

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE SOBRECARGA Y LA PRESENCIA DE
SOMATIZACIONES EN CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS
EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2020**

Tesis presentada por la Bachiller:

Fernández Medina, Grecia Liz

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dr. Núñez Bernal, Cesar Augusto

Arequipa - Perú

2020



Universidad Católica
de Santa María

46

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 002 - FMH-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE SOBRECARGA Y LA PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020”

Presentado por el (la) Sr(ta):

FERNANDEZ MEDINA, GRECIA LIZ

Nuestro dictamen es:

Procedente

OBSERVACIONES:

Arequipa,

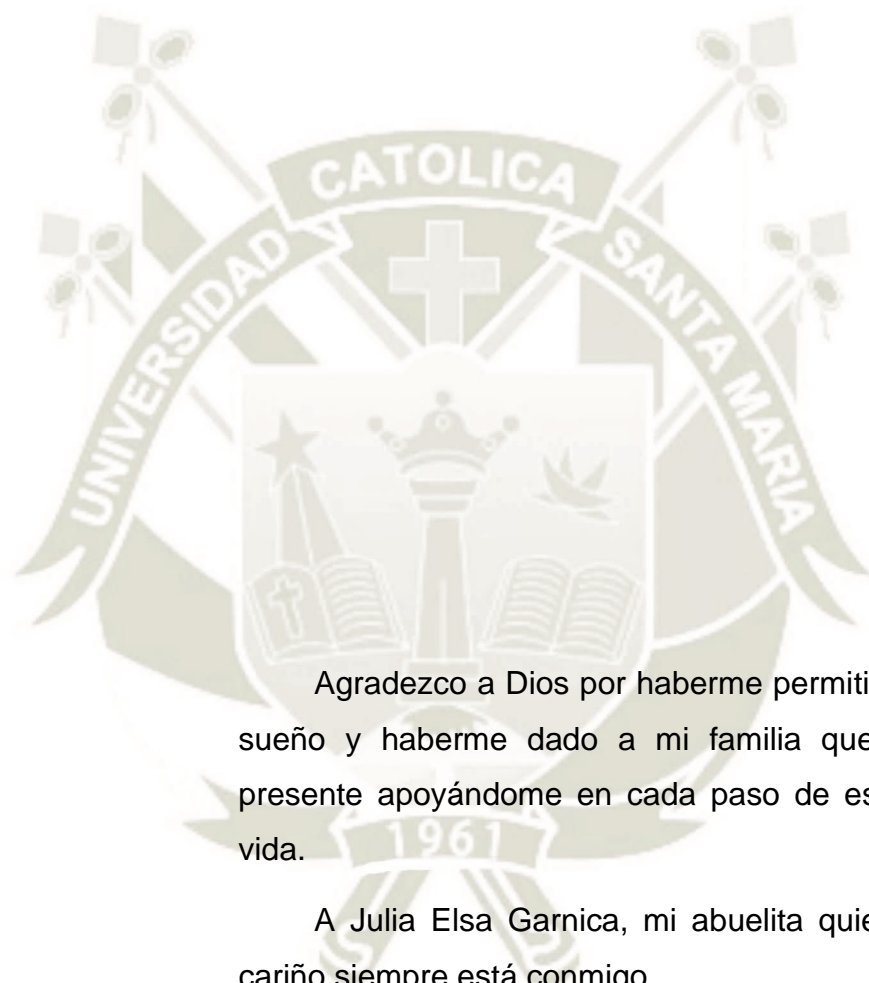
Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez
Médico en Salud Mental del Niño, Adolescente y Familia
Medicina Psiquiatría - Psicoterapeuta
R.O.C. - R.N.E. 15303

DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRIGUEZ

Dr. JOSHEP VILCA CACERES
C.M.P. 53640 - R.N.E. 25020
MEDICINA FAMILIAR

DR. JOSHEP VILCA CACERES

DRA. AGUEDA MUÑOZ DEL CARPIO TOIA



Agradezco a Dios por haberme permitido cumplir este sueño y haberme dado a mi familia que siempre está presente apoyándome en cada paso de esta etapa de la vida.

A Julia Elsa Garnica, mi abuelita quien con todo su cariño siempre está conmigo.

A mis doctores por todos los conocimientos y esfuerzo por impulsar la formación adecuada.

A mis amigos que fueron momentos especiales en estos años de la carrera.

A los cuidadores de adultos mayores que apoyaron a lograr este trabajo.



Dedico este trabajo a mi familia por todo el apoyo incondicional que me brindaron durante estos años para conseguir esta meta

A mi hermano quien siempre estuvo conmigo en cada momento ayudándome para cumplir este objetivo en mi vida.



*“Saber envejecer es la mayor de las sabidurías y uno de los más
difíciles capítulos del gran arte de vivir”*

Enrique Federico Amiel

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre el grado de sobrecarga y la presencia de somatizaciones en cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2020.

Métodos: Se encuestó a una muestra de 107 cuidadores de pacientes adultos mayores que cumplieron criterios de selección. Se aplicó una ficha de datos, la escala Zarit, la escala de Barthel y el cuestionario PHQ – 15 (Patient Health Questionnaire). Se muestran resultados con estadística descriptiva y se asocian variables mediante prueba de independencia chi cuadrado.

Resultados: El 71.03% de cuidadores fueron mujeres y 28.97% varones, con edades que en 52.34% de casos estuvieron entre los 40 y 59 años. El 36.45% de casos fueron solteros y 32.71% casados, los cuidadores fueron los hijos en 58.88%, con nivel de instrucción superior en 61.68%, de ocupación profesional en 41.12%. El tiempo dedicado a sus actividades habituales fue de 6 a 8 horas en 54.21%. El 46.73% de cuidadores se dedica al paciente por más de 3 años con un tiempo diario de cuidado de 4 a 8 horas en 52.34% de casos en horario de tarde en 28.04% de casos y noche en 16.82%; solo 10.28% de cuidadores recibió capacitación previa, y 23.36% de casos tenía experiencia en el cuidado. Los adultos mayores sometidos a cuidado en 52.34% fueron mujeres y 47.66% varones, con edad de 80 a 89 años en 37.38%. La dependencia del paciente fue leve en 12.15%, moderada en 31.78%, grave en 27.10% y total en 24.30% de casos. Se encontró sobrecarga del cuidador en 81.31% de casos, siendo ligera en 23.36% de cuidadores y severa en 57.94%. Se presentaron síntomas de somatización en 59.81% de cuidadores. Cuando no hay sobrecarga del cuidador, solo 5% de casos tienen somatización, en casos de sobrecarga ligera 32% tienen somatización, y esta sube a 88.71% entre los cuidadores con sobrecarga severa ($p < 0.05$).

Conclusiones: Existe una alta frecuencia de sobrecarga de cuidador y su severidad se relaciona de manera significativa con síntomas de somatización.

PALABRAS CLAVE: adulto mayor, cuidador, sobrecarga, somatización.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between the degree of overload and the presence of somatizations in caregivers of older adults treated at Honorio Delgado Espinoza Hospital, Arequipa - 2020.

Methods: Survey of a sample of 107 caregivers of elderly patients who met selection criteria. A data sheet, the Zarit scale, the Barthel scale and the PHQ-15 (Patient Health Questionnaire) questionnaire were applied. Results are shown with descriptive statistics and variables are associated by chi-square independence test.

Results: 71.03% of caregivers were female and 28.97% male, with ages that in 52.34% of cases were between 40 and 59 years. 36.45% of cases were single and 32.71% married, the caregivers were the children in 58.88%, with higher education level in 61.68%, professional occupation in 41.12%. The time dedicated to their usual activities was 6 to 8 hours at 54.21%. 46.73% of caregivers are dedicated to the patient for more than 3 years with a daily care time of 4 to 8 hours in 52.34% of cases in the afternoon in 28.04% of cases and night in 16.82%; Only 10.28% of caregivers received prior training, and 23.36% of cases had experience in care. Older adults undergoing care in 52.34% were women and 47.66% men, aged 80 to 89 years at 37.38%. The dependence of the patient was mild in 12.15%, moderate in 31.78%, severe in 27.10% and total in 24.30% of cases. Caregiver overload was found in 81.31% of cases, being light in 23.36% of caregivers and severe in 57.94%. Somatization symptoms occurred in 59.81% of caregivers. When there is no caregiver overload, only 5% of cases have somatization, in cases of light overload 32% have somatization, and this rises to 88.71% among caregivers with severe overload ($p < 0.05$).

Conclusions: There is a high frequency of caregiver overload and its severity is significantly related to somatization symptoms.

KEY WORDS: older adult, caregiver, overload, somatization.

INTRODUCCIÓN

Según las Naciones Unidas “La población mundial está envejeciendo: la mayoría de países del mundo están experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores. El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales” (1).

Por lo expuesto por las Naciones Unidas en la revisión de 2019 del informe «Perspectivas de la Población Mundial», se espera que 1 de cada 6 personas en el mundo sea adulta mayor para el 2050 a comparación de lo que se vive en el 2019 donde solo 1 de cada 11 personas son adultos mayores. A nivel mundial, este grupo de población crece más rápidamente que los de personas más jóvenes” (1).

La Organización mundial de la salud refiere que “La necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando. Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales” (2).

En el Perú según el informe técnico diciembre 2019 sobre la situación de la Población Adulta Mayor revela, la estructura de la pirámide poblacional por edad y sexo está sufriendo cambios significativos como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,4% en el año 2018, a 12,4% en el año 2019 y el 42,5% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad (3)(28).

Sobre el efecto en el cuidador provocado por asumir la labor de asistir a un adulto mayor, se ha conceptualizado que el cuidado informal es un evento vital estresante, reportándose que el hecho de convertirse en cuidador se convierte en un evento estresor que impacta negativamente y que probablemente le sobrecargará (4).

De hecho, las personas que asumen el cuidado de una persona con algún grado de dependencia suelen verse afectada su salud de manera grave, tanto su salud física

como su salud mental, teniendo consecuencias negativas sobre su bienestar psicológico. Por lo tanto la palabra usual de “carga” se utiliza para describir la situación de malestar y estrés sobre el cuidador (4).

Estos resultados de la investigación han llevado a etiquetar este conjunto de repercusiones con el término de «síndrome del cuidador» como si de una patología clínica se tratara (4).

Durante los años de estudio de la carrera de medicina humana en la etapa de clínicas había una gran proporción de adultos mayores que acudían tanto a consulta como hospitalizados por diversas patologías, junto con ellos la mayoría contaba con un cuidador que los asistían, velaban por ellos y en algunas ocasiones estos cuidadores se aquejaban de ciertas molestias inesperadas como cefalea, dolor abdominal, sensación de falta de aire y entre otras. Esta situación me llevo a pensar que los cuidadores descuidan su propia salud tanto psicológica como física por llevar esta labor. Tal escenario me llevo a investigar del tema para lo cual se presentan estudios en diversos países, sin embargo, en nuestro país no se encuentra mucha información relacionada, motivo por el cual llevo a investigar más sobre el tema para posibles intervenciones futuras ya que es una cuestión que tiene impacto en la salud.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que existe una alta frecuencia de sobrecarga de cuidador y su severidad se relaciona de manera significativa con síntomas de somatización.

