Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Medicina Humana

Relación entre sobrecarga del cuidador informal y dependencia funcional en adultos mayores de un establecimiento de salud del nivel primario

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujana

AUTOR

Lucia Angélica MARTINEZ SALIRROSAS

ASESOR

Mg. Ybeth LUNA SOLÍS

Lima, Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Martinez L. Relación entre sobrecarga del cuidador informal y dependencia funcional en adultos mayores de un establecimiento de salud del nivel primario [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2024.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Lucia Angélica Martinez Salirrosas
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73351503
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-0227-5816
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Ybeth Luna Solís
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09929952
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7383-723X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Yolanda Aurora León Álvarez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06108982
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Juan Carlos Alberto Zavala Gonzales
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08771751
Miembro del jurado 2	

Nombres y apellidos	Juan Marcos Villón Almendras
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09801729
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Latitud -12.05819215 Longitud -77.0189181894387
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Setiembre 2023- Marzo 2024
URL de disciplinas OCDE	Psiquiatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

UNMSM

Firmado digitalmente por FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.03.2024 17:26:33 -05:00

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANA

Siendo las 14:30 horas del diecinueve de marzo del año dos mil veinticuatro, en el aula 2A del Pabellón de Aulas de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Yolanda Aurora León Álvarez (Presidenta), Juan Marcos Villón Almendras (Miembro), Juan Carlos Alberto Zavala Gonzales (Miembro) e Ybeth Luna Solís (Asesora).

Se realizó la exposición de la tesis titulada: **"RELACIÓN ENTRE SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL Y DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL NIVEL PRIMARIO"**, presentado por la Bachiller **Lucia Angélica Martinez Salirrosas**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana habiendo obtenido el calificativo de..... Quince ..... (15).

Mg. Yolanda Aurora León Álvarez
Presidenta

Mg. Juan Marcos Villón Almendras
Miembro

ME. Juan Carlos Alberto Zavala Gonzales
Miembro

Mg. Ybeth Luna Solís
Asesora

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela Profesional de Medicina Humana

DRA. ANA ESTELA DELGADO VÁSQUEZ
Directora

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Vicerrectorado de Investigación y Posgrado

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **Ybeth Luna Solís** en mi condición de asesor acreditado con la Resolución Decanal N°**696-2024-D-FM/UNMSM** de la tesis, cuyo título es: **"RELACIÓN ENTRE SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL Y DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL NIVEL PRIMARIO"**, presentado por la bachiller Lucia **Angélica Martinez Salirrosas** para optar el Título Profesional de Médico Cirujana.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 15 % de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma de Asesor _____
DNI: 09929952
Ybeth Luna Solís

Huella digital

20/03/2024

AGRADECIMIENTO

A Dios y a mi Mamita Lucía, que incluso desde el cielo aún sigue impulsando mi carrera.

A mi familia, que ha sido de gran apoyo para afrontar las dificultades de la vida.

A mis amigos de la universidad, con quienes compartí buenos y malos momentos.

A mi asesora, la dra. Ybeth Luna, por los consejos y la paciencia en la elaboración y presentación de este trabajo.

Al personal de salud del CS Cooperativa Universal, que me ayudo en la recolección de datos.

Y a los adultos mayores y cuidadores, que se dieron tiempo de participar en el estudio.

DEDICATORIA

A mi tío Clemente, quién, así como otros cuidadores informales no tuvo todas las herramientas necesarias que hubiese querido tener mientras cuidaba de nuestra querida mamita Lucia.

A todos los adultos mayores que merecen ser guiados durante esta etapa para ser más autónomos, así como gozar de un buen cuidado y una buena calidad de vida al igual que sus cuidadores.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO ii
DEDICATORIA iii
ÍNDICE GENERAL iv
LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS vi
TABLAS vi
GRÁFICOS vi
RESUMEN vii
ABSTRACT viii
INTRODUCCIÓN 1
1. CAPÍTULO I – EL PROBLEMA 3
1.1. Planteamiento del problema, delimitación y formulación 3
1.1.1. Planteamiento del problema 3
1.1.2. Formulación del problema 8
1.2. Formulación de objetivos 8
1.2.1. Objetivo general 8
1.2.2. Objetivos específicos 8
1.3. Justificación de la investigación 9
1.4. Limitaciones del estudio 10
2. CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO 11
2.1. Antecedentes de la Investigación 11
2.1.1. Antecedentes Internacionales 11
2.1.2. Antecedentes Nacionales 14
2.2. Bases Teóricas 17
3. CAPÍTULO III – HIPÓTESIS Y VARIABLES 31
3.1. Hipótesis 31
3.1.1. Hipótesis General 31
3.1.2. Hipótesis Específicas 31
3.2. Variables 32
3.2.1. Tipos de variable 32
Variable Independiente 32

Variable Dependiente 32
3.2.2. Operacionalización de variables 33
4. CAPÍTULO IV – METODOLOGÍA.....35
4.1. Diseño metodológico 35
4.1.1. Tipo de investigación 35
4.1.2. Población 35
4.1.3. Muestra 36
4.1.4. Técnicas y procedimientos 37
4.1.5. Instrumento 38
4.1.6. Plan de recolección.....39
4.1.7. Análisis estadístico.....40
4.1.8. Aspectos éticos.....40
4.1.9. Fuente de financiamiento 41
5. CAPÍTULO V – RESULTADOS 42
6. CAPÍTULO VI – DISCUSIÓN 52
7. CAPÍTULO VII – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 52
6.1. Conclusiones 58
6.2. Recomendaciones.....59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 61
ANEXOS.....68
Anexo 1. Matriz de Consistencia.....68
Anexo 2. Ficha de Recolección de Datos 1 69
Anexo 3. Ficha de Recolección de Datos 2 71
Anexo 4. Consentimiento Informado 74
Anexo 5. Documento de aprobación por parte del Comité de Ética 75
Anexo 6. Resolución Decanal.....76

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los Participantes Pertenecientes al Circulo de Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal-Santa Anita 43

Tabla 2. Características Sociodemográficas – Clínicas de los Cuidadores Informales de los Participantes del Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita 46

Tabla 3. Nivel de Sobrecarga de los Cuidadores Informales de los Participantes del Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita según el Tiempo Invertido 47

Tabla 4. Dependencia Funcional de los Participantes del Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria 48

Tabla 5. Dependencia Funcional de los Participantes del Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita según cada Actividad Instrumental de la Vida Diaria 49

Tabla 6. Nivel de Sobrecarga Global y Parcial de los Participantes del Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita.....50

Tabla 7. Análisis Bivariado de Nivel de Sobrecarga del Cuidador y Dependencia Funcional del Adulto Mayor para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en el Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita (n=20).....51

GRÁFICOS

Gráfico 1. Enfermedades Crónicas Diagnosticadas en participante de Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal-Santa Anita (n=20). 44

Gráfico 2. Enfermedades Diagnósticas en cada participante de Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal-Santa Anita. 44

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre nivel de sobrecarga del cuidador informal y el grado de dependencia funcional de adultos mayores en un establecimiento de salud del nivel primario.

Materiales y Métodos: En el estudio observacional, transversal y correlacional. Se trabajó con una población de 30 sujetos pertenecientes al círculo del adulto mayor en el centro de salud Cooperativa Universal-Santa Anita, Lima-Perú. De los cuales, veinte adultos mayores y sus veinte respectivos cuidadores aceptaron participar del estudio. La sobrecarga del cuidador fue medida con la escala de Zarit mientras que la dependencia funcional del adulto mayor se valoró con la de Lawton y Brody. Se utilizó SPSS24 para el análisis de frecuencias y el análisis bivariado aplicando la prueba exacta de Fisher ($p<0.05$).

Resultados: Los adultos mayores (n=20) presentaron una edad media de 76 años y el 60% fueron mujeres. El 70% mostró una condición de pluripatología y donde al menos una fue enfermedad crónica. Además, el 70% presentaba algún grado de dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), hubo mayor dependencia en hacer las compras (70%) y el uso de medicación (40%). Los cuidadores tuvieron una edad promedio de 48 años, el 95% fueron mujeres, la mayoría con educación superior (45%) y solteros (45%); a su vez, 60% fueron hijos de los adultos mayores a los que cuidan. Se identificó que solo el 10% tenían sobrecarga del cuidador y era leve. No se encontró relación significativa entre el nivel de sobrecarga del cuidador y la dependencia funcional del adulto mayor ($p=0.811$).

Conclusiones: A pesar de no existir relación significativa entre la sobrecarga del cuidador informal y el grado de dependencia funcional en adultos mayores, es importante seguir estudiándolos porque son dos situaciones que obedecen a una misma problemática.

Palabras Claves: "*Sobrecarga del cuidador", "Dependencia funcional", "Adulto mayor".*

ABSTRACT

Objective: Determine the association between the level of informal caregiver overload and the degree of functional dependence of older adults for instrumental activities of daily living in a primary health center.

Materials and Methods: The observational, cross-sectional and correlational study. He worked on a population of 30 subjects belonging to the circle of the elderly at the Cooperativa Universal-Santa Anita health center, Lima-Peru. Of which, twenty older adults and their twenty respective caregivers agreed to participate in the study. Caregiver overload was measured with the Zarit scale while the functional dependency of the older adult was assessed with the Lawton and Brody scale. SPSS24 was used for frequency analysis and bivariate analysis applying Fisher's exact test ($p<0.05$).

Results: The older adults (n=20) had a mean age of 76 years and 60% were women. 70% showed a multipathological condition and where at least one was a chronic disease. In addition, 70% had some degree of functional dependence for instrumental activities of daily living (IADL), there was greater dependence on shopping (70%) and the use of medication (40%). The caregivers had an average age of 48 years, 95% were women, the majority had higher education (45%) and were single (45%); In turn, 60% were children of the older adults they care for. It was identified that only 10% had caregiver overload and it was mild. No significant relationship was found between the level of caregiver overload and the functional dependency of the older adult ($p=0.811$).

Conclusion: Despite there being no significant relationship between informal caregiver overload and the degree of functional dependency for IADL in MA, it is important to continue studying them because they are two situations that obey the same problem.

Key words: “caregiver overload”, “functional dependency”, “older adult”.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que está transformando significativamente la estructura demográfica de numerosos países. En este contexto, el cuidado de los adultos mayores se ha convertido en un tema de creciente relevancia, especialmente en el ámbito de la atención primaria de salud.

Uno de los desafíos más importantes que enfrentan los cuidadores es la sobrecarga derivada de las demandas físicas, emocionales y financieras asociadas al cuidado de personas mayores. Sobre todo, la que desarrollan los cuidadores informales porque ejercen su rol de forma meramente situacional y muchos de ellos no se encuentran capacitados para realizarlo ni cuentan con un reforzamiento positivo para cumplir con su rol.

La sobrecarga del cuidador es un fenómeno multidimensional que impacta negativamente en la calidad de vida de quienes asumen esta responsabilidad. Este fenómeno puede estar influenciado por diversos factores, entre ellos el grado de dependencia funcional de los adultos mayores en sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), las cuales engloban tareas como la preparación de alimentos, la gestión de medicamentos, el manejo del dinero y el transporte, entre otras.

El presente estudio se centra en analizar la relación entre la sobrecarga del cuidador informal y el grado de dependencia funcional de los adultos mayores en sus actividades instrumentales, específicamente en el contexto de un primer nivel de atención en salud. Entender esta relación es fundamental para diseñar intervenciones y políticas que promuevan la salud y el bienestar tanto de los adultos mayores como de quienes los cuidan.

Por lo tanto, con los resultados obtenidos se podría proporcionar información valiosa a considerar para la mejora en la calidad de los servicios de atención de la salud de la población mayor e implementar estrategias de apoyo a los cuidadores que enfrentan desafíos cada vez más complejos en el cuidado de sus pacientes.

La aplicación de estas estrategias funcionará si al adulto mayor, así como al cuidador informal se lo aborda como diada, ya que hablamos de dos situaciones que obedecen a la misma problemática del cuidado donde el cuidador informal tiene un rol ocupacional para el cuidado, así como el adulto mayor tiene un rol ocupacional para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.

La Terapia Ocupacional tiene una finalidad preventiva y terapéutica respecto al rol ocupacional en esta diada, lo cual lo convertiría en una herramienta indispensable a tomar en cuenta como parte del primer nivel de atención.

1. CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema, delimitación y formulación

1.1.1. Planteamiento del problema

En el contexto mundial de los últimos años sobre envejecimiento demográfico, el concepto de adulto mayor (AM) y sus desafíos va cobrando relevancia. Y es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que la cantidad de personas mayores de 60 años aumentará del 12% al 22% casi duplicando esta cifra en solo 35 años. (1).

Además, se afirma que, para la década del 50, el 80% de los adultos mayores vivirán en países subdesarrollados (1). Tal como lo menciona la Organización Panamericana de Salud (OPS), “la región está envejeciendo a un ritmo acelerado”; sin embargo, la calidad de vida de esta población se está viendo condicionada por la pobreza y las desigualdades; situación que se puso en evidencia en la pandemia por el SAR-COV2 (2). Y aunque el promedio de vida útil en los últimos años haya favorecido a hombres y mujeres; desde el año 2000 al 2019, se ha registrado que el promedio de vida en años con mala salud es de 9,7 para hombres y 12,3 para mujeres (2).

Según registros de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) para el segundo trimestre del 2023, la población de AM llega a representar un 13,6% de la población peruana (3). Además, que el 40,5% de los hogares tiene entre sus miembros un AM y q del total de hogares, el 27% lo dirige el mismo AM (3). Es decir, que casi 2/3 de los hogares, con un AM en él, son sustentados económicamente por un AM. Sin embargo, un 47.4% de la población total de AM no está dentro de la PEA y 67% no cuenta con sistema de pensiones (3), lo que limita en gran medida que puedan sustentarse y cubrir sus necesidades.

Y, es que, pese a que el 90.5% de los AM tiene afiliación a algún sistema de seguros. La estadística menciona que el 86,7% de la población femenina y el 73,4% de la población masculina presenta algún problema de salud crónico. Así como el 42,7% de las personas con discapacidad en el país son AM (3). Lo que resulta en una gran demanda del sistema de salud y los sistemas de apoyo social.

Tal como se ha desarrollado anteriormente, los retos del AM vienen condicionados por su contexto y el proceso de envejecimiento. La literatura nos describe que la vejez es una serie natural de cambios fisiológicos en el cual hay una disminución progresiva de las habilidades físicas y mentales; aparición de síndromes geriátricos y presencia de enfermedades crónicas; sin embargo, esta transición no tiene límite de edad sino es un proceso que está supeditado a el contexto socioeconómico y cultural (1).

Es por lo que la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha declarado década del Envejecimiento saludable al 2021-2030, con la finalidad de marcar estrategias que involucren activamente al adulto mayor en la mejora de su calidad de vida de acuerdo con su contexto (2). Sin embargo, actualmente en el Perú existe una gran cantidad de normas e instrumentos técnicos respecto a la población AM que no están integrados y realmente orientados a la problemática (4).

En julio del 2021, se aprobó “el Reglamento de la Ley 30490 Ley de la persona Adulta Mayor”, el cual prometía fomentar el respeto de los derechos del AM por medio de una reorganización de estrategias interministeriales, interviniendo así, en la mejora su la calidad de vida (5). Aun así, su reciente aprobación limita su próxima ejecución. Por lo tanto, llevará tiempo para ver resultados e instrumentos que favorezcan adecuadamente las demandas de esta población.

Por lo cual, la responsabilidad de las necesidades y cuidado del AM recaerán principalmente en el hogar, de donde irá naciendo el concepto de cuidador informal. Tal como mencionan Bello y col. (6), en el año 2019, el cuidador informal surge de forma natural en el seno familiar y este es participe

activo en el manejo del paciente; no obstante, dicha acción genera un costo personal crítico en el cuidador (6).

