedad en personas cuidadoras de familiares de mayores dependientes, en la provincia de Jaén, España.* Tesis doctoral. Universidad de Jaén, Perú.
- Del Pino, R. (2009) *Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes.* Tesis Doctoral. Universidad de Jaén, Perú. <http://ruja.ujaen.es/handle/10953/453>.
- Deví, J. y Ruiz, I. (2012) *Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. Revista multidisciplinaria gerontología, 12 (1), pp. 31-37*
- Díaz J, y Rojas M. (2005) *Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo.* Aquichán.
- Escuredo, B., Díaz, E., y Pascual, O. (2001). *Cuidadores informales necesidades y ayudas. Revista Rol Enfermería. 21(5), pp. 218-233*
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). *An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample. Journal of Health Social Behavior, 21(3), pp. 219-239*
- García, M., Rodríguez, I. y Maroto, G. (2006). *El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanit. 18 Suplemento pp. 83-92.*

- Hanzawa, S., Bae, J. K., Tanaka, H., Bae, Y. J., Tanaka, G., Inadomi, H., Nakane, Y. & Ohta, Y. (2010). Caregiver Burden and Coping Strategies for Patients with Schizophrenia: Comparison Between Japan and Korea. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 64(4), pp. 377-386.
- Hidalgo, L. (2013). *Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia*. Tesis de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales "IMSERSO" (2005). *Cuidado a las individuos de la tercera edad en los hogares españoles*. Madrid: España.
- Ivancevich, X. & Matterson, V. (1992) *Psicología: eEstrés y procesos cognitivos* 1ª ed. Edit. ERGA. Madrid España pp. 25 – 35
- Izquierdo, D. (2016). *Nivel de sobrecarga y características del cuidado en cuidadores de personas con trastorno mentales, en Cartagena*. Tesis de maestría. Universidad de Cartagena, Colombia.
- Jocik, G., Rivero, B. y Bello, M. (2003). *Percepción de sobrecarga en cuidadores con individuos de demencia*. Red Latinoamericana Gerontología.
- Julve, M. (2007). *Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer* [http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero\\_articulo?codigo=2002330&orden=866](http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2002330&orden=866)
- Kozier, B. & Erb, G. (1999). *Fundamentos de enfermería: concepto, proceso y práctica*. 5ta ed. Vol.1 y 2. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. [http://books.google.com.pe/books?id=iySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=iySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) Lazarus y Folkman
- López, M. y Crespo, M. G. (2007). *Apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. 1ª ed. Madrid.

- Losada, A. (2005). *Influencia de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en el malestar psicológico de cuidadores de individuos de la tercera edad con demencia*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Llácer, A., Zunzunegui, M., Gutiérrez, V., Beland, P. & Zarit, S. (2004). Correlates of Wellbeing of Spousal and Children Carers of Disabled People Over 65 in Spain. *European Journal of Public Health*.
- McCurry, M., Logsdon, R., Vitiello, M., & Teri, L. (1998). Successful Behavioral Treatment for Reported Sleep Problems in Elderly Caregivers of Dementia Patients: a Controlled Study. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences*. <http://www.imsersomayores.csic.es/salud/cuidadores/resenas.html#doc13>.
- Martin, M., Salvado, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6 (5), pp. 338-346.
- Martin, D., Jiménez, P., Fernandez, E. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3 (4), pp. 39- 47. <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Martínez, B. y Sisalima, W. (2015). *Cuidadores informales de individuos psiquiátricos: Sobrecarga y calidad de vida*. Tesis de maestría. Universidad de Cuenca, Colombia.
- Ministerio de Salud (2005). *Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores*. Lima-Perú.
- Ministerio de Salud (2003). *Norma técnica de salud para la atención integral de las personas adultas mayores*. Lima-Perú.
- Montorio, I., Izal, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Revista Anales*.

- Naciones Unidas (2002). *Plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Madrid.
- Nava, C., Ollua, P., Vega, C., y Soria, R. (2010). Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación1. *Revista Psicología y Salud*, 20, (2), pp. 213-220. [www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Carlos-Nava-Quiroz.pdf](http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Carlos-Nava-Quiroz.pdf).
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y salud*. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización mundial de la salud (2001). *Clasificación internacional de funcionamiento de la discapacidad y de la salud-cif*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- OMS (1998). *Informe sobre la salud en el mundo. La vida en el s. XXI: una perspectiva para todos*. Documento de la OMS.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS (1982). *Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada*. Washington DC; EE.UU. Documento oficial N° 179.
- Pelechano, V. (2005). Acerca de afrontamiento y enfermedad crónica: una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), pp. 314-322. [espacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/download/.../3841](http://espacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/download/.../3841)
- Pérez-Cruz, M., Muñoz-Martínez, M.A., Parra-Anguita, L. y Del Pino-Casado, R. (2017). *Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España*. Tesis de maestría. Universidad de España. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.012>
- Pinto, N., Barrera, L. y Sánchez, B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “cuidando a los cuidadores”. *Revista Aquichan*. 5(4) pp. 128-137.
- Serrano, S. (2017). *Afrontamiento sobrecarga subjetiva y ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes*. Tesis Doctoral. Universidad de Jaén, España.

- Vásquez, C. (2009). *Los efectos de cuidar a un adulto mayor dependiente*. Tesis de maestría. Universidad de Chile.
- Vega, O. y Gonzales, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica, *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería*. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412009000200021&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412009000200021&script=sci_arttext). (Consultado 22/06/18)
- Yabar, M. (2017). *Sobrecarga del cuidador informal en personas con enfermedades crónicas en comunidades asignadas a 7 centros de la Micro Red Túpac Amaru, Independencia*. Tesis de maestría. Universidad César Vallejo, Perú.