Los resultados de la investigación servirán para plantear estrategias de afrontamiento para este grupo vulnerable.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I MATERIALES Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS	9
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	30
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
ANEXOS	45
Anexo 1: Índice de Barthel	46
Anexo 2: Escala de entrevista de sobrecarga de Zarit	47
Anexo 3: Cuestionario PHQ – 15 (Patient Health Questionnaire)	48
Anexo 4: Consentimiento Informado	49
Anexo 5: Ficha de recolección de datos.....	50
Anexo 6: Autorización para realizar encuestas	51
Anexo 7: Matriz de sistematización de información.....	52
Anexo 8 Proyecto de investigación	58

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas de los cuidadores: edad y sexo	10
Tabla 2 Características sociodemográficas de los cuidadores: estado civil, parentesco, instrucción y ocupación	12
Tabla 3 Características del cuidado proporcionado por los cuidadores	15
Tabla 4 Características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores: edad y sexo	18
Tabla 5 Principales patologías de los pacientes adultos mayores	20
Tabla 6 Grado de dependencia de los pacientes adulto mayores	22
Tabla 7 Presencia de sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores	24
Tabla 8 Presencia de síntomas de somatización en los cuidadores de adultos mayores	26
Tabla 9 Relación entre grado de sobrecarga y presencia de síntomas de somatización en cuidadores de adultos mayores	28

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 Características sociodemográficas de los cuidadores: edad y sexo	11
Gráfico 2 Características sociodemográficas de los cuidadores: estado civil, parentesco, instrucción y ocupación	13
Gráfico 3 Características del cuidado proporcionado por los cuidadores.....	16
Gráfico 4 Características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores: edad y sexo	19
Gráfico 5 Principales patologías de los pacientes adultos mayores.....	21
Gráfico 6 Grado de dependencia de los pacientes adulto mayores	23
Gráfico 7 Presencia de sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores.....	25
Gráfico 8 Presencia de síntomas de somatización en los cuidadores de adultos mayores.....	27
Gráfico 9 Relación entre grado de sobrecarga y presencia de síntomas de somatización en cuidadores de adultos mayores.....	29



CAPÍTULO I
MATERIALES Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de encuesta.

Instrumentos: Ficha de recolección de datos, escala Zarit, escala de Barthel y cuestionario PHQ – 15 (Patient Health Questionnaire).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Perú.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante el periodo 2018-2020.

2.3. Unidades de estudio:

Cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Población: Todos los cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio.

Muestra: Incidental de 107 cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo determinado de estudio, mediante la fórmula de muestra para correlaciones.

$$n = \left[\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

Dónde:

n = tamaño de muestra

Z α = Coeficiente de confiabilidad para un nivel de confianza de 95% = 1.96

Z β = Coeficiente de confiabilidad para un poder estadístico de un 80% = 0.84

r = Coeficiente de correlación estadística = 0.3

(Regular)

$$\left(\frac{1,96 + 0,84}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+0,3}{1-0,3} \right)} \right)^2 + 3 \approx 85$$

El tamaño de muestra planteado, estimando un 20% de posibles pérdidas de información durante la ejecución del estudio: 107 cuidadores

$$n' = \frac{n}{1-L} = \frac{85}{1-0,2} = 106,25 \approx 107$$

2.4. Criterios de selección:

◆ **Criterios de Inclusión**

- Mayores de 18 años
- Tener tres o más meses al cuidado del paciente.
- Cuidadores de adultos mayores atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- Cuidadores que deseen participar voluntariamente y firmen el consentimiento informado.

◆ **Criterios de Exclusión**

- Cuidadores de pacientes no adultos mayores
- Cuidadores con antecedentes psiquiátricos de fondo.
- Encuestas mal llenadas o incompletas

3. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

4. Diseño de investigación:

Se trata de un estudio observacional, transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se procedió a presentación de proyecto de tesis al decano de facultad de Medicina Humana, presentando dictamen favorable de proyecto de tesis (Modalidad de taller de tesis)

Presentación de proyecto de tesis al comité de ética

Solicitud por capacitación al director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, conjuntamente a los jefes de departamento de medicina presentando el proyecto de tesis para poder realizar la recolección de datos en sus instalaciones, en el anexo 6 se cuenta con la autorización.

5.2. Validación de los instrumentos

- ◆ **La ficha de recolección** de datos no requiere de validación por tratarse de un instrumento para recolectar información.
- ◆ **La escala Zarit**

La escala Zarit es un instrumento diseñado para valorar los niveles de sobrecarga que padecen los cuidadores de una persona, teniendo una sensibilidad del 100%, una especificidad del 77.5%. Es ampliamente empleada en diversos estudios de cuidadores con algún grado de dependencia y en otras poblaciones (14).

La cual cuenta con validación en España, Chile y es frecuentemente utilizada en países sudamericanos, siendo un instrumento útil para la detección de sobrecarga en pacientes dependientes, gracias a que es una herramienta que involucra y evalúa dimensiones diferentes en comparación con versión de la escala Zarit abreviada que tiene resultados como tamizaje (14), (42).

La escala Zarit es un instrumento que tiene 22 preguntas las cuales tiene 5 probables respuestas: nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre. Las respuestas se puntúan del 1 a 5 teniendo puntaje total en un rango de 22 a 110, a partir de lo cual se diferencian los grados de sobrecarga:

- ausencia de sobrecarga (≤ 46)
- sobrecarga ligera (47-55)
- sobrecarga intensa (≥ 56) (21).

◆ Índice de Barthel

El índice de Barthel o escala de Barthel es una herramienta que permite medir la capacidad de una persona para poder realizar 10 actividades de la vida diaria, las cuales son consideradas básicas recibiendo una puntuación a partir de ello se logra tener una estimación cuantitativa del grado de independencia (11).

Las actividades que se consideran son:

- Comer
- Aseo
- Control de heces
- Control de orina
- Baño
- Vestirse
- Usar el retrete
- Traslado cama/silla

- Desplazarse
- Subir/ baja escaleras (11),

Para la puntuación se le asigna valores a cada actividad teniendo en cuenta el tiempo y cuanta ayuda física necesita el paciente quien no puede realizar dicha actividad. Teniendo en consideración que el puntaje no se otorga si el paciente no puede realizar la actividad con seguridad sin alguien presente (41).

La interpretación sugerida es:

- 0 – 20: Dependencia total
- 21 – 60: Dependencia severa
- 61 – 90: Dependencia moderada
- 91 – 99: Dependencia escasa
- 100: Independencia (41),

Respecto a la fiabilidad se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 para la versión original, siendo utilizada en diversos estudios debido a que es un instrumento cómodo de aplicar, que se realiza entre 2 a 5 minutos, fácil de interpretar, con gran utilidad en la rehabilitación por su validez y fiabilidad (11).

◆ **El cuestionario PHQ – 15 (Patient Health Questionnaire)**

El cuestionario PHQ – 15 es un instrumento de diagnóstico que se ha desarrollado para la detección de trastornos somatomorfos, que consta de una lista de 15 síntomas somáticos:

- Dolor de estomago
- Dolor de espalda
- Dolor de cabeza
- Dolor torácico (zona del pecho)
- Dolor en sus brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)
- Dolores menstruales u otras molestias asociadas a la menstruación

(sólo mujeres)

- Mareos
- Desmayos
- Palpitaciones o sentir el corazón acelerado
- Falta de respiración
- Dolo o problemas durante sus relaciones sexuales
- Estreñimiento o diarrea
- Nauseas o indigestión
- Sentirse cansado o pocas energías
- Problemas de sueño

Se realiza la puntuación de estos 15 síntomas, con 3 posibles respuestas: no me han molestado, me han molestado un poco o me han molestado mucho, recibiendo un puntaje de 0, 1 y 2 puntos respectivamente, estableciendo la presencia de somatizaciones con un puntaje ≥ 5 (26).

El cuestionario PHQ-15 en su versión española se mostró factible, fiable y válido para evaluar síntomas somáticos, teniendo una sensibilidad de 78% y una especificidad de 71% (25), (17).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento, con la participación voluntaria de los cuidadores de adultos mayores teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables se realizó con la prueba de independencia chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v. 22.0 para Windows.



CAPÍTULO II
RESULTADOS

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA – 2020**

Tabla 1
Características sociodemográficas de los cuidadores: edad y sexo

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 años	2	1.87%	0	0.00%	2	1.87%
20-29 años	6	5.61%	11	10.28%	17	15.89%
30-39 años	10	9.35%	10	9.35%	20	18.69%
40-49 años	6	5.61%	19	17.76%	25	23.36%
50-59 años	4	3.74%	27	25.23%	31	28.97%
60-69 años	3	2.80%	8	7.48%	11	10.28%
≥ 70 años	0	0.00%	1	0.93%	1	0.93%
Total	31	28.97%	76	71.03%	107	100.00%

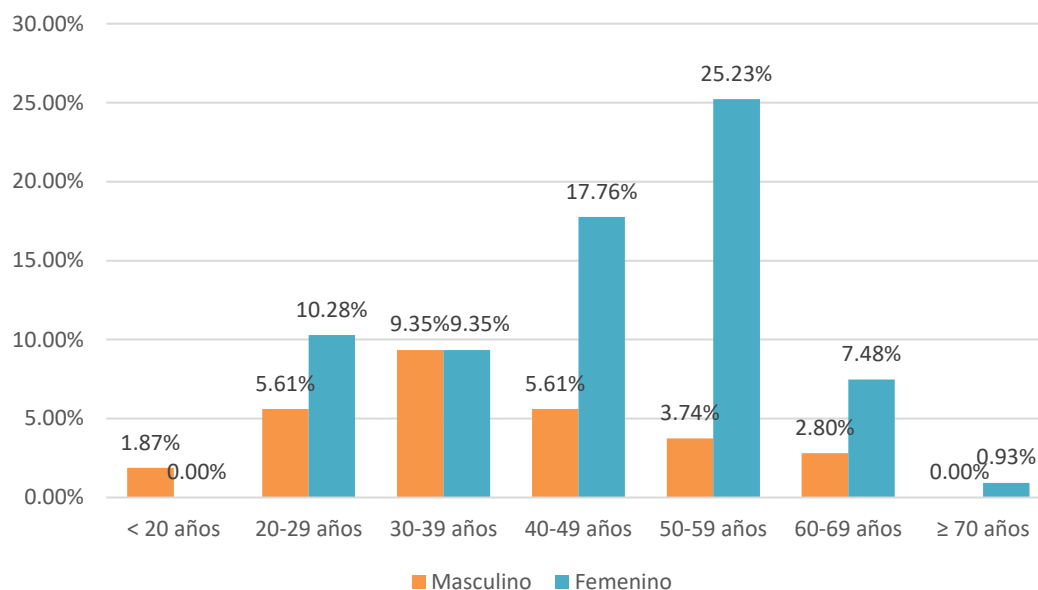
FUENTE: Propia.

En la **tabla y gráfico 1** se aprecia las características de los cuidadores de adultos mayores según edad y sexo; el 71.03% de cuidadores fueron mujeres y 28.97% varones, con edades que en 52.34% de casos estuvieron entre los 40 y 59 años.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Gráfico 1

Características sociodemográficas de los cuidadores: edad y sexo



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

Masculino: 38.32 ± 14.07 años (18 – 66 años)

Femenino: 46.66 ± 12.83 años (23 – 78 años)

FUENTE: Propia.