El cuidador informal, entonces, es aquel que siendo familiar o no; por disposición propia y sin ningún interés, cumplirá el rol de colaborar en las actividades de la vida diaria del AM, dedicando en su desarrollo gran parte de su tiempo y energía personal (6-9). Esta acción de la que el cuidador no recibe ningún tipo de retribución, de la cual no tiene muchos conocimientos para hacer afronte y por la cual sus necesidades van a ser subestimadas, se volverá a lo largo del tiempo en un refuerzo negativo debido al estrés que conlleva y convertirá al rol que implica en una carga no deseada (8-11).

La sobrecarga del cuidador se define como el estrés crónico que trae consigo el rol del cuidador donde el agotamiento emocional que afecta la autonomía de la persona, sus relaciones sociales, así como proyectos personales, van a condicionar a dolencias tanto físicas como mentales (6,8,9). La psiquiatría considera a este problema como un síndrome e incluso lo asocian con alguna variante del trastorno de adaptación de reacción mixta de ansiedad y depresión (7). Como se detalla, por si solo ya es considerado un problema de salud importante, sin embargo, es indispensable no olvidar que su existencia está asociada directamente con el cuidado del AM.

A partir de lo expresado, sería recomendable considerar al AM y al cuidador informal como una diada para su intervención. Y, es que, un cuidado deficiente debido a la sobrecarga generada traerá consigo deficiencias en la atención integral del AM, lo cual repercutiría negativamente en la calidad de vida de ambos.

Según lo que menciona Xifra y cols (8), la ocupación es entendida como las actividades en la que el ser humano puede demostrar sus capacidades básicas, así como las de adaptación al medio. Su desarrollo implica tres categorías, las cuales obedecen a diferentes propósitos, pero favorecen la salud en el individuo porque implican “el autocuidado, la productividad y el ocio” (8).

En la sobrecarga del cuidador existe un desequilibrio ocupacional en estas tres categorías, debido al exceso de demandas que superarán las

capacidades del cuidador para resolver estos problemas y esto lo coloca en riesgo de que la sobrecarga evolucione al síndrome de Burnout, del cuidador quemado o simplemente síndrome del cuidador (8). Por lo tanto, debería quedar claro que muy aparte de sus necesidades socioeconómicas, los cuidadores y sobre todo los informles, necesitan estar capacitados para dar cuidado a sus familiares lo cual disminuiría las consecuencias negativas en la salud mental del cuidador (9).

La Terapia Ocupacional (TO) genera oportunidades de intervención para ambos participantes de la diada cuidador-AM (9). Mientras que, para los cuidadores se busca generar oportunidades, herramientas y recursos que mermen el efecto negativo que está asociado al rol del cuidador (8). Para el AM, se busca lograr la mayor independencia funcional por medio de la participación satisfactoria durante el desarrollo de las actividades de la vida diaria (14).

Al hablar de actividades de la vida diaria (AVD) entra en juego el concepto de función o funcionalidad, el cual se entiende como la capacidad de realizar AVD de forma autónoma; lo que, en el AM, forma parte de su bienestar, calidad de vida y fortalecimiento social" (10). Es decir, que una persona que ve utilidad en sus acciones, así como que no ha perdido facultades, no se sentirá vieja (10).

Para la mayoría de los autores estas actividades, siguen una línea jerárquica porque implican un nivel de complejidad cognitiva por lo que se dividen en básicas, instrumentales y avanzadas. Las básicas (ABVD) permiten una independencia personal, sin embargo, las instrumentales (AIVD) permiten la independencia con el entorno y toman en cuenta el estado afectivo, los rendimientos cognitivos y los aspectos del entorno social (10). Siendo estas últimas relevantes para evaluar funcionalidad y porque una deficiencia en su desarrollo suele ser de las primeras cosas que notan tanto cuidadores como pacientes (10).

Sabiendo esto sería importante también abordar la sobrecarga del cuidador informal en el primer nivel de atención (PNA), sobre todo porque viene ligada a la atención del AM. Muchas de las estrategias para abordar este

problema buscan orientar al cuidador en su rol (10,11,13,16). Sin embargo, identificar la sobrecarga a tiempo y dotar de estrategias a los cuidadores podría ayudar a prevenir complicaciones. Y es que su relevancia no solo recae en el hecho de que pueda convertirse en un problema de salud pública sino también es importante su papel como un recurso sociosanitario en el gasto público al limitar la utilización de recursos asistenciales formales (8).

Los círculos del adulto mayor (CIRAM) como parte de las estrategias de un PNA tienen como finalidad elaborar intervenciones sanitarias que influyan positivamente en la calidad de vida de los AM (11). Por consiguiente, podrían ser el inicio para identificar tempranamente problemas asociados a la funcionabilidad del AM y la sobrecarga del cuidador informal, sentando estrategias para abordar una adecuada intervención de ambas problemáticas.

Sin embargo, los CIRAM están “supeditados a infraestructura, así como recursos humanos y materiales” (11) por lo cual no todos los centros de salud cuentan con su implementación. Además, son incipientes los esfuerzos de parte del sector salud por implementar la Terapia Ocupacional como parte indispensable en el PNA (12), encontrándose limitado el desarrollo de estrategias para abordar los dos problemas antes mencionados debido a que su manejo implica un abordaje interdisciplinario donde el rol del terapeuta ocupacional cumple un papel importante por su capacidad de identificar disfunciones ocupacionales (8-11).

Por lo tanto, con este estudio se busca conocer cuál es el contexto actual de los AM y sus cuidadores informales participantes del CIRAM en el Centro de Salud (CS) “Cooperativa Universal -Santa Anita”. Con la intención de caracterizar a la población del PNA en este programa y determinar si existe relación entre el grado de sobrecarga del cuidador informal y el nivel de dependencia del AM para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria. Y, por último, rescatar el valor de la Terapia Ocupacional en el abordaje de la problemática de esta diada.

1.1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador informal y el grado de dependencia funcional de adultos mayores de la vida diaria en un establecimiento de salud del nivel primario?

1.2. Formulación de objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre el nivel de sobrecarga del cuidador informal y el grado de dependencia funcional de adultos mayores en un establecimiento de salud del nivel primario.

1.2.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas y clínicas de los cuidadores informales y el adulto mayor en un establecimiento de salud del nivel primario.
2. Identificar el grado de dependencia funcional del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en un establecimiento de salud del nivel primario.
3. Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en un establecimiento de salud del nivel primario.
4. Determinar la relación entre sobrecarga del cuidador informal según el impacto del cuidado, las relaciones interpersonales y las expectativas de autoeficacia con el grado de dependencia funcional del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en un establecimiento de salud del nivel primario.

1.3. Justificación de la investigación

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La sobrecarga del cuidador es una consecuencia a largo plazo de lo que implica el cuidado del adulto mayor sin estrategias que contemplen un apoyo en su práctica, por lo tanto, están ligadas en su abordaje.

Con este estudio se pretende rescatar la importancia de la asociación de la sobrecarga del cuidador informal y la dependencia funcional de adulto mayor. Sobre todo, al hablar de dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria ya que son ellas las primeras en afectarse cuando hay un compromiso en la funcionalidad del adulto mayor.

JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El presente estudio busca reforzar la validez tanto del test de Zarit con respecto a sobrecarga del cuidador como la del test de Lawton y Brody para actividades instrumentales de la vida diaria.

A su vez, esta investigación podría ser una importante fuente bibliográfica para futuras investigaciones debido a que existen pocos estudios que sugieren la interacción de estas dos variables.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Como consecuencia del envejecimiento demográfico tanto la sobrecarga del cuidador como la dependencia del AM para AVD causarían un impacto como problemas de salud pública a largo plazo.

Y es que la problemática de la diada AM-cuidador suele detectarse de forma tardía y cuando la patología subyacente ya comienza a tener manifestaciones clínicas, tanto físicas como mentales, en cada uno de los involucrados. Lo que exigen al sistema de salud, un mayor tiempo de

intervención y una mayor demanda de recursos médicos en un nivel de atención más avanzado.

Es por ello que con este estudio busca promover la detección temprana de ambos problemas en el PNA y con ello plantear intervenciones que generen beneficio en la calidad de vida de ambos personajes.

Por último, las estrategias que se manejan en el PNA con respecto a la evaluación integral de AM refieren ser de manejo interdisciplinario e incluyen a varios profesionales de la salud. Sin embargo, al no tomar en cuenta a los terapeutas se ignora el fin practico del cuidado ofrecido por la Terapia Ocupacional.

La visión que ofrecen estos terapeutas está orientada a la educación y solución de problemas de ambas partes de la diada. Esto influye positivamente en el beneficio de la calidad de vida de ambos personajes como se ha demostrado en Europa y en otros países de América Latina.

1.4. Limitaciones del estudio

La población del círculo del adulto mayor (CIRAM) del Centro de Salud Cooperativa Universal- Santa Anita, es diversa, aunque muy pequeña por lo cual no representa en su totalidad a las personas que forman parte de los CIRAM del ministerio de salud.

La necesidad de un consentimiento informado para el análisis de la diada implica el consentimiento tanto del cuidador como del AM, por lo que el rechazar la participación por parte de solo uno de ello generó perdida de datos en este estudio.

Las reuniones del CIRAM se realizan cada tres meses. En esta situación se citó a los participantes de forma extemporánea por lo cual se tuvo que expandir los días en los que se tomaron los datos a 6 días hábiles para obtener toda la información requerida.

2. CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

En el estudio descriptivo prospectivo sobre la sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar N° 45 San Luis, Potosí. El autor realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple obteniendo como muestra a 50 cuidadores primarios a los cuales se le aplicó una encuesta sociodemográfica, así como la escala de Zarit y la escala de Barthel con la finalidad de describir a la población, medir la sobrecarga del cuidador y el nivel de dependencia del adulto mayor, respectivamente. Con la recolección de datos, se pudo conocer que la edad promedio de los cuidadores fue de 54.6 años, 76% eran mujeres y casadas (72%), hijas del adulto mayor a su cargo (58%), de escolaridad secundaria (36%) y con un promedio de tiempo cuidando al paciente de 6.7 años. No obstante, la sobrecarga solo se presentó de forma leve y en el 38% de los cuidadores. En los adultos mayores, también hubo un predominio del sexo femenino (60%), con una edad promedio de 79.8 años, con un grado de dependencia leve del 68%, donde la primordial enfermedad crónica que presentaban era la hipertensión arterial sistémica en un 90% de los casos, prosiguiendo la diabetes mellitus tipo 2 con un 56% y la osteoartrosis con un 42%; y que el 56% de estos adultos mayores, están presentes 3 o más comorbilidades. En general, para ambas variables de estudio hay asociación estadísticamente significativa con una P= 0.003 y una C de Cramér de 0.6. El autor concluye que desarrollar sobrecarga del cuidador aumenta con mayor nivel de dependencia funcional del adulto mayor (25).

Mientras que en el estudio cuantitativo y cuasiexperimental sobre la asociación entre el nivel de dependencia de un grupo de ancianos crónicos-

pluripatológicos y paliativos (ACP-P) y la intensidad de sobrecarga del cuidador con el que cuentan, se aplicó un programa de entrenamiento multicomponente adaptado al ámbito domiciliario en Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) del Hospital General de Alicante, desde el 2014 al 2016. Los 17 participantes ACP-P, tuvieron un promedio de edad de 81,6 años (DE 5,6). Para obtener resultados, en 26 semana realizaron tres sesiones por semana del programa donde se trabajó la funcionalidad y el estado cognitivo siendo necesario evaluar la sobrecarga del cuidador y nivel de dependencia a través del test de Zarit y el índice de Barthel (IB), respectivamente. Se logró una mejora en IB debido a la presencia de un entrenamiento vigilado ($p<0,05$), y se mantuvo o descendió a leve, fomentando la autonomía, aunque esta no fue significativa. No obstante, hubo una reducción considerable de la sobrecarga, además, las variables encontraron asociación ($r=0,596$, $p=0,015$). Por lo que se concluye que mientras la independencia de los ancianos aumenta, la sobrecarga disminuye gracias al entrenamiento multicomponente (26).

Sumado a ello, en el estudio descriptivo de corte transversal sobre la sobrecarga del cuidador familiar de adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles en la comuna Bambil Collao al año 2021; se buscó identificar si hay una posible correlación del nivel dependencia del adulto mayor y la intensidad de sobrecarga. A una muestra de 150 personas que se obtuvo por conveniencia; se le aplicó una encuesta sociodemográfica, así como la escala de Zarit y la escala de Barthel con la finalidad de describir a la población, medir la sobrecarga del cuidador y el grado de dependencia del paciente adulto mayor, respectivamente. Con respecto a los cuidadores, la edad promedio fue de 30-50 años a predomino femenino, el 81% presentaba sobrecarga (55% leve y 26% intensa). Por otro lado, de los pacientes geriátricos un 31% refiere disfuncionalidad leve, mientras que un 48% entró en el rango de moderado y solo un 14% grave. El autor concluyó que existe un vínculo entre el grado de discapacidad del adulto mayor con la intensidad de la sobrecarga (27).

Siguiendo con la perspectiva comunitaria, el estudio descriptivo correlacional de corte transversal sobre síndrome del cuidador en cuidadores

primarios de adultos mayores dependientes obtuvo como muestra a 119 cuidadores primarios por medio de un censo. Se empleo la escala de Zarit y el índice de Barthel para evaluar la sobrecarga del cuidador y el grado de dependencia, respectivamente. El autor llegó a conocer que en su mayoría los cuidadores eran de género femenino, de mediana (63 %) y tercera edad (80,7 %). El 44,5% no presentó sobrecarga, el 21,8% presentó sobrecarga leve y el 33,6% presentó sobrecarga intensa. El Pearson reveló una correlación significativa entre las variables. El autor concluyó que hay sobrecarga en el 55,4 % pudiendo esta ser leve e intensa (9).

Por último, a relevancia de analizar ambas problemáticas se ve desarrollada en el estudio cuantitativo exploratorio de corte transversal sobre la importancia de las intervenciones educativas gerontológicas en cuidadores primarios de adultos mayores. En estas se evaluó dimensiones como vitalidad, el autocuidado, el apoyo social y las herramientas para afrontar problemas comportamiento y de salud del adulto mayor a través de instrumentos de valoración. En una muestra de 36 cuidadores primarios, el autor evidenció que el 79.2% presentó sobrecarga y el 64.8% afirmó un descenso en esta debido a la aplicación de intervenciones. El autor concluyó que estrés, ansiedad y depresión fueron disminuidas gracias a las intervenciones generadas (10).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

En el estudio descriptivo prospectivo sobre el nivel de sobrecarga del cuidador primario del paciente geriátrico usuario del Centro Materno Infantil" – Zapallal, 2019. Se trabajó con una muestra de 50 cuidadores primarios que fueron los que cumplieron con ser familiares y los cuales no reciban ninguna paga por su servicio de cuidado. El nivel de sobrecarga del cuidador se midió a través de la escala de Zarit. El autor obtuvo que, de los cuidadores primarios, el 34% no presentaron sobrecarga, mientras que el 36% presentó una leve sobrecarga y el 30% presentó una sobrecarga alta. El autor concluyó que más del 50% de los cuidadores presentaron sobrecarga, pero que en su mayoría fue leve (19).

Por otra parte, en el estudio observacional retrospectivo correlacional sobre el deterioro cognitivo (DC) y la realización de las actividades de vida diaria en pacientes geriátricos del área de Terapia Ocupacional de la Clínica Bamboo Senior Health Services se determinó las actividades básicas (ABVD) y las actividades instrumentales (AIVD), con la escala de Barthel y la escala de Lawton y Brody, respectivamente; mientras que para el DC se utilizó el "MMSE". De la muestra de 50 usuarios que cumplieron con ser mayores de 65 años durante el año 2019; se evidenció que para ABVD, el 6% es independiente y el 100% presentó cierto nivel de dependencia en AIVD. El autor llegó a la conclusión, a través de la correlación de Pearson, de que el déficit cognitivo presenta una relación significativa con la realización de las ABVD de los pacientes geriátricos (p valor = 0.018). Situación que no fue similar en el desempeño de las AIVD (p valor = 0.10) (20).