## **ANEXOS**

## Operacionalización de la variable estrategias de afrontamiento

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Estrategias de afrontamiento.	Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para operar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”	Son las acciones que adoptan los familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional del C.A.M. Tayta Wasi frente algún caso de estrés. La evaluación se realizó a través de un test (Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) desarrollada por Cano, Rodríguez y García (2007), el cual consta de 8 dimensiones: Resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica.	Resolución de problemas.	Estrategias cognitivas y conductuales	01, 09, 17, 25, 33	En Absoluto = 0 Un Poco = 1 Bastante =2 Mucho = 3 Totalmente = 4
			Reestructuración cognitiva.	Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.	06, 14, 22, 30, 38.	
			Apoyo social	Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.	05, 13, 21, 29, 37	
			Expresión emocional.	Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.	03, 11, 19, 27, 35	
			Evitación de problemas.	Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.	07, 15, 23, 31, 39	
			Pensamiento desiderativo.	Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.	04, 12, 20, 28, 36	
			Retirada social.	Estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada a la reacción emocional en el proceso estresante.	08, 16, 24, 32, 40	
			Autocrítica	Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por	02, 10, 18, 26, 34	

---

la ocurrencia de la situación  
estresante o su inadecuado  
manejo

---

## Operacionalización de la variable nivel de sobrecarga del cuidador

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	ítems	Escala
Nivel de Sobrecarga	Zarit, Bottigi y Gaugler (2007), definen la sobrecarga del cuidador como un estado que resulta de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, este estado amenaza a la salud física y mental del cuidador, señala que frente a la tarea persistente de cuidar pueden	El instrumento que consta de 22 ítems, que explora los efectos negativos que se producen en el familiar cuidador de personas adultas mayores con discapacidad. Cada pregunta es evaluada con la escala tipo Likert con 5 posibles respuestas.	Sobrecarga nula	De 0 a 46 puntos (sobrecarga nula).	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,	0= Nunca
			Sobrecarga leve	De 47 a 55 puntos (sobrecarga leve)		1= Rara vez 2= Algunas veces 3= Bastante 4= Casi siempre
			Sobrecarga leve	De 56 a 110 puntos (sobrecarga intensa).		De 0 a 46 puntos (sobrecarga nula). De 47 a 55 puntos (sobrecarga leve) De 56 a 110 puntos (sobrecarga intensa).

## INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Autor: Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989)

Adaptado al español: Cano et al. (2007)

### Datos Informativos

Sexo	Masculino	Femenino			
Edad	años				
Parentesco	Esposo(a)	Hijo(a)	Otros		
Estado civil	Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)	
Grado de instrucción	Sin instruc.	Primaria	Secundaria	Superior	
Tiempo de cuidado	1 a 3 años	4 a 6 años	6 a más años		

		A	P	B	M	T
1.	Luché para resolver el problema.					
2.	Me culpé a mí mismo.					
3.	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés.					
4.	Deseé que la situación nunca hubiera empezado.					
5.	Encontré a alguien que escuchó mi problema.					
6.	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente.					
7.	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado.					
8.	Pase un tiempo solo.					
9.	Me esforcé para resolver los problemas de la situación.					
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.					
11	Expresé mis emociones, lo que sentía.					
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.					
13	Hablé con una persona de confianza					
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas.					
15	Traté de olvidar por completo el asunto.					
16	Evité estar con gente.					

17.	Hice frente al problema.					
18.	Me critiqué por lo ocurrido.					
19.	Analiqué mis sentimientos y simplemente los dejé salir.					
20.	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación.					
21.	Dejé que mis amigos me echaran una mano.					
22.	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.					
23.	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más.					
24.	Oculté lo que pensaba y sentía.					
25.	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran.					
26.	Me recriminé por permitir que esto ocurriera.					
27.	Dejé desahogar mis emociones.					
28.	Deseé poder cambiar lo que había sucedido.					
29.	Pasé algún tiempo con mis amigos.					
30.	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.					
31.	Me comporté como si nada hubiera pasado.					
32.	No dejé que nadie supiera como me sentía.					
33.	Mantuve mi postura y luché por lo que quería.					
34.	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias.					
35.	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron.					
36.	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.					
37.	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto.					
38.	Me fijé en el lado bueno de las cosas.					
39.	Evité pensar o hacer nada.					
40.	Traté de ocultar mis sentimientos.					
Me consideré capaz de afrontar la situación.						

## Escala de Sobrecarga del Cuidador

Autor: Zarit (1980)

Adaptado por Martín y Cols (1996)

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a una persona adulta mayor con discapacidad funcional. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca (N); 1=Rara vez (RV); 2=Algunas veces (AV); 3=Bastantes veces (BV); 4=Casi siempre (CS)

		N	RV	AV	BV	CS
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
3	¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familiar?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					

15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

## Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, Huayta Franco, Yolanda Josefina, docente de la Escuela de posgrado / Programa académico de Maestría de la Universidad César Vallejo Este, San Juan de Lurigancho (filial o sede), asesora de la tesis titulada: “Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en familiares cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad funcional del C.A.M. “Tayta Wasi” Villa María del Triunfo, 2018” de la autora Vilca Mamani, Milagros, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecida (21%) y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros ni exclusiones.



He revisado dicho reporte y concluyo 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 Cesar Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

San Juan de Lurigancho, 14 de marzo del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor: HUAYTA FRANCO, YOLANDA JOSEFINA	
DNI : 09333287	Firma:
ORCID: 0000-03-0194-8891	