En la tabla y gráfico 1 podemos observar que la edad promedio de los varones cuidadores fue de 38.32 ± 14.07 años, y para las mujeres fue de 46.66 ± 12.83 años.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Tabla 2

**Características sociodemográficas de los cuidadores: estado civil,
parentesco, instrucción y ocupación**

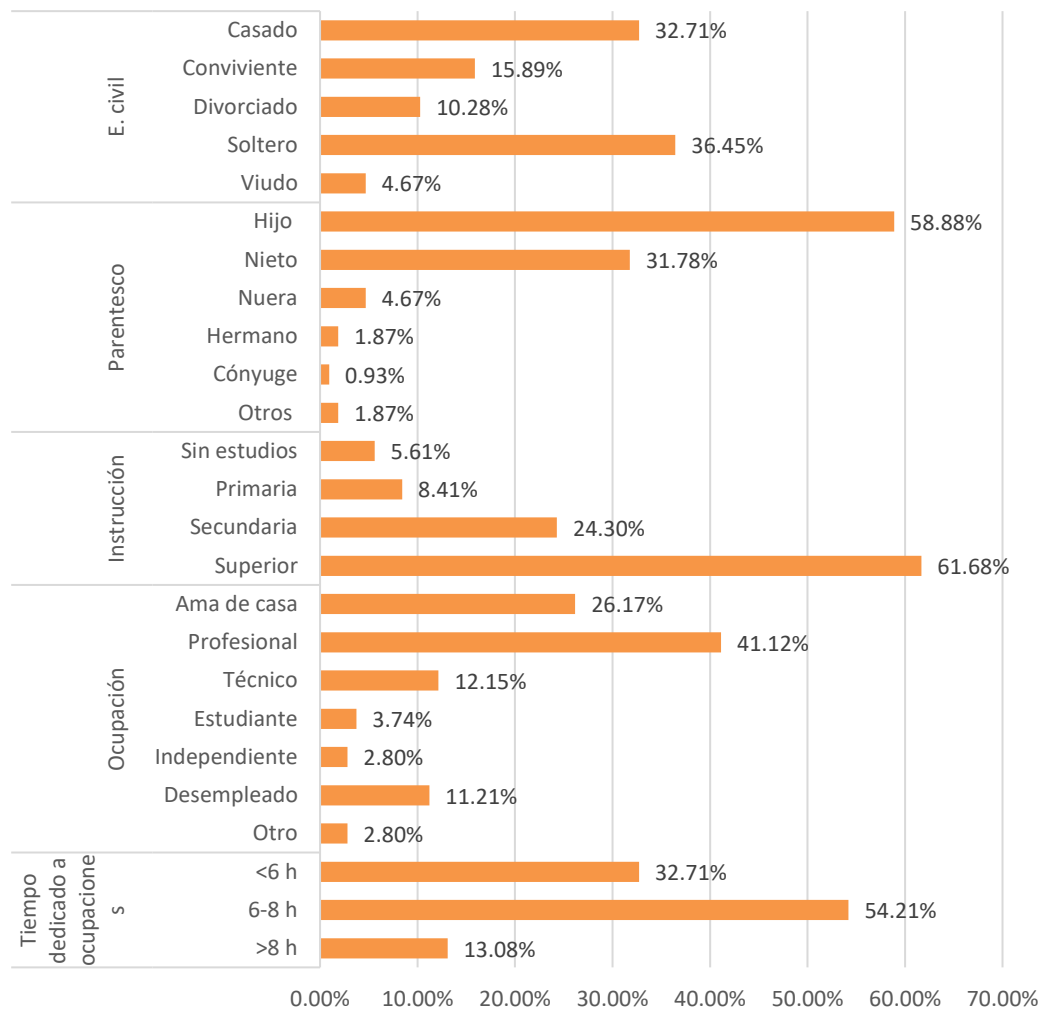
		N°	%
E. civil	Casado	35	32.71%
	Conviviente	17	15.89%
	Divorciado	11	10.28%
	Soltero	39	36.45%
	Viudo	5	4.67%
Parentesco	Hijo	63	58.88%
	Nieto	34	31.78%
	Nuera	5	4.67%
	Hermano	2	1.87%
	Cónyuge	1	0.93%
	Otros	2	1.87%
Instrucción	Sin estudios	6	5.61%
	Primaria	9	8.41%
	Secundaria	26	24.30%
	Superior	66	61.68%
Ocupación	Ama de casa	28	26.17%
	Profesional	44	41.12%
	Técnico	13	12.15%
	Estudiante	4	3.74%
	Independiente	3	2.80%
	Desempleado	12	11.21%
	Otro	3	2.80%
Tiempo dedicado a ocupaciones	<6 h	35	32.71%
	6-8 h	58	54.21%
	>8 h	14	13.08%
Total		107	100.00%

FUENTE: Propia.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Gráfico 2

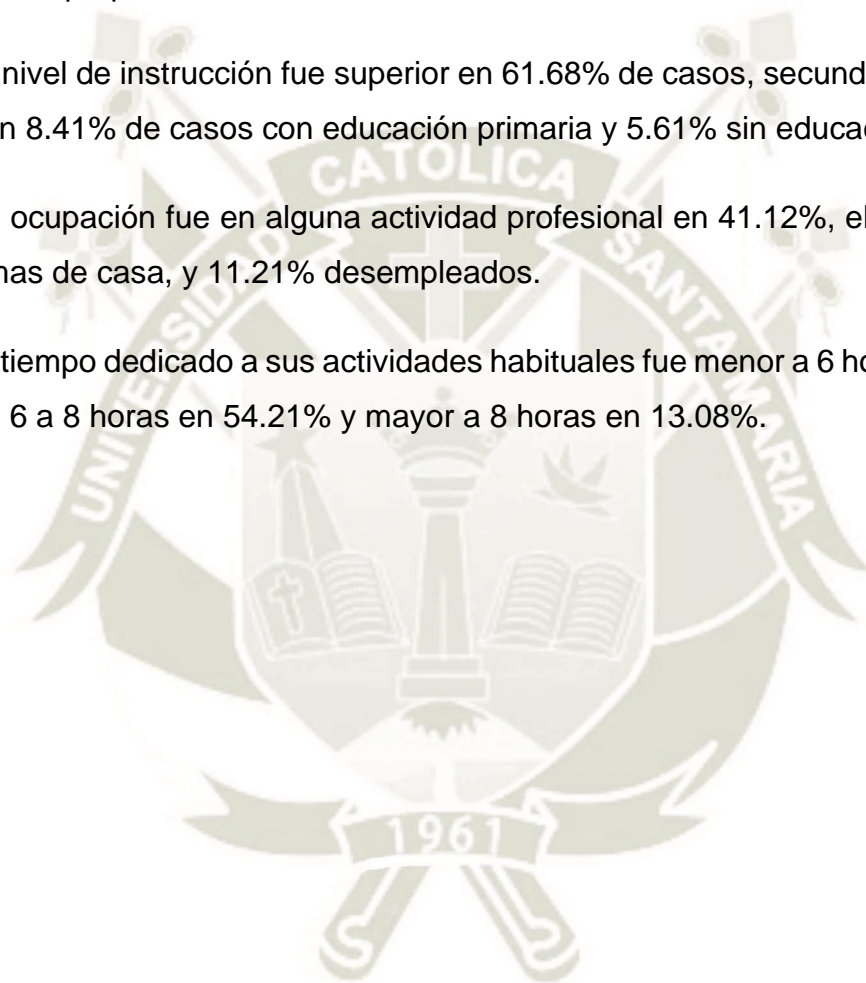
**Características sociodemográficas de los cuidadores: estado civil,
parentesco, instrucción y ocupación**



FUENTE: Propia.

En la **tabla y gráfico 2** se muestra otras características demográficas de los cuidadores:

- En cuanto al estado civil el 36.45% de casos fueron solteros y 32.71% casados con 15.89% de convivientes.
- La relación de parentesco fue de hijos en 58.88%, 31.78% fueron nietos y en menor proporción otra relación.
- El nivel de instrucción fue superior en 61.68% de casos, secundaria en 24.30%, con 8.41% de casos con educación primaria y 5.61% sin educación.
- La ocupación fue en alguna actividad profesional en 41.12%, el 26.17% fueron amas de casa, y 11.21% desempleados.
- El tiempo dedicado a sus actividades habituales fue menor a 6 horas en 32.71%, de 6 a 8 horas en 54.21% y mayor a 8 horas en 13.08%.



**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

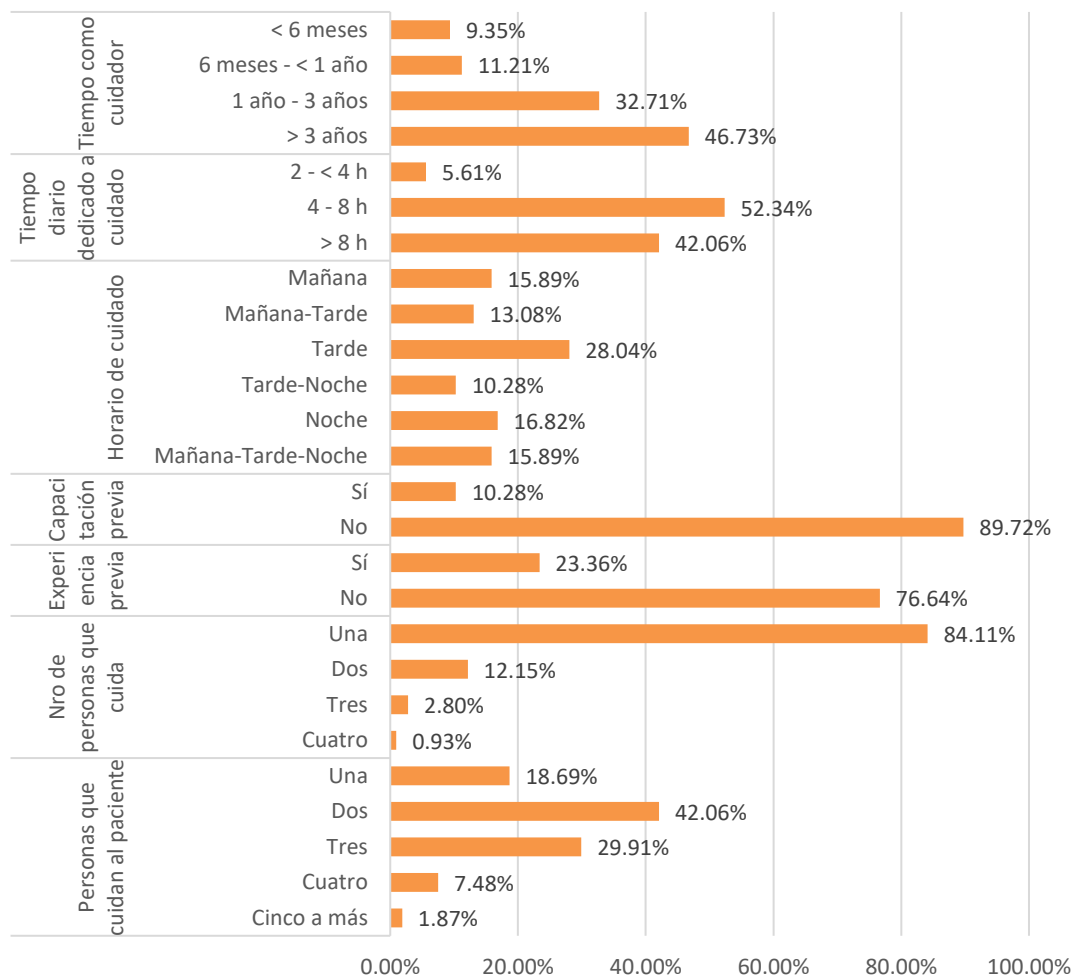
Tabla 3
Características del cuidado proporcionado por los cuidadores