Mientras tanto, en el estudio descriptivo correlacional sobre cognición y capacidad funcional en el adulto mayor realizado entre el 2015 y el 2016 en La Libertad, la muestra fue de 1110 participantes adultos mayores, donde se consideró si ambos sexos, si eran competentes o no física y mentalmente, además de cumplir los criterios de inclusión y de exclusión. Se utilizó el Minimental State Examination (MMSE), el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody para evaluar cognición, capacidad para realizar actividades básicas y capacidad para realizar actividades instrumentales, respectivamente. Se hizo

un análisis bivariado con la prueba chi cuadrado. Se encontró en los adultos mayores que el 93.6 % tenía evaluación cognitiva normal y que el 16,6 % y 40% fueron dependientes en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, respectivamente. En general, hay una estrecha relación entre cognición y funcionalidad para actividades básicas (p= 0.000) así como para actividades instrumentales de la vida diaria (p= 0.000). El autor concluye que midiendo la funcionalidad en base a las AVD existe correlación entre ambas variables analizadas (21).

Los dos últimos estudios nos dan a entender la asociación que existe entre la capacidad funcional y la realización de actividades de la vida diaria.

Por otro lado, es importante conocer cómo se comporta la sobrecarga del cuidador en diferentes poblaciones. Es por ello que se toma en cuenta el estudio descriptivo transversal sobre el nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes geriátricos con Diabetes tipo 2, donde se tuvo una muestra de 50 cuidadores por censo y para evaluar el nivel de estrés se usó el test de Zarit. Se obtuvo que el 12% no presentaba sobrecarga, el 22% sobrecarga leve y el 66% sobrecarga intensa. En función del impacto del cuidado el 54.8% presentó sobrecarga leve, el 21.5% sobrecarga moderada, el 23.5% sobrecarga alta; respecto a la calidad de relación interpersonal, el 48.8% presentó sobrecarga leve, el 28% sobrecarga moderada y el 23.2% sobrecarga alta; mientras que en la dimensión expectativas de autoeficacia el 31% mantuvo sobrecarga leve, el 28% sobrecarga moderada y el 41% sobrecarga alta. En conclusión, vemos que los cuidadores en este estudio experimentan un nivel de sobrecarga intensa. Siendo las expectativas de autoeficacia las que influyen más en su desarrollo (22).

Otro estudio que nos permite analizar el comportamiento de esta variable en un centro de mayor complejidad es el estudio descriptivo sobre el nivel de sobrecarga del cuidador familiar del paciente geriátrico de consulta externa del Servicio de Medicina Hospital Goyeneche, Arequipa para el año 2019. En él, autor obtuvo una muestra de 82 cuidadores por muestreo probabilístico aleatorio simple durante un horario establecido hasta la obtención del número adecuado, además, se evaluó la sobrecarga con escala de Zarit obteniendo que el 56.1% de los cuidadores tiene sobrecarga intensa,

que el 18.3% presenta sobrecarga leve mientras el 25.6% no tiene sobrecarga. El autor concluye que más del 25% no presentan sobrecarga, menos del 20% presenta sobrecarga leve y más del 50% presenta sobrecarga intensa (23).

Por último, es importante resaltar que la capacidad funcional suele medirse según las actividades de la vida diaria principalmente las instrumentales, tal como se desarrolla en el estudio descriptivo de corte transversal sobre el nivel de realización de las actividades instrumentales de vida diaria (AIVD) del paciente geriátrico con “deterioro cognitivo leve” (DCL) en el Centro de Salud “Ollantay” San Juan de Miraflores. En este, el autor evaluó las AIVD usando la escala de Lawton y Brody, se realizó un muestreo por conveniencia que dio un total de 36 adultos mayores que cumplieron con ser menores de 85 años y que acuden regularmente al Centro de Salud “Ollantay”; el 44.4% de estos adultos mayores presentó dependencia leve, mientras el 22.2% dependencia moderada y dependencia severa un 13.9%. Por otro lado, el 19.4% fueron autónomos en sus AIVD siendo las mujeres, las tuvieron un 36.1% de dependencia leve, en comparación con los varones con un 8.3% de dependencia leve. La AIVD más comprometida en los pacientes geriátricos con 68% fue hacer las compras. El autor llega a la conclusión de que casi la mitad de los pacientes con DCL presentan dependencia leve y un menor porcentaje fue independiente a predominio femenino (24).

2.2. Bases Teóricas

El adulto mayor (AM): Envejecimiento y Funcionalidad

El Pacto de San José ha definido a la población adulta mayor como toda persona de 60 años a más y si la ley interna de un país determina una mayor o menor esta no debería pasar de los 65 años (4).

Esta definición planteada en sus inicios con un enfoque jurídico se implementó con la final de velar por los derechos y la calidad de vida de los adultos mayores siendo estos reconocidos en su momento como una población vulnerable (4). En el ámbito social, este concepto generó que el adulto mayor (AM) sea visto como incapaz de cumplir un rol o de ser productivo, lo cual generó que se asuma su situación de vulnerabilidad como una fuente de demanda de cuidados y atenciones que recaerían en la familia y el Estado (13). Actualmente, gran parte de los países latinoamericanos mantiene esta perspectiva por la cual se mantiene un interés dentro de la salud pública (1).

Lo cierto es que el envejecimiento como proceso en sí mismo, se va a definir como los cambios fisiológicos propios e inevitables del individuo que van a estar influenciadas por sus características de salud, así como por el entorno en el que se desarrolla (14). Por lo tanto, su manifestación diferirá de forma relevante incluso en personas que presenten misma edad cronológica, lo que va a cambia significativamente la concepción de lo que es ser un AM (13).

En el AM, esta interacción de factores genéticos y las características de salud relacionadas con hábitos y habilidades, las enfermedades crónicas y los síndromes geriátricos que confluyen dentro del entorno, que define sus factores sociodemográficos, terminará determinando la capacidad funcional del AM (30,31).

El ver al envejecimiento desde el enfoque funcional nos lleva a hablar de habilidades cognitivas más complicadas y desarrolladas del ser humano, las cuales tienen un rol crucial en la práctica de tan primordiales procesos como la creatividad, la ejecución de actividades complejas, la toma de decisiones y el juicio ético y moral (15).

El centro de mando anatómico de estas funciones que permiten realizar actividades se encuentra en el córtex prefrontal dorsolateral y en el AM se van a sobre activar. (16). Sin embargo, durante la vejez, el volumen cerebral comienza a decaer entre un 0.10% y un 0.20% anual lo que afecta tanto la sustancia gris como blanca con mayor predisposición hacia los lóbulos frontales (17). Por lo tanto, los AM son más propensos a tener dificultades al momento de realizar actividades simples o complejas, lo que dependería del tipo de reserva cognitiva que hayan desarrollado (16).

La reserva cognitiva es la capacidad de adaptarse a determinadas tareas y va a depender de la reserva cerebral que es la parte estructural aún funcional neta del encéfalo (16). La reserva cognitiva se ha estimado con base en el nivel educativo e intelectual, la complejidad ocupacional, participación social y en actividades de ocio. (17). Esto lleva a la conclusión de que, pese a la anatomía y los cambios biológicos del individuo en la vejez, el contexto en el que se desarrolló y se sigue desarrollando el individuo mantendrá la reserva que permitirá a este mantener un rol en la sociedad, así como su autonomía.

Actualmente según la OMS, la palabra bienestar abarca de forma más amplia temas como la felicidad, la satisfacción y la plena realización (14). Por consiguiente, la expresión de bienestar estaría sustituido por concepto de autonomía. La salud siempre se ha definido como el estado de bienestar del individuo, por ende, según este enfoque la salud en el AM estaría asociada al grado de autonomía que este manifieste.

Según la OMS en Latinoamérica, para los años 2000 hasta el 2019, “hombres y mujeres de la región viven en promedio 9,7 y 12,3 años con mala salud, respectivamente” (2). Entendiendo esta necesidad y asociándola al cambio demográfico que se está viviendo en las últimas décadas, la motivación de abordar de forma integral al AM tiene como base a la capacidad que tiene esta de convertirse en problema de salud pública como ya ha venido sucediendo en muchos de los países desarrollados (1,30). Y es que la OMS calcula que, para la década del 50, el 80% de los adultos mayores vivirán en países subdesarrollados (1).

En miras de atender esta problemática, dentro de los objetivos del milenio dictados por la OPS, se ha visto la necesidad de nombrar a la década 2020-2030 como la del “Envejecimiento Saludable”, un proyecto a escala mundial que busca tomar acciones multisectoriales y multidisciplinarias, de forma que se fomente la funcionalidad del AM gracias a la promoción de mejoras en su calidad de vida (1,2).

Su objetivo como estrategia de salud pública es generar una atención integral y primaria en función de las necesidades del AM, abriendo el acceso de la atención a largo plazo a los AM que cumplan con los criterios de atención dentro del programa (1).

Dependencia y Funcionalidad

Gonzales (18), en el año 2017, manifiesta que existen tres puntos cruciales que comparten diferentes autores a la hora de definir dependencia: "(a) la existencia de discapacidad física, psíquica o intelectual, (b) la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria y (c) necesidad de asistencia o cuidados por parte de otra persona".

A lo anteriormente mencionado, es adecuado agregar también el concepto de autonomía conocida como "la capacidad para tomar decisiones y obrar de acuerdo con las normas y creencias propias" (19). Y es que tal como lo mencionan las otras definiciones, hablar de dependencia es hablar de la perdida de la autonomía (18).

La dependencia suele asociarse con ser adulto mayor, no obstante, puede llegar a presentarse en cualquier momento de la vida como nunca (18). Otros autores mencionan que la edad del paciente, así como la severidad de la enfermedad aumentan el grado de dependencia, esto genera que exista mayor demanda en los cuidados tanto en calidad como en cantidad (25).

En el AM, la dignidad, la independencia y libertad se ve expresada gracias a la capacidad de desarrollar acción y autonomía, (21) lo que en este contexto toma nombre de capacidad funcional; habilidades que lo ayudan y ayudarán durante etapa de envejecimiento.

La capacidad funcional suele medirse según la autonomía que presenta el sujeto para realizar actividades cotidianas, (20) más conocidas como actividades de la vida diaria.

Se conoce como función, funcionalidad o capacidad funcional al grado de independencia que posee un individuo para realizar actividades de la vida diaria (20). Por lo tanto, a mayor funcionalidad menor grado de dependencia.

La funcionalidad viene a ser el producto de la interrelación entre las habilidades del individuo (físicas y mentales), y el entorno (familiar y social) a lo largo del tiempo (21). Es decir, que va a ser el resultado de un largo proceso adaptativo en el individuo que involucra funciones cognitivas complejas.

En este grupo poblacional, la capacidad funcional se va a ver alterada por el mismo proceso de envejecimiento y/o los factores agregados, con ello también la habilidad de desarrollar actividades de la vida diaria (10).

Conocer cómo se van alterando estas actividades nos permitirá determinar la capacidad funcional y/o el grado de dependencia del AM, lo cual permite y permitirá crear herramientas para identificar adecuadamente sus necesidades y con esto poder lograr intervenciones a nivel individual y global. Pues, con intervenciones adecuadas, la dependencia lograría ser prevenida, enlentecida, revertida (21).

Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Las actividades de la vida diaria (AVD) se van a entender como las actividades más usuales que realiza un individuo y están asociadas con lo habitual, lo familiar y lo cotidiano, con las necesidades, la autonomía y con el empleo del tiempo (19).

A lo largo de los años y por la influencia de la sociedad, se ha ido considerando la idea de clasificar estas actividades, ya que hablar de AVD es también hablar de habilidades más complejas; donde la autonomía del sujeto

le permita ser partícipe de actividades recreativas, así como comunitarias y sociales (19).

Estas habilidades o capacidades que tiene el AM fueron aprendidas desde las más básicas hasta la más complejas y su forma de deterioro o perdida es inversamente proporcional a su aprendizaje, lo cual es un punto importante en esta investigación dependiendo de la forma en que se aborde cada actividad (21).

- ***Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)***

Las ABVD son universales, no están condicionadas por el género ni la cultura y se relacionan con la supervivencia, es decir, con el autocuidado (21). Entre ellas están el comer, asearse, así como el control de esfínteres y el caminar (34,38).

Al ser las más básicas hablamos de destrezas asociadas a la movilidad esencial que son necesariamente inherentes para el autocuidado por lo tanto un deterioro en su desarrollo implicaría dependencia, pero también cierto grado de discapacidad (10).

- ***Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)***

Mientras tanto, las AIVD son más complejas, incluyen actividades como hacer las compras, preparar comidas, limpieza doméstica y control de finanzas (22).

Estas actividades logran que el individuo se adapte tanto a su entorno personal, así como a la comunidad donde se desarrolla. Están asociados al estado de salud, pero también van a estar influenciados la situación afectiva, el nivel cognitivo y contexto social (10). Es decir, que las AVDI nos dan una idea más completa de la funcionalidad del individuo.

El interés en resaltar la capacidad de realizar AIVD es que su detección suele no observarse directamente en la evaluación clínica y que su deterioro va a manifestarse mucho antes que las ABVD (30,36). Por lo tanto, una deficiencia en su desarrollo suele ser de las primeras cosas que suelen notar los cuidadores tanto como los AM que se ven afectados. (10).

Además, de que según Echeverría at col (2021): “la comunidad científica ha denominado a las AIVD como el principal indicador y predictor de salud de personas mayores” (21).

- ***Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)***

Algunos autores formulan que van a estar consignadas dentro de las AIVD (36,38). Son las que “permiten a la persona cumplir con su papel social, mantener la salud mental y gozar de buena calidad de vida” (10). Incluyen “la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajos o el transporte” (22).

López y col. (2017) refieren que la evaluación de estas actividades nos da conocimiento de si el AM se encuentra desarrollando un envejecimiento activo (10). Están enfocadas en la calidad de vida, el rol social y la salud mental (10). Son las más difíciles de practicar no solo por su requerimiento cognitivo sino porque viene por un proceso previo de adaptación para su aplicación; y es que, hablamos de costumbres o hábitos.

La literatura muestra a la funcionalidad para AIVD principalmente como predictor para el deterioro cognitivo leve y la demencia (23). No obstante, dependiendo del punto de vista en que los factores intervinientes se tomen en cuenta, estaremos o no ante una herramienta importante indiscutiblemente a nivel de salud pública para conocer y mejorar la calidad de vida del AM (21).

Sin importar como vayan evolucionando los conceptos de acuerdo con la capacidad de adaptación del AM, las AVD son el eje básico para medir calidad de vida y salud en AM, ya que predice mortalidad, direcciona el uso de servicios de salud, y pronostica la institucionalización, así como, el deterioro de la funcionalidad (24).

El Rol del Cuidador

"El cuidador es la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo" (25).

Para el AM, los problemas de salud se convierten en una fuerte carga de enfermedad a nivel mundial epidemiológicamente hablando (6). Es así como las enfermedades crónicas sobre todo la demencia son la causa principal de los años vividos con discapacidad en mayores de 60 años y son de los principales motivos por lo que la presencia de un cuidador, el nexo principal entre profesional en salud con el paciente, (6) es indispensable para una adecuada calidad de vida (26).