		N°	%
Tiempo como cuidador	< 6 meses	10	9.35%
	6 meses - < 1 año	12	11.21%
	1 año - 3 años	35	32.71%
	> 3 años	50	46.73%
Tiempo diario dedicado a cuidado	2 - < 4 h	6	5.61%
	4 - 8 h	56	52.34%
	> 8 h	45	42.06%
Horario de cuidado	Mañana	17	15.89%
	Mañana-Tarde	14	13.08%
	Tarde	30	28.04%
	Tarde-Noche	11	10.28%
	Noche	18	16.82%
	Mañana-Tarde-Noche	17	15.89%
Capacitación previa	Sí	11	10.28%
	No	96	89.72%
Experiencia previa	Sí	25	23.36%
	No	82	76.64%
Nro de personas que cuida	Una	90	84.11%
	Dos	13	12.15%
	Tres	3	2.80%
	Cuatro	1	0.93%
Personas que cuidan al paciente	Una	20	18.69%
	Dos	45	42.06%
	Tres	32	29.91%
	Cuatro	8	7.48%
	Cinco a más	2	1.87%
Total		107	100.00%

FUENTE: Propia.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Gráfico 3
Características del cuidado proporcionado por los cuidadores



FUENTE: Propia.

En cuanto a las características del cuidado en los cuidadores, la **tabla y gráfico 3** muestran que:

- El 46.73% de cuidadores realiza esta labor por más de 3 años, y 32.71% entre 1 y 3 años; solo un 9.35% de casos se dedica al cuidado del paciente adulto mayor por menos de 6 meses.
- El tiempo diario dedicado al cuidado es de 4 a 8 horas en 52.34% de casos, y mayor a 8 horas en 42.06%.
- El horario de cuidado es en las tardes en 28.04% de casos, en la noche en 16.82%, en 15.89% de casos se realiza cuidado en la mañana o en los tres turnos.
- Solo 10.28% de cuidadores recibió capacitación previa, y 23.36% de casos tenía experiencia previa en el cuidado.
- El 84.11% de cuidadores se dedica a un solo anciano, y 12.15% a dos de ellos y el restante 3.74% de tres a cuatro pacientes.
- En un 18.69% de casos el cuidador es el único responsable del cuidado, en 42.06% de casos hay dos responsables, y en 29,91% tres, y en 9.35% de casos de cuatro a seis cuidadores por paciente

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Tabla 4
**Características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores: edad
y sexo**

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
60-69 años	8	7.48%	6	5.61%	14	13.08%
70-79 años	13	12.15%	23	21.50%	36	33.64%
80-89 años	22	20.56%	18	16.82%	40	37.38%
90-99 años	8	7.48%	9	8.41%	17	15.89%
Total	51	47.66%	56	52.34%	107	100.00%

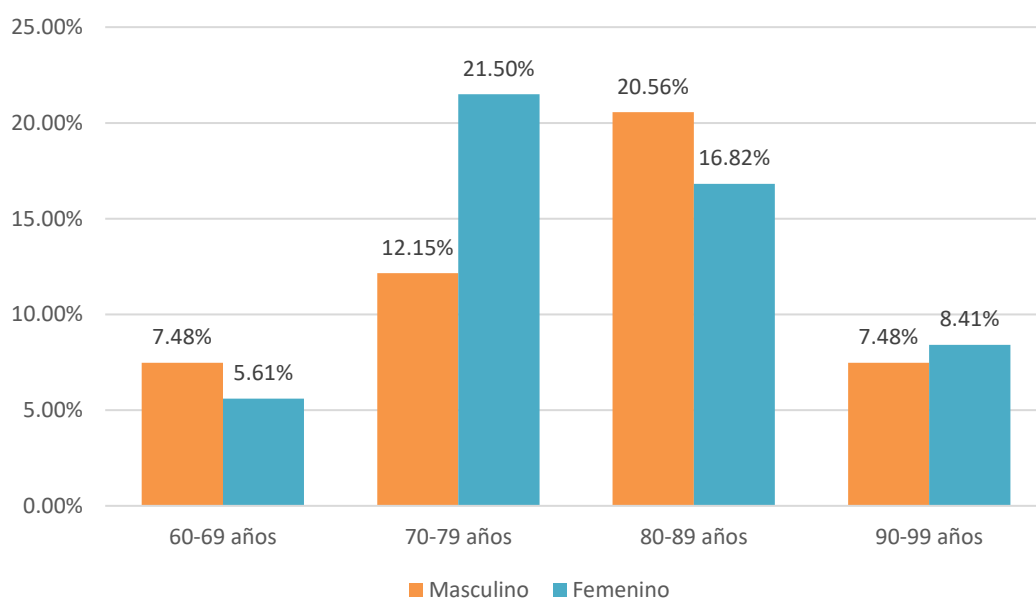
FUENTE: Propia.

En la **Tabla y gráfico 4** se muestran las características de edad y sexo de los adultos mayores sometidos a cuidado. El 52.34% fueron mujeres y 47.66% varones, con edad de 60 a 69 años en 13.08%, de 70 a 79 años en 33.64%, 80 a 89 años en 37.38%, y en 15.89% de casos los pacientes tuvieron de 90 a 99 años. La edad promedio de los pacientes varones fue de 79.96 ± 9.06 años y para las mujeres fue de 79.50 ± 8.53 años.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Gráfico 4

**Características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores: edad
y sexo**



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

Masculino: 79.96 ± 9.06 años (60 – 98 años)

Femenino: 79.50 ± 8.53 años (61 – 94 años)

FUENTE: Propia.

De la tabla y gráfico 4 sobre la edad y sexo de los adultos mayores se encontró una mayor proporción de mujeres y en respecto a la edad va en el rango de edad de 80 a 89 años.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

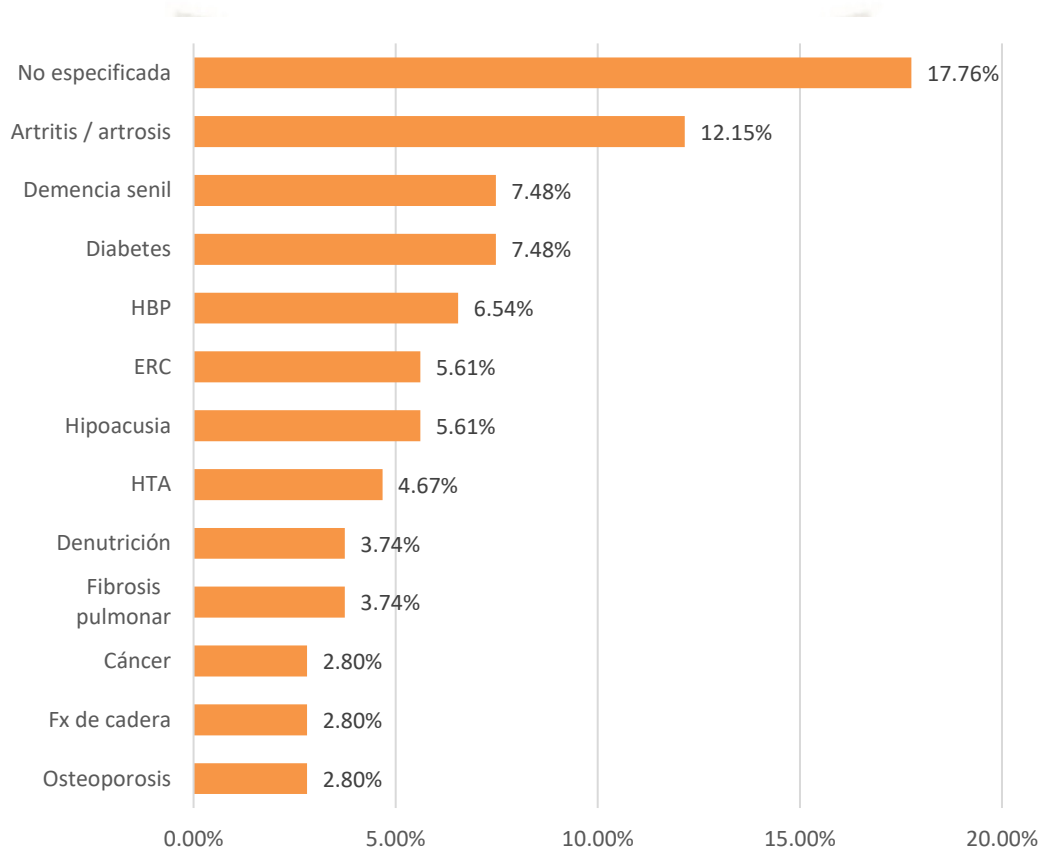
Tabla 5
Principales patologías de los pacientes adultos mayores

	N°	%
No especificada	19	17.76%
Artritis / artrosis	13	12.15%
Demencia senil	8	7.48%
Diabetes	8	7.48%
HBP	7	6.54%
ERC	6	5.61%
Hipoacusia	6	5.61%
HTA	5	4.67%
Desnutrición	4	3.74%
Fibrosis pulmonar	4	3.74%
Cáncer	3	2.80%
Fx de cadera	3	2.80%
Osteoporosis	3	2.80%
ACV secuelar	2	1.87%
Anemia	2	1.87%
Depresión	2	1.87%
Neumonía	2	1.87%
Otras	18	16.82%

FUENTE: Propia.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Gráfico 5
Principales patologías de los pacientes adultos mayores



FUENTE: Propia.

En la Tabla y Gráfico 5 se muestran las principales patologías de los pacientes adultos mayores que requieren de cuidado; no se especificó en 17.76%, se encontró artritis o artrosis en 12.15% de casos, demencia senil o diabetes en 7.48%, y en menor proporción otras patologías diversas, entre las que destacan fibrosis pulmonar (3.74%), cáncer, fractura de cadera u osteoporosis (2.80% cada una), ACV secular o depresión (1.87% cada una) entre otras diversas.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Tabla 6
Grado de dependencia de los pacientes adulto mayores

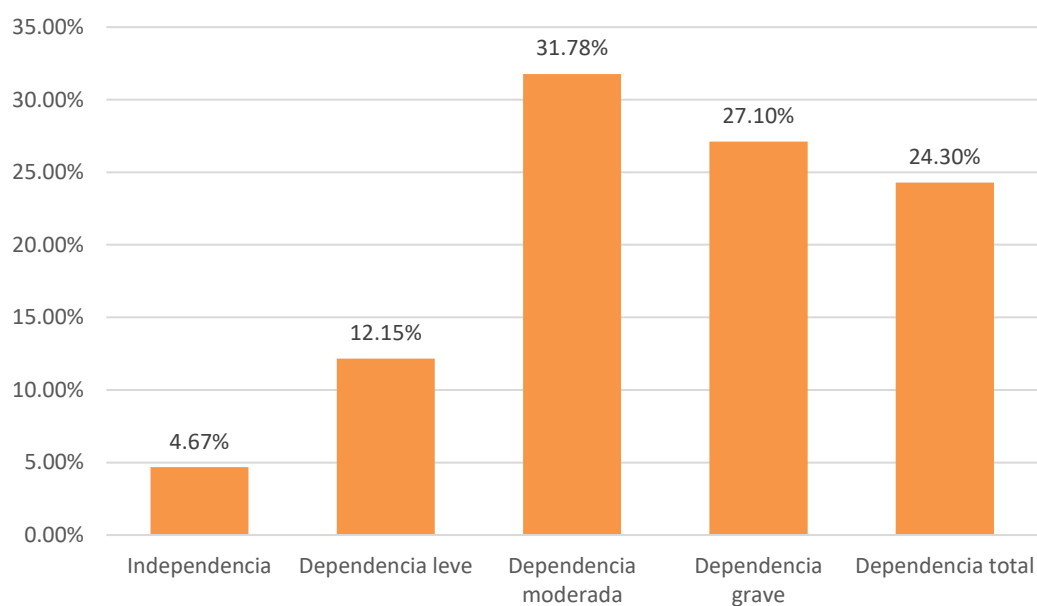
	N°	%
Independencia	5	4.67%
Dependencia leve	13	12.15%
Dependencia moderada	34	31.78%
Dependencia grave	29	27.10%
Dependencia total	26	24.30%
Total	107	100.00%

FUENTE: Propia.

La dependencia del paciente adulto mayor fue leve en 12.15%, moderada en 31.78%, grave en 27.10% y total en 24.30% de casos, como se muestra en la Tabla y Gráfico 6.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Gráfico 6
Grado de dependencia de los pacientes adulto mayores



FUENTE: Propia.

En relación al grado de dependencia de los pacientes adulto mayores podemos observar en el gráfico 6 que la mayor proporción se encuentra en un grado de dependencia moderada teniendo como referencia el índice de Barthel.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Tabla 7
Presencia de sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores

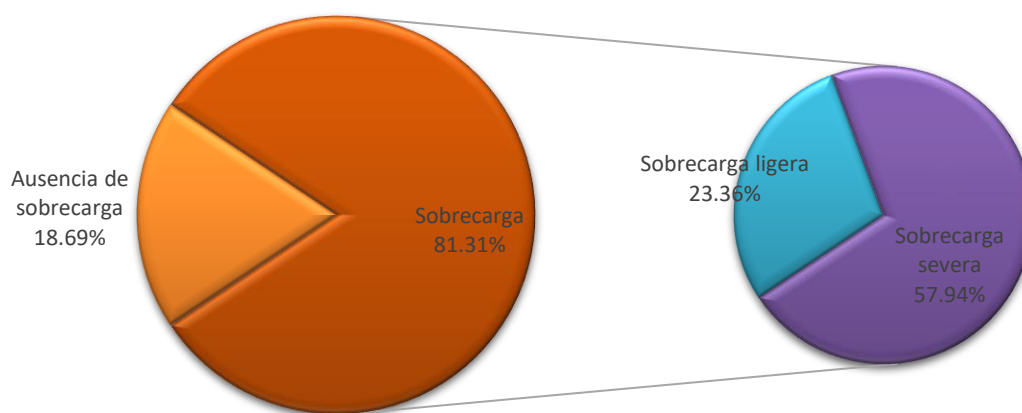
	N°	%
Ausencia de sobrecarga	20	18.69%
Sobrecarga ligera	25	23.36%
Sobrecarga severa	62	57.94%
Total	107	100.00%

FUENTE: Propia.

Al evaluar la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes adultos mayores se demuestra en la **tabla y gráfico 7**, se encontró sobrecarga en 81.31% de casos, siendo ligera en 23.36% de cuidadores y severa en 57.94% de cuidadores.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Gráfico 7
Presencia de sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores



FUENTE: Propia.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Tabla 8
**Presencia de síntomas de somatización en los cuidadores de adultos
mayores**

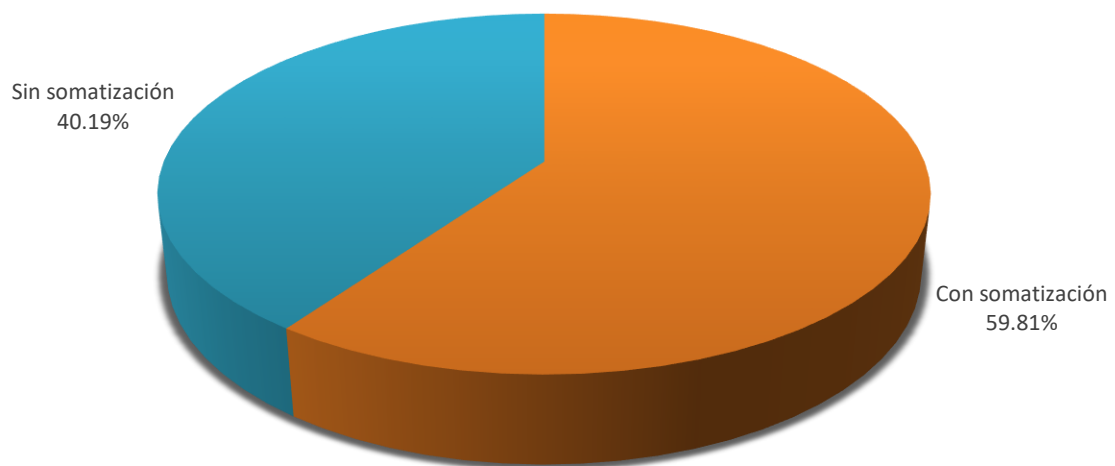
	N°	%
Con somatización	64	59.81%
Sin somatización	43	40.19%
Total	107	100.00%

FUENTE: Propia.

En la Tabla y Gráfico 8 se muestra los resultados de la evaluación sobre la presencia de síntomas de somatización en los cuidadores de adultos mayores donde se encontró que el 59.81% presentaron somatización y el 40.19% sin somatización.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Gráfico 8
**Presencia de síntomas de somatización en los cuidadores de adultos
mayores**



FUENTE: Propia.

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Tabla 9

**Relación entre grado de sobrecarga y presencia de síntomas de
somatización en cuidadores de adultos mayores**

	Total	Con somatización		Sin somatización	
		N°	%	N°	%
Ausencia de sobrecarga	20	1	5.00%	19	95.00%
Sobrecarga ligera	25	8	32.00%	17	68.00%
Sobrecarga severa	62	55	88.71%	7	11.29%
Total	107	64	59.81%	43	40.19%

Chi² = 54.58

G. libertad = 2

p < 0.05

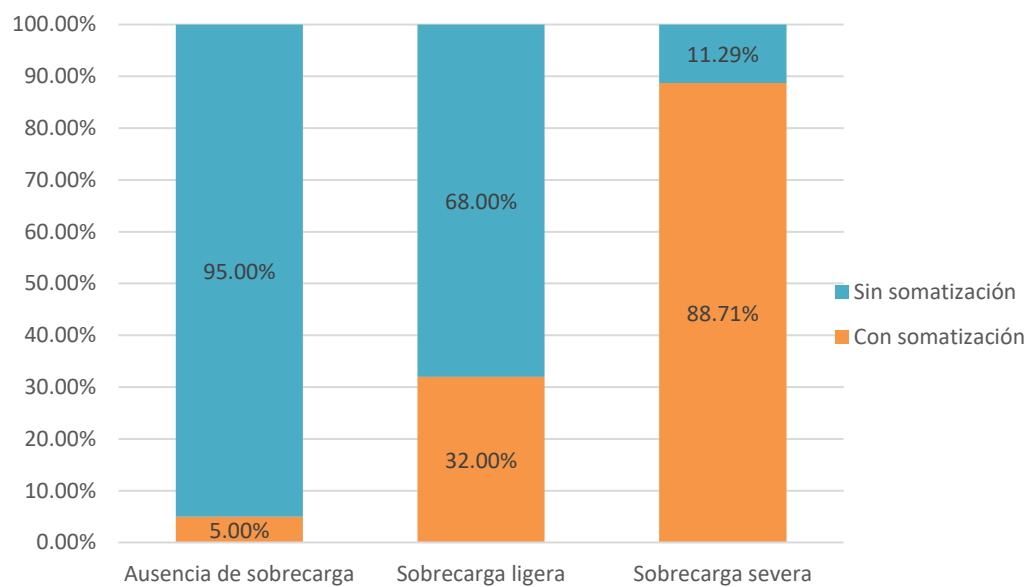
FUENTE: Propia.

En la **Tabla 9** se muestra la relación entre sobrecarga del cuidador y la presencia de síntomas de somatización; cuando no hay sobrecarga del cuidador, solo 5% de casos tienen somatización, en casos de sobrecarga ligera 32% tienen somatización, y esta sube a 88.71% entre los cuidadores con sobrecarga severa, siendo la influencia estadísticamente significativa (p < 0.05).

**RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2020**

Gráfico 9

**Relación entre grado de sobrecarga y presencia de síntomas de
somatización en cuidadores de adultos mayores**



FUENTE: Propia.



**CAPÍTULO III.
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

El presente estudio se realizó con el objeto de analizar la relación entre el grado de sobrecarga y la presencia de somatizaciones en cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2020. Se realizó la presente investigación debido a los cambios sociodemográficos actuales que se está experimentando tanto mundialmente como en nuestro país, afrontamos nuevos problemas que tenemos que reconocer y resolver. Por ello se deben realizar más estudios para poder identificar estas nuevas situaciones para poder frenarlas de la manera más adecuada.

Para tal fin se realizó una encuesta a una muestra de 107 cuidadores de pacientes adultos mayores que cumplieron criterios de selección. Se aplicó una ficha de datos, la escala Zarit, la escala de Barthel y el cuestionario PHQ – 15 (Patient Health Questionnaire). Se muestran resultados con estadística descriptiva y se asocian variables mediante prueba de independencia chi cuadrado.

Al hablar de la edad y sexo de los cuidadores de adultos mayores según la Organización Mundial de la Salud (OMS) que describen la figura del cuidador de sexo femenino en edad media de la vida con proximidad o dentro del grupo de adultos mayores, comparable con diversas investigaciones como la realizada por la sociedad española de geriatría y gerontología donde el 88.5 % fueron cuidadoras de sexo femenino y el 82.6% estaban en el rango de edad de 31 a 60 años, similar a lo hallado en estudios en Sur América como lo reportado por Serrana M. en Paraguay, donde el 76% fueron mujeres; en nuestro país en el estudio realizado por Romero Z. en el 2013 en Lima describe que el 63.4% es de sexo femenino. Dichos resultados obtenidos son comparables con los hallados en el presente estudio donde el 71.03% de cuidadores fueron mujeres y respecto a la edad el 71,02 % de cuidadores estuvieron entre los 30 y 59 años (13), (18), (32), (43).