El cuidador es responsable del AM dependiente por lo que debe esforzarse por actuar con compromiso, respeto y paciencia. (27). Cuando se habla de cuidador existe dos formas más conocidas de clasificarlos. Por un lado, tenemos a los ***cuidadores formales*** que han sido instruidos de forma previa y ganan un sueldo al cuidar de otra persona, generalmente pertenecen a instituciones especializadas (6).

Mientras que, por otro lado, los cuidadores informales en la mayoría de los casos acaban asumiendo el rol por "condiciones meramente situacionales o no esperadas" (27).

El ***cuidador informal***, entonces, es aquel que siendo familiar o no; por disposición propia y sin ningún interés, cumplirá el rol de colaborar en las actividades de la vida diaria del AM, dedicando en su desarrollo gran parte de su tiempo y energía personal (6-9).

Existe un perfil de cuidador informal que muchos estudios replican y ha de tener relevancia en este estudio, sin embargo, sin elegir un personaje a cuál ponerle cara, el cuidador informal por su poca experiencia termina pasando por una serie de situaciones que muchas veces son nuevas para él sobrepasando su capacidad de resolverlas (28).

Cumplir esta función implica cumplir tareas que son consideradas de gran dificultad para el individuo por la cantidad de ellas, lo que pone en una situación constante de vulnerabilidad y estrés generando riesgo de adquirir problemas emocionales, físicos y sociofamiliares (29).

Este proceso de adaptación por el cual pasa el cuidador informal podría generar que experimente emociones positivas y negativas relacionadas al proceso de cuidado, situación que se encuentra supeditada a las expectativas y contexto en el que se maneje el cuidador y el AM, así como la duración de este (27).

Otros autores prefieren utilizar el término primario y secundario para referirse a los cuidadores. Esta clasificación está de acuerdo con el tiempo y al espacio que comparte el cuidador y la persona cuidada, usualmente el cuidador primario termina siendo el cuidador informal que como lo describe la literatura termina siendo asumido en la mayoría de los casos por un familiar (6,7,42).

Esta acción de la que el cuidador informal no recibe ningún tipo de retribución, de la cual no tiene muchos conocimientos para hacer afronte y por la cual sus necesidades van a subestimadas, se volverá a lo largo del tiempo en un refuerzo negativo debido al estrés que conlleva y convertirá al rol que implica en una carga no deseada (6,10,11).

Síndrome de Sobrecarga del Cuidador

La sobrecarga del cuidador se va a definir como el estrés crónico que trae consigo el rol del cuidador donde el agotamiento emocional que afecta la autonomía de la persona, sus relaciones sociales, así como proyectos personales, va a condicionar a dolencias tanto físicas como mentales (6,8,9).

Los problemas de salud relacionados a los estresores, que trae consigo el ser cuidador, se asocian a la incapacidad de atender las necesidades propias y las del adulto mayor a su cuidado como simple actividades cotidianas (30).

Los problemas físicos que pueden manifestarse suelen ser psicosomáticos y los síntomas más frecuentes suelen ser la cefalea y los dolores musculares (26). Mientras tanto, el agotamiento emocional genera que el cuidador experimente “un variado conjunto de emociones tales como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, desesperanza, inquietud” (27).

Esta situación se traduce en una mala adaptación del cuidador para afrontar esta acumulación de estresores ya que se encuentra con pocos o ninguna estrategia para hacerles frente (7).

Es decir que el desempeño ocupacional del cuidador asociado al exceso de demanda en sus capacidades involucra una inestabilidad en su capacidad y adaptación personal; lo que en palabras de Xifra y col. (11) podría describirse como un desequilibrio en su salud; y a su vez, mencionan que el autocuidado, la productividad y el ocio son factores importantes del desarrollo personal. En la sobrecarga del cuidador existe un desequilibrio ocupacional en estas tres categorías lo que lo lleva a desarrollar dicho síndrome.

Con la finalidad de enfocar o identificar los factores involucrados en el desarrollo de este síndrome se realizó “la división entre la carga objetiva (asociada con el cansancio físico) y la carga subjetiva (asociada con el desgaste psicológico)” (27).

La carga subjetiva obedece a factores asociados con las expectativas y características psicológicas del sujeto, mientras que la carga objetiva incluye factores asociados al entorno y las relaciones que se generan en este (27). En este último encontramos factores como la edad, el nivel socioeconómico y educativo, así como las relaciones familiares (28).

Gracias a esta división existen instrumentos que permiten medir la sobrecarga del cuidador y los cuales son importantes ya que “los cuidadores pueden desencadenar altos niveles de sobrecarga intensa debido a la labor de cuidado, generando ansiedad y síntomas depresivos” (29).

La psicopatología va a describir que el síndrome del cuidador va a estar asociado a otros trastornos psiquiátricos relacionados a un componente ansioso y/o depresivo (7).

Sin embargo, la mera existencia de un estresor vital que comparte en común el “trastorno de adaptación de reacción mixta de ansiedad y depresión”

con este síndrome hace que se considere como una probable variante dentro de la clasificación del DSM-5 para un trastorno psiquiátrico más, lo que rescata su impacto como como problema de salud. (7)

Sobre todo, porque “los signos y síntomas que presentan las personas cuidadoras son invisibles para el sistema de salud, pues no se asocia la precipitación de síntomas con la sobrecarga de cuidado” (28).

Por último, en presencia de este síndrome, “la calidad de vida de los cuidadores disminuye, así como la calidad de vida de las personas que tienen bajo sus cuidados” (26). A partir de lo expresado, sería recomendable considerar al AM y al cuidador como una diada para su intervención. Y es que un cuidado deficiente debido a la sobrecarga generada traerá consigo deficiencias en la atención integral del AM, lo cual repercutiría negativamente en la calidad de vida de ambos.

Situación de la Diada Cuidador-AM

En la actualidad, según lo indica el Reglamento de la Ley 30490 “Ley de la persona Adulta Mayor” la responsabilidad de delimitar los derechos y fortalecer la calidad de vida de los AM está supeditada al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (4). Sin embargo, se necesita el trabajo conjunto de los demás actores del sector público como lo podría hacer el ministerio de salud (MINSA).

En lo que respecta a salud, el MINSA a través de su sistema protocolar maneja la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) como instrumento que permite clasificar la población adulta mayor (PAM) en; independiente, dependiente parcial y dependiente total, con la finalidad de identificar sus necesidades y/o problemas de salud y orientarlos en materia de ello (31).

En el “formato de atención integral del adulto mayor” además de identificar los problemas de salud y necesidades del paciente se hace una valoración geriátrica integral (31). La valoración geriátrica integral (VGI) “se define como un proceso diagnóstico multidimensional, cuyo objetivo es identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales” (32). Valorando estas cuatro esferas se busca obtener un objetivo individualizado que pueda actuar de forma preventiva, terapéutica y rehabilitadora lo que tiene como fin generar el mayor grado de autonomía y calidad de vida en el AM (33).

Sin embargo, respecto al PNA solo se exige una VACAM breve donde no es posible evaluar el nivel de estrés que experimenta el cuidador informal. Y es que las afecciones que recaen sobre el cuidador son imperceptibles para el sistema de salud porque no se ha resaltado la importancia de una asociación entre la sobrecarga del cuidador y el grado de dependencia del AM, así como con los signos y síntomas que presentan los cuidadores (28).

No obstante, se debe tomar en cuenta que para que exista un cuidado de calidad del AM, el cuidador informal debe priorizar su salud física y mental (27).

Por lo tanto, sería importante comenzar a ver a la diada cuidador-AM como lo que es, dos situaciones de salud con una misma problemática. Por lo cual sería importante identificar como parte del VACAM en el PNA a la sobrecarga del cuidador, ya que, a pesar de experimentar con adultos mayores sin un grado de dependencia importante, el cuidador informal se va a ver sometido a estrés por no contar con las herramientas adecuadas para el cuidado del AM (33). Además, identificar de forma temprana este problema desde el PNA evitaría la cronicidad de sus complicaciones (34).

La Terapia Ocupacional (TO) genera oportunidades de intervención para ambos participantes de la diada (9). Mientras que, para los cuidadores se busca generar oportunidades, herramientas y recursos que mermen el efecto negativo que está asociado al rol del cuidador (8). Para el AM, se busca lograr la mayor independencia funcional por medio de una participación satisfactoria en las actividades de la vida diaria (14).

En España, antes de la década 2020, ya era considerada “La terapia ocupacional, como profesión sociosanitaria que ayuda a la prevención, mantenimiento o mejora del funcionamiento y autonomía personal de las personas a través de una ocupación significativa” (26). Sin embargo, se encuentra infravalorada e infrautilizada dentro del Sistema Sanitario Público actual (26).

En el Perú, como lo describen los medios, la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación como tal, solo ha tenido pobres intervenciones en el primer nivel de atención donde los esfuerzos más se enfocaron en la terapia física que ocupacional (18,48). En consecuencia, sería una importante opción evaluar su intervención a futuro como una herramienta preventiva en esta diada.

3. CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General

El nivel de sobrecarga del cuidador informal tiene relación estadísticamente significativa con el grado de dependencia de adultos mayores para actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de nivel primario.

3.1.2. Hipótesis Específicas

- El nivel de sobrecarga del cuidador informal según el impacto del cuidado tiene relación estadísticamente significativa con el grado de dependencia de adultos mayores para actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de nivel primario.
- El nivel de sobrecarga del cuidador informal según las relaciones interpersonales tiene relación estadísticamente significativa con el grado de dependencia de adultos mayores para actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de nivel primario.
- El nivel de sobrecarga del cuidador informal según las expectativas de cuidado tiene relación estadísticamente significativa con el grado de dependencia de adultos mayores para actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de nivel primario.

3.2. Variables

3.2.1. Tipos de variable

Variable Independiente

- Nivel de Dependencia Funcional del Adulto Mayor

Variable Dependiente

- Sobrecarga del Cuidador Informal

Variables intervinientes

En el cuidador:

- Sociodemográfica
- Clínica

En el adulto mayor:

- Sociodemográfica
- Clínica

3.2.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Tipo	Escala	Indicadores	Medio de verificación
Nivel de sobrecarga del cuidador informal	Nivel de estrés crónico que experimenta el cuidador informal al realizar su rol.	Nivel de sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores con dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del CIRAM del CS Cooperativa Universal – Santa Anita según la escala de Zarit	Sobrecarga del cuidador	Impacto del cuidado	Cualitativa	Ordinal	≤ 27=Leve / 28-33= Moderado/ 34-36= Intenso	Escala de Zarit
				Relación interpersonal	Cualitativa	Ordinal	≤ 9=Leve / 10-12= Moderado/ 13-15= Intenso	
				Expectativas de autoeficacia	Cualitativa	Ordinal	≤ 7=Leve / 8-10= Moderado/ 11-13= Intenso	
Nivel de dependencia funcional del adulto mayor	Nivel de dificultad que presenta el adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.	Nivel de dependencia funcional para realizar actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor del CIRAM del CS Cooperativa Universal – Santa Anita según la escala de Lawton y Brody	Funcionalidad en AIVD	Capacidad de usar el teléfono	Cualitativa	Ordinal	En mujeres: 0-1= Dependencia total/ 2-3= Dependencia severa/ 4-5= Dependencia moderada/ 6-7= Dependencia ligera/ 8= dependencia total En varones: 0= Dependencia total/ 1= Dependencia severa/ 2-3= Dependencia moderada/ 4= Dependencia ligera/ 5= dependencia total	Escala de Lawton y Brody
				Hacer compras	Cualitativa	Ordinal		
				Preparación de la comida	Cualitativa	Ordinal		
				Cuidado de la casa	Cualitativa	Ordinal		
				Lavado de ropa	Cualitativa	Ordinal		
				Uso de medios de transporte	Cualitativa	Ordinal		
				Capacidad de utilizar el dinero	Cualitativa	Ordinal		
Sociodemográfica del cuidador informal	Hace referencia a las características generales y sociales del cuidador informal	Características generales y sociales del cuidador informal de adultos mayores con dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del CIRAM del CS Cooperativa Universal – Santa	Edad	-	Cuantitativa	Razón	18 años a más	Encuesta sociodemográfica
			Sexo	-	Cualitativa	Nominal	Femenino/ Masculino	
			Estado civil		Cualitativa	Nominal	Soltero/ Conviviente/ Casado/ Viudo/ Divorciado	
			Procedencia	-	Cualitativa	Nominal	Lugar de nacimiento	
			Nivel de instrucción	-	Cualitativa	Ordinal	Primaria/ Secundaria/ Superior	
			Religión	-	Cualitativa	Nominal	Religión que profesa	
			Parentesco	-	Cualitativa	Nominal	Hijo/Hermano/Otro	
			Nivel socioeconómico	-	Cualitativa	Ordinal	Alto/ Medio/ Pobre/ Pobre extremo	

			Ingreso económico	-	Cuantitativa	Intervalos	200-930/ 930-1500/ 1500 – a más	
Clínica del cuidador informal	Hace referencia al estado de salud del cuidador informal	Estado de salud del cuidador informal de adultos mayores con dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del CIRAM del CS Cooperativa Universal – Santa	Seguro de salud	-	Cualitativa	Nominal	Ninguno/ SIS / Es salud/ Otro	
			Enfermedades mentales diagnosticada	-	Cualitativa	Nominal	Ansiedad/ depresión/ Otro	
Tiempo de cuidado del adulto mayor	Hace referencia al tiempo invertido en el cuidado del adulto mayor	Tiempo invertido en del cuidador informal en cuidar de adultos mayores con dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del CIRAM del CS Cooperativa Universal – Santa	Horas de cuidado al día	-	Cuantitativa	Razón	<8 horas/ 8-12 horas/ >12 horas	
			Tiempo total de cuidado	-	Cuantitativa	Ordinal	< 3 meses/ 3-6 meses/ > 6 meses/ > 1 año	
Sociodemográficas del adulto mayor	Hace referencia a las características generales y sociales del cuidador informal	Características generales y sociales del adulto mayor con dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del CIRAM del CS Cooperativa Universal – Santa	Edad	-	Cuantitativa	Razón	60 a más años	Encuesta sociodemográfica
			Sexo	-	Cualitativa	Nominal	Femenino/ Masculino	
			Estado civil	-	Cualitativa	Nominal	Soltero/ Conviviente/ Casado/ Viudo/ Divorciado	
			Procedencia	-	Cualitativa	Nominal	Lugar de nacimiento	
			Nivel de instrucción	-	Cualitativa	Ordinal	Primaria/ Secundaria/ Superior	
			Religión	-	Cualitativa	Nominal	Religión que profesa	
			Nivel socioeconómico	-	Cualitativa	Ordinal	Alto/ Medio/ Pobre/ Pobre extremo	
			Sistema de pensiones	-	Cualitativa	Nominal	Ninguno/ Privado/ Estatal	
Clínica del adulto mayor	Hace referencia al estado de salud del cuidador informal del adulto mayor	Estado de salud del del adulto mayor con dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria del CIRAM del CS Cooperativa Universal – Santa	Enfermedades subyacentes	-	Cualitativa	Nominal	Enfermedades cardiovasculares/ ERC/ Enfermedades pulmonares/ Enfermedades endocrinas/ Neoplasias/ Demencia/ Enfermedades articulares	

4. CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

4.1.1. Tipo de investigación

Esta investigación tuvo un enfoque observacional, transversal, descriptivo, cuantitativo, correlacional para lo cual la cual se aplicó a la población los adultos mayores y cuidadores informales del CIRAM del centro de salud Cooperativa Universal – Santa Anita.

4.1.2. Población

La población estará conformada por todos los adultos mayores y cuidadores informales del CIRAM del centro de salud Cooperativa Universal – Santa Anita. Lima, 2024

4.1.2.1. *Unidad de análisis*.

Unidad de análisis 1: Adulto mayor asistente al CIRAM del centro de salud Cooperativa Universal – Santa Anita

Unidad de análisis 2: Cuidador informal de los adultos mayores asistentes al CIRAM del centro de salud Cooperativa Universal – Santa Anita

4.1.3. Muestra

4.1.3.1. *Unidad de muestreo*.