Respecto a otras características demográficas de los cuidadores la OMS reporta que principalmente es la hija, casada o en unión libre, dedicada al hogar, con baja escolaridad. López G. en España reporta que el 46.5% de cuidadores tienen estudios superiores, dichos resultados se relacionan positivamente con el 61.68% encontrado en el presente estudio. Sin embargo, se contrapone a lo descrito según la OMS y al estudio en zona rural realizado en Lima donde solo el 4.3% presenta un grado de instrucción superior completa (13), (18).

Morales M. en México reporta que el cuidador principal es toda persona que asume la responsabilidad del cuidado, siendo en la mayoría de los casos una mujer mayor entre 50 y 60 años, suelen ser las hijas o las esposas (44).

En relación al parentesco con el cuidado descrito en por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología definen que el 52.5% no tiene una relación familiar entre cuidador - cuidado, dichos hallazgos no se relacionan con lo hallado en esta investigación donde solo el 1.86% no tiene un lazo familiar semejante con el estudio de Lima del 2.1% (13), (18), (32).

En cuanto a las características del cuidado en los cuidadores se encuentra información brindada por la sociedad española de geriatría y gerontología donde el 70% llevan más de 3 años como cuidadores, siendo que en nuestra población estudiada solo el 46.73% mostró esta característica. El tiempo diario dedicado al cuidado promedio en la población española fue de 6 horas/día en el 62% de esta población, la cual es comparable a las 4 a 8 horas en 52.34% de nuestros casos (32).

Lo importante de otros estudios y el presente que es de gran importancia en posibles intervenciones futuras es que solo 10.28% de cuidadores recibió capacitación previa, valor que es similar al publicado en la revista Cayetano Heredia con un 9.7% (18). Con estos porcentajes hallados nos permite pensar en probables estrategias de afrontamiento dirigidas a los cuidadores para poder desarrollar esta actividad de una manera más adecuada, permitiendo cuidar de sí mismo como del adulto mayor cuidado.

El recibir ayuda complementaria es importante en la actividad de cuidador lo que en España esto es brindado principalmente por los familiares en un 69% de casos y en nuestra muestra fue del 81.3% contaba con colaboradores para el cuidado. Sin embargo, hay que recordar la diferencia que en nuestro medio el cuidador principal y el complementario o secundario suelen ser familiares del cuidado (32).

Al describir las características de los adultos mayores que reciben cuidados son similares en cuanto a la descrita por Morales M. en México donde había una mayor proporción de mujeres y respecto a la edad el promedio fue de 75.8 años a comparación a 79.50 ± 8.53 años descrito en la tabla 4 del presente estudio (44).

La discapacidad de las personas adultas mayores se va incrementando junto con la edad presentándose alrededor de un 5% en los adultos de 60 a 64 años y alcanzando más de un 15% en los mayores de 70 años. Morales M. en México, identificó que la discapacidad motriz es la principal afección y la osteoartritis como la principal patología limitante, la cual se presenta en el 85% de los mayores de 75 años, seguidas de la discapacidad visual y la auditiva. Lo que llama la atención en los resultados obtenidos del presente estudio fue que el mayor porcentaje con el 17,76% no se especifica las patologías que sufren adultos mayores, lo que nos lleva a pensar en posibles investigaciones al respecto para conocer la causa de ello debido a que es importante el conocerlas para poder actuar en ellas. En cuanto a las enfermedades descritas por los cuidadores en el presente estudio se encuentran la artritis o artrosis con en 12.15% de casos siendo la frecuencia de patologías de los adultos mayores descritos en México, pero con porcentajes diferente. En comparación de lo publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática de nuestro país que reporta como el mayor tipo de discapacidad, la dificultad para usar brazos y piernas seguido por la dificultad de oír y como tercera la dificultad para ver (28),(44).

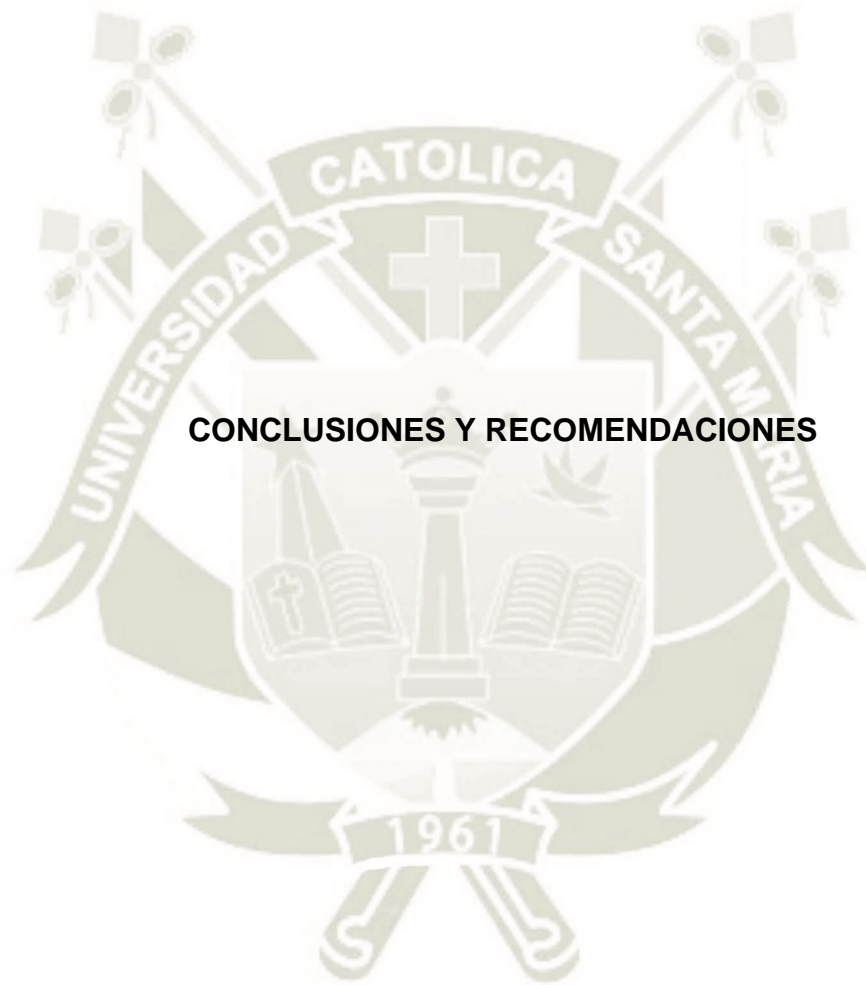
La dependencia del paciente adulto mayor que se describe según el índice de Barthel fue referido en estudios como el de Zurita D. en Colombia en el 2015 donde describe el mayor porcentaje como adultos mayores independientes con el 30%, seguido por una dependencia leve y moderada con en 23.3 % cada una de ellas y una dependencia total en el 8.3%. En comparación con los resultados del presente donde se observa un mayor porcentaje con dependencia moderada seguida de la grave y también es resaltable que se encontró un porcentaje más elevado respecto a la dependencia total donde alcanzamos un 24.3% expresado en la tabla y grafico 6 (45).

Al evaluar la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes adultos mayores existen diversas investigaciones publicadas ya que es de gran importancia tanto para el cuidador como para el cuidado ya que se encontró que las consecuencias de la sobrecarga del cuidador están relacionada con el maltrato al cuidado siendo un problema social que muchas veces es ocultada como se describió en México (44). Entre los grados encontrados por Zoila R. en Lima encontro que el 90,3% cuidadores presentaban algún grado de sobrecarga, de ellos el 75,2%, sobrecarga

intensa y 15,1%, sobrecarga ligera similar a lo descrito en la tabla 7 de la presente investigación donde el 81.31% presentaron algún grado de sobrecarga, de dicho resultado el 57.94% con sobrecarga intensa y el 23.36% sobrecarga ligera (18).

La somatización es frecuente en la práctica clínica en estudios realizados encuentran que entre el 20 al 50% de pacientes que acuden a una atención primaria en Los Países Bajos en comparación con el 17.7% de prevalencia en Santiago de Chile encontrados en la atención primaria. Diversos estudios describen las características como sexo, edad, estado civil, entre otros. Sin embargo, de estas personas que somatizan existen pocos estudios de la relación con el ser cuidador de adultos mayores, un estudio publicado en la revista Cayetano Heredia muestra que el 78.49% obtuvo un puntaje mayor o igual a 5 en la escala Zarit; en comparación a nuestro estudio donde se halló que el 59.81% de cuidadores con síntomas somáticos lo cual se muestra en la tabla 8 (18), (33).

Referente a la relación entre sobrecarga del cuidador y la presencia de síntomas de somatización; que era el objetivo principal a determinar en este trabajo de investigación donde se demuestra que el 88.71% de los cuidadores con sobrecarga severa presentan somatización a comparación de solo 5% de casos los cuidadores sin sobrecarga, por lo que existe una diferencia significativa entre las variables ($p < 0.05$) por ello una relación entre el grado de sobrecarga emocional y la presencia de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores descrito en la tabla 9. Este resultado es similar al encontrado en un estudio realizado en Lima, con la diferencia que la población tomada en cuenta de este era en zona rural y en un puesto de atención primaria, de igual manera a lo mencionado en España por Ribas y col. que el 70% de los cuidadores presentan patologías psiquiátricas, parecido a lo descrito por Luzuriaga J. en Ecuador donde reporta que la totalidad de cuidadores presentan ansiedad, igual que el 100% presentan síntomas a nivel somático sin embargo no se encontraron estudios internacionales y solo uno a nivel nacional que relacione las variables descritas a pesar que son de gran importancia (18), (35).