Unidad de muestreo 1: Adulto mayor asistente al CIRAM del centro de salud Cooperativa Universal – Santa Anita

Unidad de muestreo 2: Cuidador informal de los adultos mayores asistentes al CIRAM del centro de salud Cooperativa Universal – Santa Anita

4.1.3.2. *Muestra*.

Al ser una población pequeña de 30 personas se trabajó con todos los adultos mayores y sus cuidadores informales, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

4.1.3.3. *Criterios de inclusión.*

Unidad de análisis 1:

- Todo adulto mayor de 60 años que asista al CIRAM al menos una vez.
- Adulto mayor que de su consentimiento informado escrito o verbal para participar de la encuesta
- Adulto mayor que cuente con un cuidador informal un mínimo de 3 meses.

Unidad de análisis 2:

- Todo cuidador informal mayor de 18 años que cuide a un adulto mayor del CIRAM
- Todo cuidador informal que de su consentimiento informado escrito o verbal de participar de la encuesta.

4.1.3.4. *Criterios de exclusión.*

Unidad de análisis 1:

- Adulto mayor que no se encuentre en la capacidad de responder preguntas
- Adulto mayor que se niegue a participar en el estudio

Unidad de análisis 2:

- Todo cuidador informal que cuente con un diagnóstico psiquiátrico previo
- Cuidador que este a cargo de más de un adulto mayor o reciba retribución económica por ello.
- Cuidador informal cuyo adulto mayor no haya aceptado participar en el estudio

4.1.4. Técnicas y procedimientos

4.1.4.1. *Procedimiento*

Con el permiso de la jefa del centro de salud “Cooperativa Universal” se dispuso del padrón nominal de adultos mayores pertenecientes al programa piloto del círculo del adulto mayor (CIRAM) que cuenta con 30 miembros actualmente. Para los cuales, solo 20 cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión, así como sus respectivos cuidadores informales.

4.1.4.2. *Técnicas*

Se realizará un método mixto. Los adultos mayores serán entrevistados mientras que los cuidadores informales van a ser encuestados.

4.1.5. Instrumento

Escala de Lawton y Brody

Creada en 1969 en el Philadelphia Geriatric Center para evaluar funcionabilidad en AM para actividades instrumentales de la vida diaria. Se tradujo al español en el año 1993 y en cuanto a su fiabilidad y validez mantiene un "coeficiente de reproductividad inter e intra-observador alto" (0.94) (22). Se divide en 8 apartados donde se mencionan actividades que implican cierto grado de complejidad realizar, los cuales pueden ser evaluados de forma conjunta o individual permitiendo que podamos conocer si existe dependencia o no en dicha actividad.

En el Perú, Canchari (2023) en su estudio que evalúa al AM con deterioro cognitivo leve en su capacidad de realizar actividades instrumentales de la vida diaria usa la versión en español de Escala de Lawton y Brody que mantiene un coeficiente de reproductividad de 0,94 según el índice Alpha de Cronbach.

La evaluación va a estar sesgada por el sexo, ya que hay actividades cotidianas que obedecen al orden doméstico y estas van a ser acatadas de forma cultural por las mujeres más que los hombres.

Mientras que a las mujeres se les medirá ser independiente (>1) o dependiente (0) para las ocho actividades siguientes: preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, usar el teléfono, hacer compras, usar medios de transporte, ser responsable en su medicación y ser capaz de utilizar dinero. A los hombres solo se les evaluará en función de las 5 últimas (22).

De forma general existirá dependencia total (mujeres: 0-1, hombres: 0), dependencia grave (mujeres: 2-3, hombres: 1), dependencia moderada (mujeres: 4-5, hombres: 2-3), dependencia ligera (mujeres: 6-7, hombres: 4), Autónomo (mujeres: 8, hombres 5) (22).

Escala de Zarit

La escala de Zarit elaborada por Steven H. es la escala más traducida y validada a nivel nacional e internacional para medir la carga inicialmente de cuidadores de personas diagnosticadas con demencia, pero se ido validando para medir la carga en cuidadores de pacientes con diversos problemas de salud. La versión española validada por Martin at col (1996) cuenta con 22 ítems, tiene una consistencia interna de 0,90 y a su vez divide la carga en tres dimensiones: el impacto del cuidado (pregunta 1-12), la carga interpersonal (pregunta 13-18) y las expectativas de autoeficacia (pregunta 19-22) (35).

En el Perú, Cabana (23) en su estudio que tuvo como población a cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas ha utilizado la versión española que cuenta con una validez de 0,69 y confiabilidad de 0,90, según el índice Alpha de Cronbach.

Por medio de una encuesta con escala ordinal (0=nunca, 1=rara vez, 2=algunas veces, 3=bastantes veces, 4=casi siempre) se evalúa la presencia o no de sobrecarga (0-46 puntos) y si esta es leve (47-55 puntos) o intensa (56-110 puntos), entre mayor sea el puntaje hay mayor sobrecarga (36).

4.1.6. *Plan de recolección*

Para dicho fin se solicitaron los permisos requeridos al centro de salud “Cooperativa Universal” -Santa Anita a modo de disponer de los datos de los AM dentro del programa del adulto mayor, lo que permitió contactar con ellos y sus cuidadores.

Se convocó a las 30 personas pertenecientes al programa del adulto mayor acompañado de sus cuidadores, durante la primera semana de febrero excluyendo el domingo por cuestiones de horario del centro de salud.

Cada día de la semana, a los asistentes se procedió a explicar los objetivos del estudio, así como el modo de recolección de datos con la finalidad de obtener el consentimiento informado de forma verbal y escrita para su concerniente participación.

4.1.7. *Análisis estadístico*

La información obtenida de los instrumentos fue codificada con la finalidad de mantener la privacidad del AM y su cuidador informal, así como de mantener el emparejamiento de cada AM con su respectivo cuidador informal y con ello no perder información relevante.

Estos códigos fueron ingresados en una base de datos del programa Microsoft Excel 365 y se procesaron en la base de datos del programa SPSS versión 24

Para el análisis de datos aplicó como medida de centralización a la media generándose tablas de frecuencias. Y para la asociación entre variables se hizo un análisis bivariado donde se empleó la prueba exacta de Fisher, con un $p < 0.05$ que indica que hay una asociación significativa.

4.1.8. Aspectos éticos

Respetándose la autonomía del participante se le solicitó el consentimiento informado que se le presentó de manera oral, así como, escrita cada AM y a su cuidador informal. Y a modo de cuidar su privacidad la información fue manejada personalmente por la responsable del estudio.

Cada participante se sintió libre de participar o no en el estudio incluso si su par deseaba lo contrario, siendo especificado en el consentimiento informado su deseo de participar y de esta manera respetar su autonomía.

El presente estudio contó con la aprobación de la Facultad de Medicina Humana “San Fernando” a través de la resolución decanal N°000696-2024-D-FM/UNMSM (*Ver Anexo N°6*). Asimismo, cuenta con la validación del comité de Ética de la misma institución (*Ver Anexo N°5*).

4.1.9. Fuente de financiamiento

Para la elaboración y aplicación de este proyecto de investigación no se necesitó de ningún tipo de fuente de financiamiento fuera del trabajo de la autora.

5. CAPÍTULO V

RESULTADOS

El presente estudio tuvo una muestra de 20 adultos mayores y sus 20 cuidadores informales respectivos, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Con respecto a la población AM, el 60% de ellos fueron mujeres. El promedio de edad fue de 76 años y en su mayoría tenían grado de instrucción primaria completa, seguida por primaria y secundaria incompleta. En relación con el estado civil, más de la mitad eran viudos. En función de la religión, el 55% eran de religión católica y el 15% eran evangélicos. En su mayoría, los AM eran de clase media (60%), seguido por la condición de pobreza (35%). A su vez, el 85% de los AM no contaba con un sistema de pensiones. Ver tabla1.

Tabla 1. **Características Sociodemográficas de los Participantes Pertenecientes al Círculo de Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal-Santa Anita**

Características Sociodemográficas	N = 20	%
Edad		
	76.05 ± 6.58	
Sexo		
Femenino	12	60.0
Masculino	8	40.0
Estado civil		
Casado	5	25.0
Conviviente	2	10.0
Divorciado	1	5.0
Soltero	1	5.0
Viudo	11	55.0
Procedencia		
Lima	6	30.0
Resto del país	14	70.0
Nivel de instrucción		
Analfabeto	2	10.0
Primaria completa	7	35.0
Primaria incompleta	4	20.0
Secundaria completa	3	15.0
Secundaria incompleta	4	20.0
Religión		
Católica	11	55.0
Cristiana	2	10.0
Evangélica	3	15.0
Mormón	1	5.0
Ninguna	2	10.0
Testigo de Jehová	1	5.0
Nivel Socioeconómico		
Medio	12	60.0
Pobre	7	35.0
Pobreza extrema	1	5.0
Sistema de Pensiones		
Essalud	3	15.0
Ninguno	17	85.0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la clínica, 3 de los participantes no presentan ningún diagnóstico médico. El 65% de los AM tenía una condición de pluripatología y de ellos al menos uno presentaba una enfermedad crónica. Ver gráfico 1 y 2.

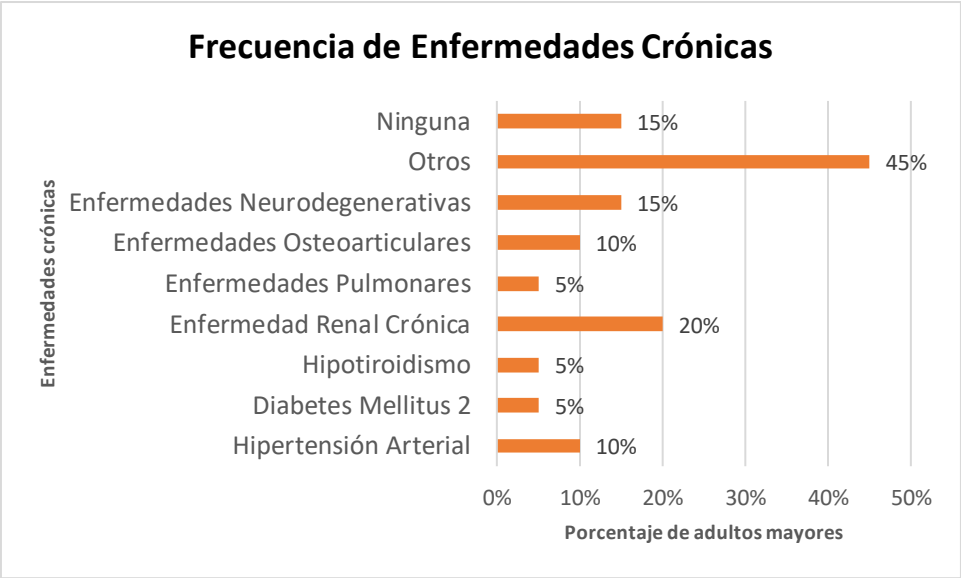


Gráfico 1. **Enfermedades Crónicas Diagnosticadas en participante de Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal-Santa Anita (n=20).**

Fuente: Elaboración propia

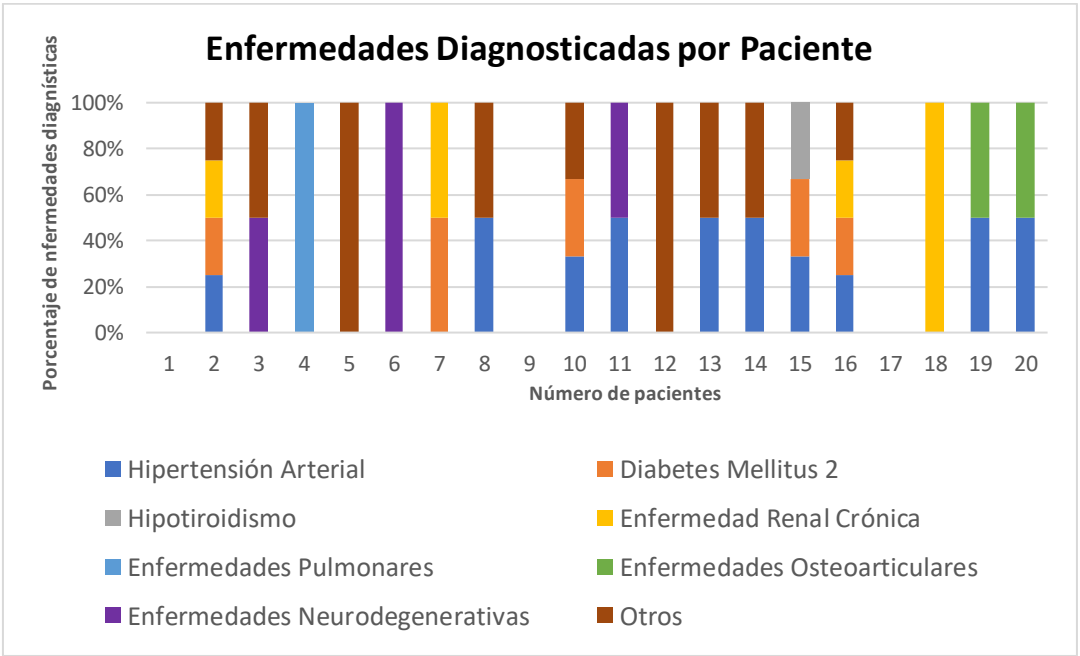


Gráfico 2. **Enfermedades Diagnósticas en cada participante de Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal-Santa Anita.**

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la población de cuidadores informales, el 95% fueron mujeres. El promedio de edad fue de 48 años y en su mayoría tenían grado de instrucción superior (45%), seguida por secundaria (25%), en ambos casos completa. En relación con el estado civil en su mayoría eran solteros (45%) seguido de los convivientes que representaban un 25%. En función de la religión, el 60% eran de religión católica y el 20% eran de religión cristiana. El 60% de los cuidadores eran hijos de los AM a los que cuidan y siendo en un 55%, mujeres. Ver tabla 2.

En lo que respecta a su nivel socioeconómico el 85% de los cuidadores se considera de nivel medio. Con un 50% de ellos que concibe un ingreso mensual de 930 a 1500 soles. Además, de que el 70% de ellos cuenta como seguro de salud al SIS y solo un 15% no cuenta con ningún tipo. Ver tabla 2.

Tabla 2. **Características Sociodemográficas – Clínicas de los Cuidadores Informales de los Participantes del Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita**

Características Sociodemográficas - Clínicas de los cuidadores informales		N =20	%
Edad			
		48.2 ± 13.0	
Sexo			
	Femenino	19	95.0
	Masculino	1	5.0
Estado Civil			
	Casado	4	20.0
	Conviviente	5	25.0
	Divorciado	1	5.0
	Soltero	9	45.0
	Otros	1	5.0
Procedencia			
	Lima	12	60.0
	Junín	2	10.0
	Huancavelica	2	10.0
	Ancash	1	5.0
	Cerro de Pasco	1	5.0
	Cusco	1	5.0
	San Martin	1	5.0
Nivel de instrucción			
	Primaria completa	2	10.0
	Primaria incompleta	1	5.0
	Secundaria completa	5	25.0
	Secundaria incompleta	2	10.0
	Superior completa	9	45.0
	Superior incompleta	1	5.0
Religión			
	Católica	12	60.0
	Cristiana	4	20.0
	Evangélica	1	5.0
	Mormón	1	5.0
	Ninguna	2	10.0
Parentesco con el AM			
	Conviviente	2	10.0
	Esposa	3	15.0
	Hijo	1	5.0
	Hija	11	55.0
	Nieta	1	5.0
	Nuera	1	5.0
	Sobrina	1	5.0
Nivel socioeconómico			
	Medio	17	85.0
	Pobre	3	15.0
Ingreso económico			
	200 a 930 soles	8	40.0
	930 a 1500 soles	10	50.0
	> 1500 soles	2	10.0
Seguro de Salud			
	Essalud	3	15.0
	SIS	14	70.0
	Ninguno	3	15.0

Fuente: Elaboración propia

Además, se identificó que con respecto al número de horas que dedicaban al cuidado, el 70% de ellos invertía un tiempo mayor a 12 horas al día en cuidar de su adulto mayor. Y en relación con el tiempo que llevaban dedicados al cuidado, el 80% de ellos tenía un tiempo mayor a un año. Ver tabla 3.