CONCLUSIONES

- Primera.** - Los cuidadores de adultos mayores son en su mayoría mujeres jóvenes, solteras, con educación superior y actividad profesional a la que dedican de seis a ocho horas del día, dedicados al cuidado del paciente de 4 a 8 horas diarias en turnos tarde o noche, sin capacitación o experiencia previa en la mayoría.
- Segunda.** - Los adultos mayores cuidados son en similares proporciones varones o mujeres, con edad de 80 a más años en su mayoría, con diversas patologías previas que producen dependencia moderada a severa.
- Tercera.** - Se encontró presencia de somatizaciones en 59.81% de cuidadores de adultos mayores.
- Cuarta.** - Se encontró sobrecarga en 81.31% de cuidadores de adultos mayores, predominantemente severa (57.94%).
- Quinta.** - Existe una significativa mayor presencia de somatizaciones cuando hay mayor grado de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al servicio de geriatría del Hospital Regional Honorio Delgado implementar un programa de capacitación destinado al cuidador del adulto donde se brinde orientación y consejería para realizar esta actividad; dicha capacitación se podría realizar en la misma consulta del adulto mayor y/o en club de cuidadores.
- Realizar campañas por parte del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado dirigida a la importancia de la salud mental en los cuidadores de adultos mayores y el seguimiento de estos.
- En cuanto a los médicos de atención primaria se recomienda detectar los casos de sobrecarga en los cuidadores, para posteriores intervenciones en las cuales se eduque respecto a estrategias de afrontamiento.
- Realizar futuros estudios sobre cuáles son las intervenciones de afrontamiento que tiene mayor efectividad en nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento [Internet]. 2018 [cited 17 October 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. 2018 [cited 15 October 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor INDICADORES DEL ADULTO MAYOR Trimestre: Abril-Mayo-Junio 2018 [Internet]. Lima-Perú; 2018 p. 1-11. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_adulto-abr-may-jun2018.pdf
4. Carretero S. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial [Internet]. España; [cited 16 October 2018]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
5. Campo G. Sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas Hospital II Vitarde 2017 [Segunda especialidad en medicina familiar y comunitaria]. Universidad San Martín de Porres; 2018.
6. Varela LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 Abr [citado 2018 Oct 17]; 33(2): 199-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>.
7. Quintanar A. Análisis de la calidad de vida de adultos mayores del municipio de Tetepando, Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL-BREF [Licenciada en psicología]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
8. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Los derechos de las personas mayores: Materiales de estudio y divulgación [Internet]. Santiago

- de Chile: Dirk Jaspers; 2018 p. 1-10. Available from: https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf
9. World Health Organization. Envejecimiento y salud [Internet]. 2018 [cited 16 October 2018]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
 10. Guerra MD, Zambrano EM . Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2018 Sep 06]; 12(32): 211-221. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400012&lng=es.
 11. Actas españolas de psiquiatría. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. 4th ed. Plasticidad y Restauración Neurológica. Yucatan, Mexico; 2005. p. 2-6.
 12. Alemán F. Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante. 2012.
 13. López G, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2009 Jun [citado 2018 Sep 03]; 2(7): 332-339. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es.
 14. Breinbauer K, Vásquez V, Mayanz S. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2009 Mayo [citado 2018 Sep 02]; 137(5): 657-665. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>.
 15. Céspedes J. Evaluación de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor dependiente, en el policlínico "Chiclayo-Oeste", Octubre - Diciembre 2011 [Médico cirujano]. Universidad San Martín de Porras; 2013.

16. Zabalegui YA. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática [Internet]. revista española de geriatría y gerontología. 2008 [cited 3 September 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-eficacia-las-intervenciones-dirigidas-cuidadores-S0211139X08711764>

17. Camacho L., Hinostrosa AG., Jiménez , A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el tiempo de Cuidado. Enfermería Universitaria [Internet]. 2010;7(4):35-41. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741836006>

18. Romero Z, Cuba M. Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. Rev Med Hered [Internet]. 2013 Jul [citado 2018 Sep 02]; 24(3): 204-209. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300005&lng=es.

19. Hernández, ZE, Ehrenzweig, Y. Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2008;13(1):127-142. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213110>

20. Dueñas E., Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colomb. Med. [Internet]. 2006 June [cited 2018 Sep 03]; 37(2 Suppl 1): 31-38. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342006000500006&lng=en.

21. Lauro Bernal I., Jiménez L, Silva LC.. Proyectos de Intervención en Salud Familiar: una Propuesta Método. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2000 Jun [citado 2018 Sep 05]; 26(1): 12-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000100002&lng=es .

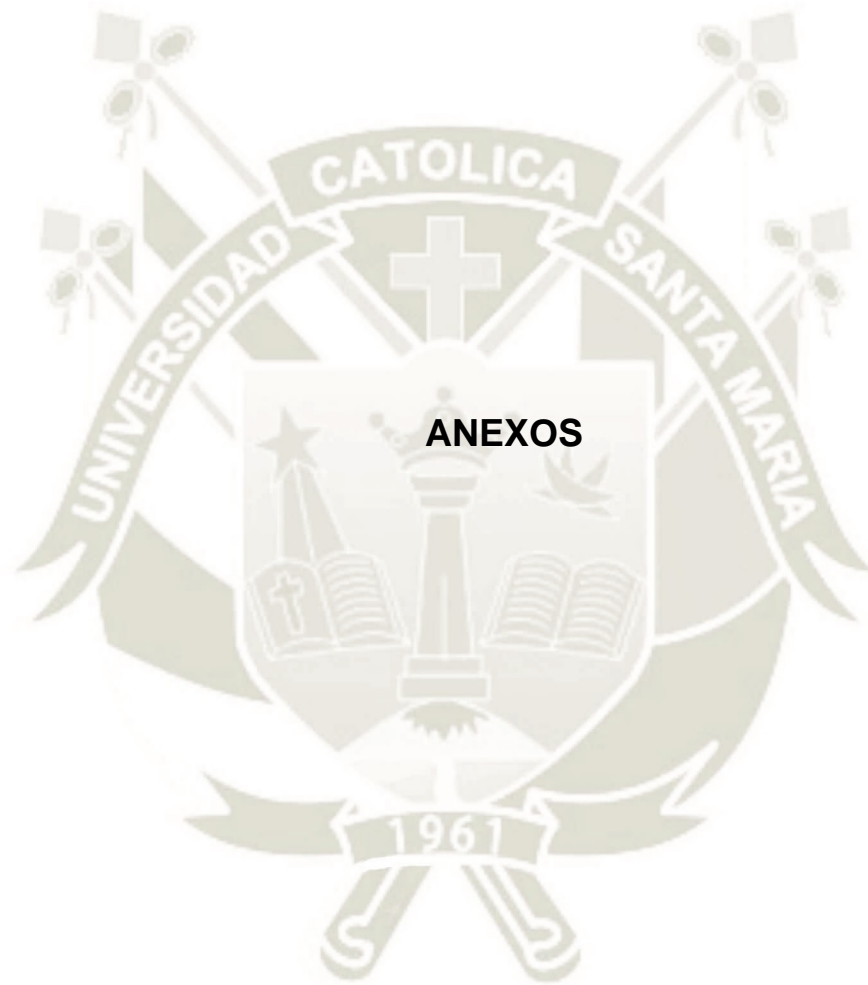
22. Muñoz C., Harold, Somatización: Consideraciones diagnósticas. Revista Med [en línea] 2009, 17 (Enero-Junio) : [Fecha de consulta: 5 de septiembre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91020345009> ISSN 0121-5256
23. Rosendal M . Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care [Internet]. PubMed. 2005 [cited 29 August 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16025867>
24. American Psychiatric Publishing. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2014.
25. Validación de la Versión Española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA [Internet]. Barcelona; 2010 [cited 17 October 2018]. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/68/ESP/11-68-ESP-345-357-775023.pdf>
26. Muñoz R. Detección de depresión, ansiedad y pánico en atención primaria mediante el PHQ [doctorado]. Universidad de Valencia; 2015.
27. Flores G, Rivas R, Seguel P. Burden level in performing the role of family caregivers of elderly with severe dependence. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 Apr [cited 2018 Sep 03] ; 18(1): 29-41. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=en.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=en) <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>
28. Calderón, R. (2019). *Situación de la población adulta mayor*. [online] Inei.gob.pe. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/adulto-mayor-dic_2019.pdf.
29. Popular. Los adultos mayores siguen creciendo en Argentina. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.diariopopular.com.ar/general/los-adultos-mayores-siguen-creciendo-argentina-n188265>

30. Instituto de Políticas Públicas en Salud. Censo 2017: Más mujeres y adultos mayores. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/analisis-y-estudios/envejecimiento/censo-2017-mas-mujeres-y-adultos-mayores/2017-12-26/103930.html>
31. Rodríguez M. Efecto de un programa de Hatha Yoga en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA). Scielo [Internet]. 2017;(20):2-5. . Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v20n1/es_0123-9155-acp-20-01-00139.pdf
32. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes [Internet]. Madrid; 2020 p. 7-26. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Estudio-Cuidadores-segg.pdf>
33. Van Ravesteijn, H., Wittkamp, K., Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. Annals of family medicine, 7(3), 232–238. 2009 . <https://doi.org/10.1370/afm.985>.
34. Kroenke K. Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2007 [cited 20 February 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17938036/>
35. Luzuriaga J. “Ansiedad y su relación con síntomas somáticos en los familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad (física, intelectual y mental) que acuden al área de salud N°3 de la ciudad de Loja periodo 2016” [Bachiller]. Universidad Nacional de Loja; 2016
36. Guzmán R. “Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria”. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2011 Oct; 4(3): 234-243. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009>.
37. Martínez J. Ansiedad y factores asociados al grado de sobrecarga en el familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5, en terapia de sustitución renal de la red asistencial – EsSalud – Puno - 2015 [bachiller]. Universidad Católica de Santa María “; 2015.

38. Deeken J. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14527761>
39. Espín, AM. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2012;38(3):393-402. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21423096006>
40. Lledós S. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002 Dic ; 76(6): 713-721. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600007&lng=es.
41. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989;42:703-709.
42. Pabón-Porche D. Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga [Internet]. ResearchGate. 2016. Disponible en : https://www.researchgate.net/publication/317721723_Escala_de_sobrecarga_del_cuidador_Zarit_estructura_factorial_en_cuidadores_informales_de_Bucaramanga
43. Serrana M. Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva [Internet]. Scielo.edu.uy. 2017. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v7n1/1688-7026-pcs-7-01-00007.pdf>
44. Morales M. Evaluación del colapso del cuidador en el paciente adulto mayor con osteoartrosis [Internet]. Medigraphic.com. 2010 [cited 3 February 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf103e.pdf>
45. Zurit Pinto D. Actividad diaria según índice de Barthel en adultos mayores, Ibarra, mayo a junio 2015. Maldonado LMV/et al/Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión-Vol. 1 No. 3 2016 (Jul-Sep); 2016.

46. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria [Internet]. El Sevier. 2007 [cited 1 February 2020]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-escala-zarit-reducida-sobrecarga-del-13100841>
47. Regueiro Martínez A. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria [Internet]. ElSevier. 2007 [cited 1 February 2020]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-escala-zarit-reducida-sobrecarga-del-13100841>





Anexo 1:
Índice de Barthel

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

FUENTE: "Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación" (11).

Anexo 2:

Escala de entrevista de sobrecarga de Zarit

ITEMS	FRECUENCIA				
	Nunca	Rara Vez	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
	1	2	3	4	5
1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2.- ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo(a)?					
3. ¿Se siente estresado(a) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades?(p.ej., con su familia o en el trabajo)					
4. ¿Se siente avergonzado(a) por el comportamiento de su familiar/paciente?					
5. ¿Se siente irritado(a) cuando está cerca de familiar/paciente?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?					
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?					
9. ¿Se siente agotada (o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?					
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?					
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
13. Solamente si el entrevistado vive con el paciente ¿Se siente incómoda (o) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?					
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar					
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente además de otros gastos?					
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho tiempo más?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente inseguro(a) acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?					
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que hace?					
22. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?					

FUENTE: “Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada” (14)

Anexo 3:
Cuestionario PHQ – 15 (Patient Health Questionnaire)

Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto le HAN MOLESTADO cada uno de los siguientes problemas?