Tabla 3. **Tiempo de Cuidado Invertido por los Cuidadores Informales de los Participantes del Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita**

Tiempo Invertido en el Cuidado	N = 20	%
Horas de cuidado al día		
< 8 horas	3	15.0
8 a 12 horas	3	15.0
> 12 horas	14	70.0
Tiempo de cuidado		
3 a 6 meses	3	15.0
6 a 12 meses	1	5.0
> 1 años	16	80.0

Fuente: Elaboración propia

Al evaluar el grado de dependencia funcional de los adultos mayores, se identificó que 6 de los 20 pacientes a la evaluación fueron autónomos. De los cuales, 3 eran mujeres y representaban el 25% de ellas; mientras que los hombres representaban el 37.5% de ellos. El 70% de los adultos mayores presentó algún grado de dependencia funcional, el 20% tuvo dependencia leve, 20% dependencia moderada y 30% de dependencia grave. Ver tabla 4.

Tabla 4. **Dependencia Funcional de los Participantes del Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria**

Dependencia Funcional del Adulto Mayor	Mujeres		Hombres		Total	
	n1=12	%	n2=8	%	N=20	%
Autónomo	3	25.0	3	37.5	6	30.0
Leve	3	25.0	1	12.5	4	20.0
Moderada	2	16.7	2	25.0	4	20.0
Grave	4	33.3	2	25.0	6	30.0

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las actividades que más generaron dependencia en el adulto mayor tenemos a hacer las compras (70%) seguido de la responsabilidad frente a la medicación (40%). En el caso de las mujeres, 66.7% era incapaz de hacer las compras con respecto al 75% de los varones. Mientras que el 41.7% de las mujeres no podía hacerse cargo de su medicación frente a un 37.5% de los varones. Ver tabla 5.

Por otro lado, las actividades que más autonomía mostraron los adultos mayores fueron capacidad de usar el teléfono (95%) seguido de la capacidad de usar el dinero (75%). Mientras que, para la primera, el 100% de las mujeres es independiente solo el 87.5% de los varones puede realizarlo. No obstante, el 75% de varones como de mujeres va a ser independiente a la hora de administrar su dinero. Ver tabla 5.

Tabla 5. **Dependencia Funcional de los Participantes del Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita según cada Actividad Instrumental de la Vida Diaria**

Actividades de Instrumentales de la Vida Diaria	Mujeres		Hombres		Total	
	n1=12	%	n2=8	%	N = 20	%
Capacidad para Usar el Teléfono						
Dependiente	0	0.0	1	12.5	1	5.0
Independiente	12	100.0	7	87.5	19	95.0
Hacer Compras						
Dependiente	8	66.7	6	75.0	14	70.0
Independiente	4	33.3	2	25.0	6	30.0
Preparación de la Comida*						
Dependiente	5	41.7	-	-	5	41.7
Independiente	7	58.3	-	-	7	58.3
Cuidado de la Casa*						
Dependiente	3	25.0	-	-	3	25.0
Independiente	9	75.0	-	-	9	75.0
Lavado de la Ropa*						
Dependiente	5	41.7	-	-	5	41.7
Independiente	7	58.3	-	-	7	58.3
Uso del Medio de Transporte						
Dependiente	3	25.0	3	37.5	6	30.0
Independiente	9	75.0	5	62.5	14	70.0
Responsabilidad respecto a su medicación						
Dependiente	5	41.7	3	37.5	8	40.0
Independiente	7	58.3	5	62.5	12	60.0
Capacidad de usar el dinero						
Dependiente	3	25.0	2	25.0	5	25.0
Independiente	9	75.0	6	75.0	15	75.0

**Actividades aplicadas solo para mujeres*
Fuente: Elaboración propia

Se evaluó la sobrecarga del cuidador empleando la escala de Zarit y se identificó que el 10% de los sujetos tenían sobrecarga leve. No se identificó casos de sobrecarga intensa. En relación con las dimensiones de la sobrecarga, la frecuencia de sujetos que reportaron sobrecarga según el

impacto del cuidado fue leve en el 90% y de nivel moderado fue del 10%. En relación con la carga interpersonal, un 70% obtuvo sobrecarga leve, moderada en un 15% e intensa en un 15%. En relación con las expectativas de autoeficacia, el 50% reportó una sobrecarga leve, moderada en un 30% e intensa en un 20%. Ver tabla 6.

Tabla 6. **Nivel de Sobrecarga Global y Parcial de los Participantes del Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita**

Nivel de Sobrecarga Global y Parcial	N = 20	%
Sobrecarga global		
No sobrecarga	18	90.0
Sobrecarga leve	2	10.0
Impacto del cuidado		
Leve	18	90.0
Moderado	2	10.0
Carga interpersonal		
Leve	14	70.0
Moderado	3	15.0
Intenso	3	15.0
Expectativas de autoeficacia		
Leve	10	50.0
Moderado	6	30.0
Intenso	4	20.0

Fuente: Elaboración propia

De los sujetos cuidadores informales que reportaron sobrecarga leve, 1 de ellos cuidaba de un adulto con dependencia leve y otro cuidaba a un adulto con dependencia grave. Los cuidadores de adultos mayores autónomos en su totalidad no presentaron sobrecarga. No se encontraron relación significativa entre el nivel de sobrecarga del cuidador informal y la dependencia funcional del adulto mayor (p=0.811). En relación con la dimensión del impacto del cuidado (p=0.811), la dimensión carga interpersonal (P=0.182), y expectativas

de autoeficacia (p=0.434), tampoco se encontraron diferencias significativas. Ver Tabla 7.

Tabla 7. **Análisis Bivariado de Nivel de Sobrecarga del Cuidador y Dependencia Funcional del Adulto Mayor para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en el Círculo del Adulto Mayor del Centro de Salud Cooperativa Universal – Santa Anita (n=20)**

Nivel de Sobrecarga global y parcial	Dependencia Funcional del AM								p-valor*
	Autónomo		Leve		Moderado		Grave		
	n1=6	%	n2=4	%	n3=4	%	n4=6	%	
Sobrecarga global									0.811
No sobrecarga	6	33.3	3	16.7	4	22.2	5	27.8	
Sobrecarga leve	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	
Impacto del cuidado									0.811
Leve	6	33.3	3	16.7	4	22.2	5	27.8	
Moderado	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	
Carga interpersonal									0.182
Leve	6	42.9	2	14.3	3	21.4	3	21.4	
Moderado	0	0.0	0	0.0	1	33.3	2	66.7	
Intenso	0	0.0	2	66.7	0	0.0	1	33.3	
Expectativas de autoeficacia									0.434
Leve	5	50.0	1	10.0	1	10.0	3	30.0	
Moderado	0	0.0	2	33.3	2	33.3	2	33.3	
Intenso	1	25.0	1	25.0	1	25.0	1	25.0	

p-valor: Prueba de Fisher*
Fuente: Elaboración propia

6. CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El adulto mayor que acude principalmente a un centro de salud suele presentar pluripatologías y síndromes geriátricos. Una de estas patologías casi siempre suele ser una enfermedad crónica, tal como ocurre en este estudio donde el 65% de los adultos mayores presentó una condición de pluripatología y al menos uno de estos presentaba una enfermedad crónica. Palomares (25) enfrentó una situación similar, donde el 56% de los adultos mayores presentó 3 o más comorbilidades, el 90% presentó hipertensión arterial mientras que un 56% presentó diabetes mellitus. Patologías crónicas que principalmente se manejan en un primer nivel de atención y que sugieren que la muestra de adultos mayores es consecuente para nuestro estudio.

Además, en este estudio se encontró una población adulta mayor con un promedio de edad de 76 años, el 60% mujeres, con educación primaria o incompleta en un 75% y un 85% sin sistema de pensiones, sin embargo, el 60% de ellos se consideraba de clase media. Lo que nos da la idea de que reciben o tienen otra fuente de financiamiento para cubrir sus necesidades las cuales podrían estar viniendo de la persona que también se dedique a su cuidado.

Da Silva (41) exhibió al cuidador como aquel que cumple un rol muy importante para con la persona a la cual acompaña. En el adulto mayor, su cuidado está asociado a la presencia de enfermedad o discapacidad. Los cuidadores pasan por un proceso de adaptación para mantener un adecuado cuidado del adulto mayor, sin embargo, son los cuidadores informales los que van a tener más riesgo de desarrollar estrés crónico o el síndrome del cuidador porque son ellos los que terminan asumiendo el rol de forma meramente situacional.

En este estudio se caracteriza al cuidador informal casi en su totalidad del sexo femenino, con un promedio de edad de 48 años siendo el 60% de ellos hijos del adulto mayor a su cargo. Lo que coincide con los estudios de

Cabana (23) Palomares (25) y Tomalá (27) donde la mayoría de los cuidadores fueron hijas con un promedio de edad similar al de nuestro estudio. Sin embargo, en caso del estado civil los cuidadores eran casados o convivientes, diferenciándose de nuestro estudio donde la mayoría de los cuidadores eran solteros.

El nivel educativo en su mayoría fue superior completa y con respecto a los ingresos, se mantuvo un sueldo por encima del mínimo vital. Lo que sugiere que en este estudio los cuidadores tuvieron más o mejores herramientas para cubrir las necesidades de sus adultos mayores. En contraste con lo que encontraron Cabana (23) y Palomares (25), donde los cuidadores en su mayoría solo tenían estudios primarios y eran casados.

Respecto al tiempo de cuidado del adulto mayor, el 80% de los cuidadores llevaba ejerciendo su rol un tiempo mayor a un año y el 70% invertía más de 12 horas al día en su cuidado. Palomares y Cabana también evaluaron el tiempo de cuidado obteniendo 100% y 38% de cuidadores que ejercían su rol más de un año, respectivamente. Sin embargo, no se enfocaron en las horas al día que se dedicaban al cuidado, factor de la sobrecarga del cuidador importantemente descrito por Da Silva (41) en su libro *Estrategias para el cuidado del adulto mayor.*

Los adultos mayores debido al proceso de envejecimiento pueden llegar a desarrollar cierto grado de dependencia. La dependencia en el adulto mayor suele notarse más cuando están comprometidas las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Bazalar (20) mencionó en su estudio que en el 100% de los participantes presentó algún grado de dependencia para AIVD pese a que no se asocie con deterioro cognitivo. Sin embargo, como menciona Leitón at cols. (21) hay una relación significativa entre cognición y capacidad funcional para actividades de la vida diaria. Por lo tanto, en este estudio fue importante identificar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores donde el 70% presentó algún grado de dependencia para AIVD, un 20% fue leve, 20% moderada y 30% grave. Esto nos sugirió que es importante la presencia de un cuidador que supla las necesidades que no pueda cumplir el adulto mayor por sí mismo debido a su nivel de dependencia.

Al evaluar el grado de dependencia funcional de los adultos mayores, 3 mujeres y 3 varones fueron autónomos en las actividades de la vida diaria, sin embargo, estas representaban el 25% de mujeres mientras que para los hombres representó el 37.5% de estos. Similar situación ocurrió para las actividades que generaron más y menos dependencia. Y esto puede ser la descripción real de la capacidad de para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, sin embargo, el test de Lawton y Brody toma en cuenta la preparación de la comida, el cuidado de la casa y el lavado de la ropa como actividades a no evaluar en los varones por lo cual podría estar habiendo un sesgo importante para con el grado de dependencia funcional encontrado. Sin embargo, actualmente existe como alternativa española, el test de Mongil que mide las actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas de forma rápida y precisa, por lo que es adecuado para un primer nivel de atención y, además, sus preguntas evitan ese sesgo para actividades instrumentales de la vida diaria. (15)

La sobrecarga global encontrada en los cuidadores por los siguientes autores: Shulca y col. con un 55.5% en cuidadores primarios, Colqui y col. (22) un 88% de cuidadores con sobrecarga, Tomalá (27) 81% de sobrecarga en cuidadores familiares; nos sugieren que nos encontramos ante un problema de salud real e importante. Este ha sido reconocido como un síndrome con un componente tanto físico como mental, por lo cual, en este contexto de primer nivel de atención siguiendo el papel preventivo per se, se consideraría a la sobrecarga del cuidador como un problema de salud pública.

El estudio más parecido a la población que manejamos lo hizo Fernández y col. (19) en un Centro Materno Infantil donde obtuvo más del 50% de sobrecarga en los cuidadores primarios de adultos mayores. Lo que nos sugirió la posibilidad de que exista presencia de sobrecarga del cuidador en el PNA, sin embargo, en nuestro estudio solo se identificó a un 10% de la población con sobrecarga del cuidador y esta era leve. Palomares (25) obtuvo también solo sobrecarga leve en un 38% de los cuidadores primarios evaluados, Sin embargo, su estudio se realizó en un hospital donde el cuidado

es compartido con los trabajadores del dicho centro y eso podría ser un factor mitigante de la sobrecarga expresada para dicho estudio.

Colqui y col. (22) además, evaluaron la sobrecarga bajo sus tres dimensiones. Respecto al impacto del cuidado que hace referencia a las consecuencias sobre la calidad de vida del cuidador al cumplir su rol, el 54.8% presentó estrés leve, el 21.5% estrés moderado, el 23.5% estrés alto. Según la relación interpersonal que refiere a los sentimientos negativos que se pueden desarrollar en la relación cuidador-AM, el 48.8% presentó estrés leve, el 28% estrés moderado y el 23.2% estrés alto. Mientras que, según las expectativas de autoeficacia donde se hace referencia a los recursos físicos y personales que pueden ser escasos en el cuidador, el 31% mantuvo estrés leve, el 28% estrés moderado y el 41% estrés alto.

Por otra parte, en este estudio para cada dimensión el nivel de sobrecarga fue leve en más del 50% de los participantes. Esto podría indicar que no existe sobrecarga en los cuidadores de los participantes del círculo del adulto mayor en el centro de salud “Cooperativa Universal” – Santa Anita. Aun así, se debe recordar que se trabajó con una población muy pequeña, con una muestra de 20 cuidadores mientras que Fernández y col. (19) tuvo una muestra de 50 participantes. Es por ello, que no se puede considerar a esta como representativa del círculo del adulto mayor, así como de una población del primer nivel de atención, sin embargo, cabe la posibilidad de realizar estudios más grandes a posteriori que muestren resultados significativos en esta población.

Colqui y col. (22) describieron a las expectativas de autoeficacia como la dimensión que presentó mayor nivel de sobrecarga, así como en nuestro estudio. Ella la relacionada con los recursos con los que cuenta el cuidador, los que pueden ser intervenidos y mejorados a fin de lograr una mejora en la calidad de vida de los cuidadores.

Esto es por lo que los estudios españoles de Sanchis y col. (26) y Chávez y col. (10) cobran importancia. Debido a que el programa de entrenamiento y las intervenciones educativas gerontológicas que desarrollaron demostraron respectivamente, una disminución en la sobrecarga del cuidador. Estos

programas se encontraron bajo el mando de un grupo multidisciplinario donde la Terapia Ocupacional tuvo un gran aporte para lograr los objetivos, ya que hubo un gran aporte en las herramientas con las que contaría el cuidador para cumplir con su función, así como un aporte en la mejora de las actividades de la vida diaria por parte de los adultos mayores.

Las actividades de la vida diaria son el principal indicador de calidad de vida y salud en el adulto mayor por lo cual trabajar en la autonomía de estas, sobre todo de las instrumentales, permite evitar el deterioro cognitivo del adulto mayor que favorecería una disminución de la dependencia hacia el cuidador.

En Argentina, (11) en el periodo 2019-2020 se desarrolló un programa preventivo y social llamado “Cuidemos al que cuida” donde el terapeuta ocupacional cumplía el rol de identificar disfunciones ocupacionales generando información y acompañamiento según las necesidades personales de cada cuidador y adulto mayor, ya que la atención se centraba en ambos como una diada.

En Perú, Ramos (51) desarrolló un programa de terapia ocupacional de forma virtual para pacientes con diabetes mellitus tipo 2, los cuales en su mayoría fueron adultos mayores obteniendo excelentes resultados en la mejora de su calidad de vida y funcionalidad.

Estos esfuerzos nos sugieren la importancia de la Terapia Ocupacional en la problemática de esta diada y nos orientan a un escenario donde sea posible contar con un terapeuta ya que su papel preventivo en la mayoría de los casos podría ser considerado como una herramienta importante en un primer nivel de atención.

En este estudio no se encontró relación significativa entre la sobrecarga del cuidador y grado de dependencia funcional del adulto mayor para actividades instrumentales de la vida diaria. A diferencia del estudio de Palomares (25) en donde esta relación significativa podría deberse al tipo y cantidad de población analizada donde se trabajó con una muestra de 50 cuidadores primarios de la Unidad de Medicina Familiar de un hospital de Bolivia.

Por último, se intentó rescatar la importancia de la religión para con el cuidado del adulto mayor ya que si tanto cuidador informal como adulto mayor profesan una misma religión generaría un mejor entendimiento entre ambos pares. Se sugiere que en futuros estudios se tome en cuenta el compartir una misma religión con la probabilidad de desarrollar sobrecarga sobre todo en el país, donde la religión suele tener un importante impacto en la población.

7. CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

1. El 70% de los adultos mayores presentó un grado de dependencia funcional para actividades instrumentales de la vida diaria, presentando dependencia grave en un 30% de los participantes.

2. De los cuidadores informales, el 95% fueron mujeres, el promedio de edad fue de 48 años y en su mayoría tenían grado de instrucción superior y eran solteros por lo cual pudieron desarrollar adecuadas estrategias para cuidar a sus respectivos adultos mayores.

3. Se concluye que el 90% de los cuidadores informales no presentan sobrecarga y un 10% presenta sobrecarga leve.

4. En este estudio no existe relación significativa entre la sobrecarga del cuidador según el impacto del cuidado, la carga interpersonal y las expectativas de autoeficacia con el grado de dependencia funcional del adulto mayor para actividades instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, se pudo distinguir un mayor nivel de sobrecarga asociado a las expectativas de autoeficacia.

6.2. Recomendaciones

1. La capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, principalmente las instrumentales, nos permite conocer el nivel de dependencia del adulto mayor, sin embargo, herramientas como la escala de Lawton y Brody cargada de sesgos y supra valoradas puede influir de forma negativa al recolectar la información. Por lo tanto, se necesitan herramientas que eviten sesgos y permitan su rápida y precisa evaluación como en el caso de la escala de Mongil sobre todo si queremos aplicarlos en un primer nivel de atención.

2. La sobrecarga del cuidador es un problema de salud latente que puede ser intervenido tempranamente y generar una disminución de las demandas en problemas de salud inespecíficos. Por lo tanto, sería importante ser evaluada y reevaluada durante periodos de tiempo en futuros estudios de cohortes lo que nos permitiría ver el grado de afectación que tiene el estrés crónico en cuidadores y rescatar su importancia.

3. De las tres dimensiones de la sobrecarga del cuidador, las expectativas de autoeficacia se relacionan con los recursos físicos y personales con las que cuenta el cuidador que en el caso de haber sobrecarga son escasos. Estas son las más afectadas en este estudio y pese a no haber relación significativa con el grado de dependencia esta cobraría importancia por si sola siendo importante su abordaje. En este caso la Terapia Ocupacional cumpliría un rol importante en la prevención y regresión de la problemática asociada a esta dimensión.

4. La población de estudio con la que se trabajó fue muy pequeña por lo cual no se obtuvieron resultados significativos, sería importante en futuros estudios trabajar con más de una población del primer nivel de atención que permita que las variables arrojen mejores resultados siendo estos significativos.

5. El cuidador informal y el adulto mayor deben ser tratados como una diada ya que el grado de dependencia, así como la sobrecarga del

cuidador obedecen siguiendo un rol ocupacional a una misma problemática, la del cuidado. Por lo tanto, considerando a la Terapia Ocupacional con una visión preventiva y terapéutica respecto al rol ocupacional de esta diada, sería adecuado tener en cuenta su participación en el primer nivel de atención.

6. En este estudio se consideró el número de horas de cuidado al día, así como la religión como parte de las variables intervinientes y aunque no fueron analizados como factores asociados a la sobrecarga del cuidador podría considerarse su evaluación en futuros estudios ya que tienen gran importancia en el contexto peruano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Envejecimiento y salud. 2022 [citado 17 de agosto de 2023]. Envejecimiento y salud. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

2. OPS. La OPS y sus socios lanzan una serie de informes para apoyar las estrategias de envejecimiento saludable en las Américas. [citado 17 de agosto de 2023]. La OPS y sus Socios Lanzan una Serie de Informes para Apoyar las Estrategias de Envejecimiento Saludable en las Américas. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/17-4-2023-ops-sus-socios-lanzan-serie-informes-para-apoyar-estrategias-envejecimiento

3. Ruiz Calderon R, Huaman Caviedes. Situación de la Población Adulta Mayor Julio-Agosto-Setiembre 2023. Perú: INEI; 2023 jun. Report No.: Informe técnico. Setiembre 2023. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4692032-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-abril-mayo-junio-2023

4. Blouin C. La Situación de la Población Adulta Mayor en el Perú: Camino a una Nueva Política [Internet]. Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2018 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf

5. Congreso de la República. Decreto Supremo que Aprueba el Reglamento de la Ley N° 30490, Ley de la persona Adulta Mayor. N° 024-2021-MIMP 2021. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/mimp/normas-legales/2040707-024-2021-mimp

6. Bello Carrasco LM, León Zambrano GA, Covena Bravo MI. Factores que Predominan: Sobrecarga en el Cuidador Formal e Informal Geriátrico con Déficit de Autocuidado. Rev Univ Soc Univ Cienfuegos. octubre de 2019;11(5):385-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202019000500385&lng=es&nrm=iso>.

7. Hierrezuelo Rojas N, Fernández Gonzáles P, Girón Perez E. Cuidadores de Adultos Mayores Dependientes. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. septiembre de 2021 [citado 24 de julio de 2023];37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252021000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Lara López A, Sánchez Rey C, González González J, Díaz Maldonado L, Corregidor Sánchez AI. Sobrecarga del Cuidador en el Ámbito Rural, una Intervención en Otero. Rev Electrónica Ter Ocupacional Galicia TOG. 2018;28(15):211-24.

9. Shulca Tipantuña RG, Cortez Flores C del R. Síndrome del Cuidador en Cuidadores Primarios de Adultos Mayores Dependientes. Salud Cienc Tecnol [Internet]. 22 de mayo de 2023 [citado 16 de julio de 2023];3. Disponible en: https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/387

10. Chávez de la Luz HA, Méndez Salazar V, Carpio Rodríguez M de los Á. Importancia de las Intervenciones Educativas y Gerontológicas en Cuidadores Primarios de Pacientes Geriátricos. LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades. 3 de abril de 2023;4(1):3995-4004.

11. Xifra MJ, Banfi MA, Bartolucci MT. Intervención Interdisciplinaria con las y los Cuidadores de Personas Mayores Dependiente. Rol del Terapeuta Ocupacional. Rev Chil Ter Ocupacional. 2022;21(2):39-51.

12. Zambrano Cruz R, Ceballos Cardona P. Síndrome de Carga del Cuidador. Rev Colomb Psiquiatr. 2007;36(1):26-39.

13. Cigarán Méndez M, Losada Baltar A, Moreno Rodríguez R. El Papel de la Terapia Ocupacional en la Atención a Cuidadores de Personas con Demencia [Internet]. Unidad de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos; 2006 [citado 17 de julio de 2023]. Disponible en: https://terapiaocupacional50.files.wordpress.com/2007/12/el-papel-de-la-to-en-la-atencion-a-cuidadores-de-personas-con-dependencia.pdf

14. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. SEGG. 2016 [citado 21 de julio de 2023]. Terapia Ocupacional en Geriatría. Disponible en: https://www.segg.es/ciudadania/2016/07/07/terapia-ocupacional-en-geriatria

15. López Mongil R. Deterioro Cognitivo/Demencia: Valoración y Seguimiento. Aspectos funcionales. Rev Esp Geriatría Gerontol. 1 de junio de 2017;52:28-33. doi: 10.1016/S0211-139X(18)30077-5

16. Riu Subirana S. La Terapia Ocupacional Mejora la Funcionalidad de los Pacientes con Demencia y Reduce la Sobrecarga del Cuidador. FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria. mayo de 2007;14(5):289. doi: 10.1016/S1134-2072(07)71640-7

17. MINSA. Documento Técnico: Organización de los Círculos de Adulto Mayores en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención. MINSA; 2015. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/320813-documento-tecnico-organizacion-de-los-circulos-de-

adultos-mayores-en-los-establecimientos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion

18. Gob.pe. Minsa Fortalecerá los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación en el Primer Nivel de Atención [Internet]. DePeru.com. 2022 [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: http://prensa-oficial-estado.deperu.com/2022/12/minsa-fortalecera-los-servicios-de.html

19. Fernández Robles NE, Muñoz Medina TV, Ramírez Sánchez ME. Sobrecarga del Cuidador Primario en el Cuidado del Adulto Mayor Usuario del Centro Materno Infatil de Lima, 2019. [Lima-Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11583

20. Bazalar Gutierrez GA. Deterioro Cognitivo y el Desempeño de las Actividades de Vida Diaria en Adultos Mayores de un Hospital de Día de Surco – 2020 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021 [citado 24 de julio de 2023]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/16678

21. Leitón Espinoza ZE, Fajardo-Ramos E, López-González Á, Martínez-Villanueva RM, Villanueva-Benites ME. Cognición y Capacidad Funcional en el Adulto Mayor. Rev Salud Uninorte. abril de 2020;36(1):124-39. doi: 10.14482/sun.36.1.618.97

22. Colqui Aquepucho CA, Mamani Durand SL. Nivel de Estrés del Cuidador de Adultos Mayores con Diabetes tipo 2, Distrito Miraflores Sector Cercado Arequipa 2022 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Cesar Vallejo; 2022 [citado 16 de julio de 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/107380

23. Cabana Rodríguez AD. Nivel de sobrecarga del cuidador en familiares del paciente adulto mayor con patología crónica. Consultorio externo de medicina del Hospital Goyeneche, 2019 [Internet]. [Arequipa-Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2023 [citado 25 de julio de 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12346

24. Canchari Taipe C del R. Desempeño de las Actividades Instrumentales de Vida Diaria del Adulto Mayor con Diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve en el Centro de Salud “Ollantay” San Juan de Miraflores, Lima – 2021 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023 [citado 22 de julio de 2023]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/19727

25. Palomares Trejo G. Sobrecarga del Cuidador Primario y su Relación con la Dependencia del Paciente Geriátrico de la Unidad de Medicina Familiar.

[Bolivia]: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2020. Disponible en: https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7285

26. Sanchis-Soler G, San Inocencio-Cuenca D, Llorens P, Blasco-Lafarga. Reducción de la Sobrecarga del Cuidador tras Entrenamiento Supervisado en Ancianos Pluripatológicos y Paliativos. Serv Publicaciones Univ Murcia. 16 de junio de 2020;21(1):271-81. Disponible en: ttp://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232021000100271&lng=es&nrm=iso

27. Tomalá Catuto JD. Sobrecarga del Cuidador en Familiares de Personas Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Comuna Bambil Collao, 2021. [Ecuador]: Universidad Estatal Península de Santa Elena Ecuador; 2022. Disponible en: https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7130

28. Abaunza Forero CI, Mendoza Molina M, Bustos Benítez P, Paredes Alvarez G, Eriquez Wilches K, Phadila Muñoz A. Concepción del Adulto Mayor. Editor Univ. Rosario. 2014;60-98. doi: 10.7476/9789587385328.0007

29. OMS. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Estados Unidos de América: OMS; 2015. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042

30. Echeverría A, Cauas R, Díaz B, Sáez C, Cárcamo M. Herramientas de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria Instrumentales en Población Adulta: Revisión Sistemática. Rev. Médica Clínica Las Condes. julio de 2021;32(4):474-90. doi: 10.1016/j.rmclc.2021.01.012

31. Rodríguez P, Mirete Valmala C. Guia sobre Atención a Personas Adultas Mayores [Internet]. Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS); 2018 [citado 24 de julio de 2023]. Disponible en: https://oiss.org/wp-content/uploads/2019/05/GUIA-ATENCION-PERSONAS-ADULTAS-.pdf

32. Lepe-Martínez N, Cancino-Durán F, Tapia-Valdés F, Zambrano-Flores P, Muñoz-Veloso P, González-San Martínez I, et al. Desempeño en Funciones Ejecutivas de Adultos Mayores: Relación con su Autonomía y Calidad de Vida. Rev. Ecuat Neurol. abril de 2020;29(1):92-103. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812020000100092&lng=es&nrm=iso

33. Baeza Briones P, Román Romo D. Neurociencia Cognitiva del Envejecimiento Aportes e Implicancias para la Terapia Ocupacional: Una revisión narrativa. ContexTO. 22 de junio de 2022;(8):35-50. doi: 10.54761/contexto.num8.29

34. Santiago J, Orozco Calderón G. Funcionamiento Cognitivo, Actividades de la Vida Diaria y Variables Demográficas en Adultos Mayores Mexicanos. Rev. Neuropsicología Neuropsiquiatría Neurociencias. 2018;18(3):65-84. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7042033

35. González-Rodríguez R. Discapacidad vs Dependencia: Terminología Diferencial y Procedimiento para su Reconocimiento. Índex Enferm. septiembre de 2017;26(3):170-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200011&lng=es&nrm=iso

36. Romero Ayuso DM. Actividades de la Vida Diaria. Anales Psicología Ann Psychol. 2007;23(2):264-71. Disponible en: https://revistas.um.es/analesps/article/view/22291

37. Rubio E, Comín M, Montón G, Martínez T, Magallón R, García-Campayo J. Determinantes de la Capacidad Funcional en Personas Mayores según el Género. Gerokomos. junio de 2013;24(2):69-73. doi: 10.4321/S1134-928X2013000200004.

38. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de Valoración Funcional en el Anciano. Galicia Clínica. 2011;1(72):11-6. Disponible en: https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf

39. Bressan E, Timossi MJ, Bastida MF, Mías CD. Desarrollo de una Escala de Actividades Expansivas de la Vida Diaria. Propiedades Psicométricas Preliminares. Anu Investig Fac Psicol. 2019;4(2):74-87. Disponible en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/25204

40. Criollo WA. Valoración de la Capacidad Funcional y Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores Institucionalizados. Mov Científico [Internet]. 18 de diciembre de 2019 [citado 22 de agosto de 2023];13(2). Disponible en: https://revmovimientocientifico.ibero.edu.co/index.php/Rmcientifico/article/view/mct.13201

41. Da Silva Rodrigues CY. Ser Cuidador: Estrategias para el Cuidado del Adulto Mayor. Editorial El Manual Moderno; 183 p. Disponible: https://books.google.com/books/about/Ser_cuidador.html?id=tZCODwAAQBAJ

42. Velásquez Suescún C. Carga de Cuidado y Condiciones de Vida y Salud de Cuidadoras y Cuidadores Familiares de Adultos Mayores Dependientes en San Martín de los Llanos, Meta, 2021-2022. [Colombia]: Pontificia Universidad Javeriana; 2023. Disponible en: https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/64086/TG.%20Carga%20de%20cuidado%20y%20condiciones%20de%20vida%20y%20salud

%20en%20cuidadoras%20familiares.%20Catalina%20Vel%C3%A1squez%20Suesc%C3%BAn.%2024%20de%20marzo%20de%202023%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

43. Bedoya Buritica N, Buitrago LA, Soto Chaquir M. Burnout en Cuidadores Formales e Informales del Adulto Mayor. Revisión Integrativa de la Literatura. Rev Cult Cuid Enfermeria. 29 de mayo de 2020;17(1):80-92. doi: 10.18041/1794-5232/cultrua.2020v17n1.7209

44. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores [Internet]. Deposito Legal de la Biblioteca Nacional del Perú; 2010 [citado 31 de agosto de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf

45. Casanova Muñoz V. Utilidad de las Escalas de Valoración Geriátrica Integral: una Revisión de Revisiones [Internet]. [España]: Universidad de Valladolid; 2021 [citado 24 de julio de 2023]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/handle/10324/48737

46. Wanden-Berghe C. Valoración Geriátrica Integral. Hosp Domic. junio de 2021;5(2):115-24. doi: 10.22585/hospdomic.v5i2.136.

47. Araújo LDS, Fierro NJ, Guitérrez P, Rodriguez O. Ciencia de la Ocupación y Terapia Ocupacional: Sus relaciones y aplicaciones a la práctica clínica. Rev Chil Ter Ocupacional. 2021;22(2):267-75. doi: 10.5354/0719-5346.2011.17084

48. Gob.pe. Minsa Realiza Curso Gratuito de Atención Domiciliaria y Formación de Cuidadores para Adultos Mayores [Internet]. Minsa Realiza Curso Gratuito de Atención Domiciliaria y Formación de Cuidadores para Adultos Mayores. [citado 24 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/670631-minsa-realiza-curso-gratuito-de-atencion-domiciliaria-y-formacion-de-cuidadores-para-adultos-mayores

49. Hernández Jiménez CR. Sobrecarga del Cuidador Informal del Adulto Mayor con Grado Dependencia II Urbanización Los Robles - Santa Anita 2022 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023 [citado 13 de julio de 2023]. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4644

50. Crespo M, Rivas MT. La Evaluación de la Carga del Cuidador: una Revisión más allá de la Escala de Zarit. Clínica Salud. marzo de 2015;26(1):9-15. doi: 10.1016/j.clysa.2014.07.002.

51. Romero Quezada. Propiedades Psicométricas de la Escala de Sobrecarga del Cuidador em Pacientes Oncológicos de uma Institución de Salud de Piura 2018. Universidad César Vallejo ; 2018. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29144/Romero_QM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Relación entre sobrecarga del cuidador informal y dependencia funcional en adultos mayores de un Establecimiento de Salud del Nivel Primario					
Problema General	**Objetivo General**	**Hipótesis General**	**Variables**	**Indicadores**	**Metodología**
¿Cuál es relación entre la sobrecarga del cuidador informal y el grado de dependencia funcional de adultos mayores para actividades instrumentales de la vida diaria en un establecimiento de salud del nivel primario?	Determinar la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador informal y el grado de dependencia funcional de adultos mayores para actividades instrumentales de la vida diaria establecimiento de salud del nivel primario.	Existe relación directa entre la sobrecarga del cuidador informal y el grado de dependencia funcional del adulto mayor para actividades instrumentales de la vida diaria establecimiento de salud del nivel primario.	Sobrecarga del cuidador Nivel de dependencia del adulto mayor	Escala de Zarit Escala de Lawton y Brody	Estudio: Cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal, correlacional Población 1: Adultos mayores dependientes para AIVD del CIRAM en el CS Universal-Santa Anita Población 2: Cuidadores informales de adultos mayores dependientes para AIVD del CIRAM en el CS Universal-Santa Anita

Anexo 2. Ficha de Recolección de Datos 1

INTRODUCCIÓN:

El presente instrumento forma parte del trabajo de investigación: "Sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes para actividades de la vida diaria del CIRAM del centro de salud Universal – Santa Anita" de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Se le invita a participar en esta que nos permite registrar información valiosa sobre el nivel de dependencia para realizar actividades de la vida diaria de los adultos mayores conociendo así su grado de funcionalidad. Los resultados se utilizarán solo con fines de estudio, siendo totalmente de carácter anónimo y confidencial. Habiendo aceptado ello, sírvase a marcar con un aspa la opción que considere necesaria y contestar solo lo necesario en los recuadros en blanco.
Agradecemos anticipadamente, su valiosa colaboración esperando la total veracidad en sus respuestas.

SECCIÓN A - SOCIODEMOGRÁFICA		
1	¿Cuál es su edad?	
2	¿Cuál es su sexo?	( ) Varón ( ) Mujer
3	¿Cuál estado civil?	( ) Soltero ( ) Divorciado ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Conviviente ( ) Otros
4	¿Cuál es su lugar de nacimiento?	
5	¿Cuál es su grado de instrucción?	( ) Analfabeto ( ) Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( ) Secundaria incompleta ( ) Secundaria completa ( ) Superior incompleta ( ) Superior completa
6	¿Qué religión profesa?	
7	¿Cuál considera su nivel socioeconómico?	( ) Alto ( ) Medio ( ) Pobre ( ) Pobreza extrema
8	¿Con que sistema de pensiones cuenta?	( ) Pensión 65 ( ) Es salud ( ) Otros ( ) Ninguno
9	¿Qué enfermedades le han diagnosticado?	( ) Ninguno ( ) Hipertensión arterial ( ) Diabetes ( ) Enfermedad renal crónica ( ) Enfermedades pulmonares ( ) Enfermedades osteoarticulares ( ) Demencia ( ) Neoplasias ( ) Hipotiroidismo ( ) Otros_____

A continuación, encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principa

1	**CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO**	
	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
	No utiliza el teléfono	0
2	**HACER COMPRAS**	
	Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	Realiza independientemente pequeñas compras	0
	Necesita ir acompañado para cualquier compra	0
	Totalmente incapaz de comprar	0
3	**PREPARACIÓN DE LA COMIDA**	
	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
4	**CUIDADO DE LA CASA**	
	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
	Necesita ayuda en todas las labores de casa	1
	No participa en ninguna labor de la casa	0
5	**LAVADO DE LA ROPA**	
	Lava por sí solo toda la ropa	1
	Lava por sí solo pequeñas prendas	1
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
6	**USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE**	
	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
	Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
	No viaja	0
7	**RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN**	
	Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
	No es capaz de administrarse su medicación	0
8	**CAPACIDAD DE UTILIZAR DINERO**	
	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	1
	Incapaz de manejar dinero	0
	TOTAL	

Interpretación

Dependencia	Total	Grave	Moderada	Leve	Autónoma
Mujeres	0-1	2-3	4-5	6-7	8
Hombres	0	1	2-3	4	5

Anexo 3. Ficha de Recolección de Datos 2

INTRODUCCIÓN:

El presente instrumento forma parte del trabajo de investigación: "Sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes para actividades de la vida diaria del CIRAM del centro de salud Universal – Santa Anita" de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Se le invita a participar en esta que nos permite registrar información valiosa sobre la sobrecarga que pueden llegar a desarrollar los cuidadores informales de los adultos mayores de este círculo. Los resultados se utilizarán solo con fines de estudio, siendo totalmente de carácter anónimo y confidencial. Habiendo aceptado ello, sírvase a marcar con un aspa la opción que considere necesaria y contestar solo lo necesario en los recuadros en blanco.
Agradecemos anticipadamente, su valiosa colaboración esperando la total veracidad en sus respuestas.

SECCIÓN A - SOCIODEMOGRÁFICA		
1	¿Cuál es su edad?	
2	¿Cuál es su sexo?	( ) Varón ( ) Mujer
3	¿Cuál estado civil?	( ) Soltero ( ) Divorciado ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Conviviente ( ) Otros
4	¿Cuál es su lugar de nacimiento?	
5	¿Cuál es su grado de instrucción?	( ) Analfabeto ( ) Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( ) Secundaria incompleta ( ) Secundaria completa ( ) Superior incompleta ( ) Superior completa
6	¿Qué religión profesa?	
	Parentesco con el adulto mayor del que cuida	
7	¿Cuál considera su nivel socioeconómico?	( ) Alto ( ) Medio ( ) Pobre ( ) Pobreza extrema
8	¿Cuántas horas al día cuida de su familiar?	( ) <8 horas ( ) 8-12 horas ( ) >12 horas
9	¿Cuánto tiempo lleva cuidando de su familiar?	( )< 3 meses ( ) > 1 año ( ) 3-6 meses ( ) 6-12 meses
10	¿Cuál es su ingreso económico mensual?	( ) 200-930 soles ( ) 930-1500 soles ( ) >1500 soles
11	¿Cuenta con seguro de salud activo?	( ) SIS ( ) Es salud ( ) Ninguno ( ) Otros _____
12	¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad mental?	( ) Ninguna ( ) Ansiedad ( ) Depresión ( ) Otros _____

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

Nunca= 0, Rara vez= 1, Algunas veces= 2, Bastantes veces=3, Casi siempre=4

N°	Preguntas	0	1	2	3	4
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 usted?					
3	¿Se siente agobiado 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 a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido 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 a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo 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 de que 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 cuidar a su familiar?					

Interpretación	
22-46	No sobrecarga
47-55	Sobrecarga leve
56-110	Sobrecarga intensa

Anexo 4. Consentimiento Informado

Estimado participante:

Está invitado a ser parte del estudio ***"Relación entre Sobrecarga del Cuidador Informal y Dependencia Funcional en Adultos Mayores de un Establecimiento de Salud del Nivel Primario"***. El tiempo estimado para rellenar el cuestionario es de aproximadamente 10 minutos. Por lo cual le pedimos reservar un espacio sin distracciones y cómodo para que usted complete los formularios con éxito.

Investigadora principal: Lucia Angelica Martinez Salirrosas

Introducción:
La problemática de la diada cuidador-adulto mayor suele detectarse de forma tardía y cuando la patología subyacente ya comienza a tener manifestaciones clínicas, tanto físicas como mentales, en cada uno de los involucrados. Esto exige al sistema de salud, un mayor tiempo de intervención y una mayor demanda de recursos médicos en un nivel de atención más avanzado. Es por ello por lo que con este estudio se busca promover la detección temprana de ambos problemas en el primer nivel de atención y con ello plantear intervenciones que mejoren la calidad de vida de ambos personajes. Por lo cual, el objetivo de este estudio es determinar la asociación entre nivel de sobrecarga del cuidador y el grado de dependencia funcional de adultos mayores en un centro de salud.

Riesgos:
Los cuestionarios le tomaron alrededor de 15 minutos para completarlos. Esto podría generarle cansancio e incomodidad.
Costos y compensación:
Usted no deberá pagar nada por su participación en la investigación y no recibirá ningún aporte económico.
Confidencialidad:
La información que se nos otorgue será completamente anónima, no se solicitara nombres ni datos sensibles que permitan conocer su identidad. Si los resultados de esta investigación se publican, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de los participantes.
Derecho de participante:
Si decide participar en este estudio, puede retirarse en cualquier momento sin daño alguno. Si tiene cualquier duda, comuníquese con la investigadora principal Lucia Angelica Martinez Salirrosas al correo lucia.martinez@unmsm.edu.pe y/o al número 910608895.

DECLARACION Y/O CONSENTIMIENTO
Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participare si decido ingresar a esta investigación, también entiendo que puedo no participar y puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Con la información brindada.
¿Acepta voluntariamente participar en este estudio?
Si (__) No (__)

Anexo 5. Documento de aprobación por parte del Comité de Ética

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo "

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO DE ESTUDIO N°: 0005-2024

En Lima, a los dieciséis días del mes de enero, en Sesión del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN, previa evaluación del Proyecto de Tesis de Pregrado titulado: **"Relación entre sobrecarga del cuidador informal y dependencia funcional en adultos mayores de un establecimiento de salud del nivel primario"** presentada por **Lucia Angélica Martinez Salirrosas**, de la escuela profesional de medicina humana, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ACUERDA:

Dar por **APROBADO** dicho Proyecto, considerando que se ha cumplido satisfactoriamente con las recomendaciones en aspectos Científicos Técnicos y Éticos para la investigación en seres humanos.

"El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el 15 de enero de 2025"

Lima, 16 de enero de 2024

JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRA
PRESIDENTE DEL C.E.I. / F.M. / U.N.M.S.M
FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO
CODIGO DOCENTE: 0A3079
CMP: 043040 RNE: 028980 - RNSE: S00415

Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra
Presidente del CEI/FM/UNMSM

Anexo 6. Resolución Decanal

UNMSM

Firmado digitalmente por PODESTA GAVILANO Luis Enrique FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21.02.2024 17:14:17 -05:00

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA
DECANATO

Lima, 21 de Febrero del 2024

RESOLUCIÓN DECANAL N° 000696-2024-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital Nº UNMSM-20240008153, de fecha 19 de enero de 2024 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato N° 1569-D-FM-2013 ratificada con Resolución Rectoral N° 01717-R-2016 de fecha 19 de abril de 2016, se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su **Capítulo I. Introducción, Art. 2:** establece que: *"La tesis debe ser un trabajo inédito de aporte original, por la cual se espera que los estudiantes adquieran destrezas y conocimientos que los habiliten para utilizar la investigación como un instrumento de cambio, cualquiera sea el campo del desempeño"* así mismo, en su **Capítulo VI: Del Asesoramiento de la tesis:** Art. 28 establece que: *"La Dirección de la EAP con la opinión favorable del Comité de Investigación, solicitará a la Dirección Académica la Resolución Decanal respectiva para proceder a su ejecución";*

Que, mediante Oficio N°000324-2024-EPMH-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana; eleva el Informe de la Mg. Yolanda Aurora León Álvarez, docente asociada del Departamento Académico de Psiquiatría y Jurado informante del Proyecto de Tesis titulado "RELACIÓN ENTRE SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL Y DEPEDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL NIVEL PRIMARIO", presentado por la Bachiller Lucia Angélica Martinez Salirrosas, con código de matrícula 14010195, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano; informa que el Proyecto de Tesis mencionado se encuentra APTO para ser ejecutado; por lo que, solicita autorizar la emisión de la Resolución de Decanato respectiva incluyendo el nombre de la asesora de la tesis Mg. Ybeth Luna Solís con código 0A4279, docente auxiliar del Departamento Académico de Psiquiatría; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N°30220;

SE RESUELVE:

1° Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:

Bachiller: **Lucia Angélica Martinez Salirrosas** **Código de matrícula N° 14010195** **E.P. de Medicina Humana**	**Título del Proyecto de Tesis:** **"RELACIÓN ENTRE SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL Y DEPEDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL NIVEL PRIMARIO"**
Asesora: **Mg. Ybeth Luna Solís** **Código docente: 0A4279**	

2° Encargar a la Escuela Profesional de Medicina Humana el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

UNMSM

DR. MANUEL HERNAN IZAGUIRRE SOTOMAYOR
VICEDECANO ACADÉMICO (E)

DR. LUIS ENRIQUE PODESTÁ GAVILANO
DECANO

Firmado digitalmente por IZAGUIRRE SOTOMAYOR Manuel Hernan FAU 20148092282 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 20.02.2024 09:15:15 -05:00

/mmb

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **COUCWHC**