FRECUENCIA	NADA	UN POCO	MUCHO
PUNTAJES	0	1	2
a.- Dolor de estómago			
b.- Dolor de espalda			
c.- Dolor en sus brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)			
d.- Dolores menstruales u otras molestias asociadas a la menstruación (sólo mujeres)			
e.- Dolores de cabeza			
f.- Dolor torácico (zona del pecho)			
g.- Mareos			
h.- Desmayos			
i.- Palpitaciones o sentir el corazón acelerado			
j.- Falta de respiración			
k.- Dolor o problemas durante sus relaciones sexuales			
l.- Estreñimiento, ir suelto de vientre o diarrea			
j.- Nauseas o indigestión			
k.- Sentirse cansado o pocas energías			
L.- Problemas de sueño			

FUENTE: “Validación de la Versión Española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA”(25)

Anexo 4:
Consentimiento Informado

Yo, _____, recibí información sobre la investigación titulada: **“Relación entre grado de sobrecarga y presencia de somatizaciones en cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2018”**. He tenido la oportunidad de absolver mis dudas acerca del tema

Mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio en cualquier momento, la información brindada puede ser procesada para los fines de la presente investigación y será confidencial.

Firma del participante

DNI: _____

Anexo 5:

Ficha de recolección de datos

Información sobre el CUIDADOR.

1. Edad : _____
2. Sexo: Masculino ___ Femenino _____
3. Estado civil:
a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado e) Viudo
4. Relación con el enfermo:
a) Conyugue b) Hijo c) Nieto d) Hermano e) Nuera f) Otros:-

5. Nivel de Educación:
a) Superior b) Secundaria c) Primaria d) Sin estudios
6. ¿Cuánto tiempo lleva como cuidador? _____
7. Ocupación:
a) Profesional b) Técnico c) Ama de casa d) Desempleado e) Otro _____
8. Horas en otra ocupación:
a) < 6 horas b) 6 – 8 horas c) > 8 horas
9. Tiempo al día como cuidador: _____ horas
10. Horario como cuidador
a) Mañana b) Tarde c) Noche
11. ¿Capacitación previa por parte de un profesional de salud? Si No
12. ¿Experiencia previa como cuidador? Si No
13. Número de persona al cuidado: _____
14. Número de persona que cuidan al adulto mayor: _____

Información sobre el ADULTO MAYOR.

1. Edad: _____
2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
3. Enfermedad que padece: _____

Anexo 6: Autorización para realizar encuestas



Hospital Regional "Honorio Delgado" Arequipa
Dirección General

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Arequipa 14 febrero del 2020

Oficio N° 00131 -2020-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-OCDI

Señorita
GRECIA LIZ FERNANDEZ MEDINA
Ex Interna de Medicina HRHD - UCSM
DNI: 73037093
Presente.-

ASUNTO : Proyecto de Tesis.
REFERENCIA : Oficio N° 127-2020-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DM

Es grato dirigirme a usted para hacer de su conocimiento que con opinión favorable del Departamento de Medicina, Comité de Ética y Trabajos de Investigación, la Dirección del Hospital Honorio Delgado, se accede a la realización del Proyecto de tesis titulado "RELACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y PRESENCIA DE SOMATIZACIONES EN CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA-2020".

Al término de su proyecto deberá entregarse a la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación **DOS** ejemplares del informe final del trabajo de Investigación en medio magnético (CD).

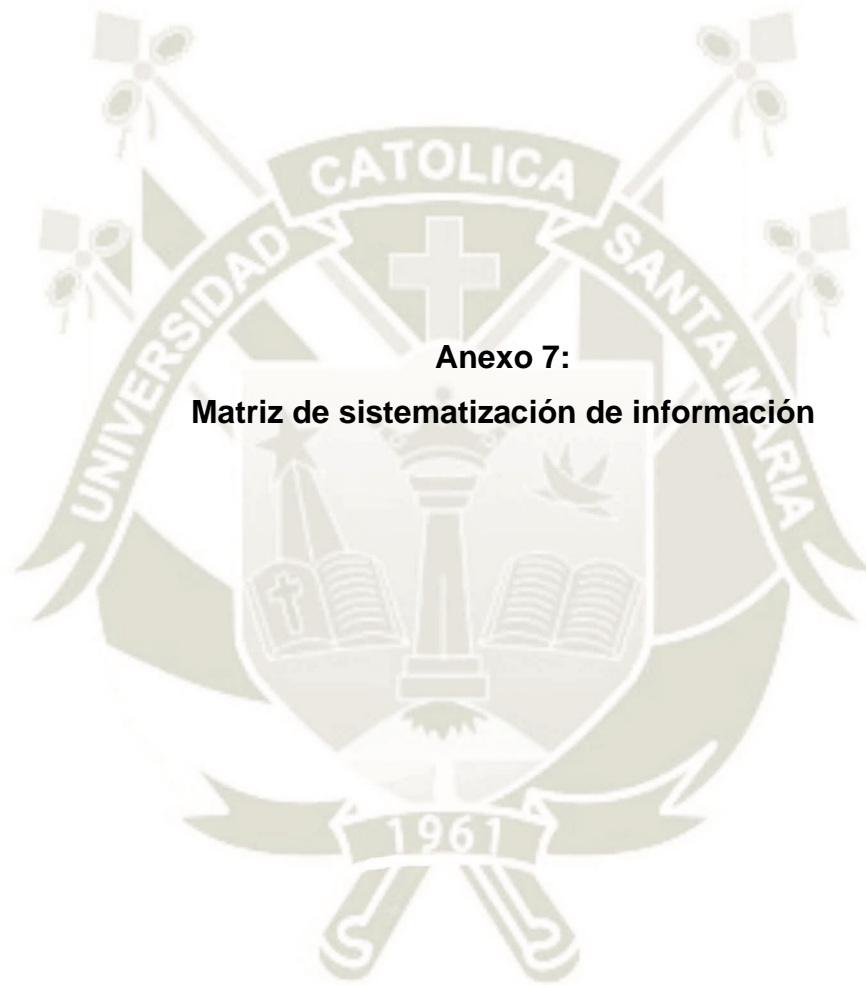
Sin otro particular hago propicia la ocasión para expresarle mi consideración más distinguida.

Atentamente,

DIRECCION REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado
Dr. Octavio Chirinos Apaza
DIRECTOR GENERAL
M.P. 21700

OECHA/ESG/MDN.
c.c. Archivo
Rec. N° 369 S/.50.00
EXP. N° 1851673
DOC. N° 02879400

Av. Daniel Alcides Carrión N°505 – Cercado
Teléfonos: 054-233812 Dirección General
054-231818 – 054-219702
WWW.hrhdaqp.gob.pe



Anexo 7:
Matriz de sistematización de información

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL CUIDADOR						CARACTERISTICAS DE LA ACTIVIDAD DE CUIDADOR									CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL ADULTO MAYOR						
Nº	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	PARENTEZCO	INSTRUCCIÓN	TIEMPO COMO CUIDADOR	OCUPACION	HORAS EN OTRA OCUPACION	TIEMPO AL DIA COMO CUIDADOR	HORARIO DE CUIDADOR	CAPACITACION PREVIA	EXPERIENCIA PRECISA	Nº PERSONAS A CUIDADO	Nº PERSONAS QUE CUIDAN A ADULTO	EDAD	SEXO	EFERMEDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	GRADO DE SOBRECARGA	SOMATIZACION	
1	57	Femenino	Soltero	Hijo	Secundaria	> 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde- Noche	No	No	1	1	87	Femenino	Pulmón (duda), Insuficiencia Cardiaca	Dependencia total	Sobrecarga severa	No	
2	18	Masculino	Soltero	Nieto	Secundaria	1 año - 3 años	Profesional	<6h	4 - 8 h	Mañana	No	No	1	1	68	Femenino	Diabetes Mellitus 2	Dependencia grave	Sobrecarga ligera	No	
3	55	Femenino	Casado	Hijo	Superior	1 año - 3 años	ama de casa	6-8h	> 8 h	Mañana-Tarde- Noche	No	SI	1	1	82	Masculino	Purpura trombocitopénica idiopática (duda) ERC	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si	
4	32	Masculino	Divorciado	otros	Superior	1 año - 3 años	Profesional	>8 h	4 - 8 h	Mañana	Si	Si	1	1	70	Femenino		Independencia	Sobrecarga ligera	No	
5	56	Femenino	Casado	Hijo	Superior	< 6 meses	Profesional	<6h	4 - 8 h	Mañana	No	No	1	3	80	Masculino	Neumonía (duda)	Independencia	Sobrecarga ligera	No	
6	64	Femenino	Divorciado	Nieto	Superior	6 meses - < 1 año	Profesional	<6h	4 - 8 h	Mañana	No	No	1	1	81	Masculino	Próstata (duda)	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si	
7	41	Femenino	Casado	Hijo	Sin estudios	1 año - 3 años	ama de casa	>8h	> 8 h	Mañana	No	Si	4	1	65	Masculino	Enfermedad renal crónica	Independencia	Sobrecarga ligera	No	
8	24	Masculino	Soltero	Nieto	Superior	< 6 meses	Profesional	>8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	4	84	Masculino	Insuficiencia Venosa	Dependencia moderada	Ausencia de sobrecarga	No	
9	30	Femenino	Soltero	Hijo	Superior	1 año - 3 años	Profesional	6-8h	> 8 h	Mañana	Si	Si	1	1	74	Femenino	Artrosis	Dependencia moderada	Ausencia de sobrecarga	No	
10	31	Masculino	Soltero	Nieto	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	2	80	Femenino	Lumbociática	Dependencia leve	Sobrecarga ligera	No	
11	58	Femenino	Conviviente	Hijo	Primaria	>3años	Otros (Limpieza)	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	3	74	Femenino	-	Dependencia leve	Sobrecarga ligera	No	
12	63	Femenino	Soltero	Hijo	Superior	< 6 meses	Profesional	<6h	4 - 8 h	Mañana	No	No	1	4	87	Masculino	Insuficiencia Venosa	Dependencia grave	Sobrecarga ligera	No	
13	51	Femenino	Casado	Hijo	Superior	< 6 meses	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	4	87	Masculino	Insuficiencia Venosa (duda)	Dependencia grave	Ausencia de sobrecarga	No	
14	28	Masculino	Soltero	Nieto	Superior	6 meses - < 1 año	Profesional	6-8h	2 - < 4h	Noche	Si	SI	1	3	78	Femenino	Fractura de Cadera	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si	
15	44	Femenino	Casado	Hijo	Sin estudios	6 meses - < 1 año	ama de casa	<6h	4 - 8 h	Mañana-Tarde	No	No	1	1	65	Femenino	Miastenia Gravis (duda)	Dependencia grave	Sobrecarga severa	No	
16	62	Femenino	Viudo	Hijo	Sin estudios	> 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	No	1	2	90	Femenino	Ca. Pulmón	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si	
17	66	Masculino	Soltero	Hijo	Secundaria	6 meses - < 1 año	técnico	>8 h	> 8 h	Tarde	No	SI	1	6	86	Femenino	Desnutrición, Disfagia (duda)	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si	
18	28	Masculino	Soltero	Nieto	Superior	< 6 meses	Profesional	>8 h	4 - 8 h	Tarde	Si	SI	1	2	70	Masculino	Falla multiorgánica	Dependencia total	Sobrecarga ligera	No	
19	26	Masculino	Soltero	Nieto	Superior	> 3 años	Profesional	<6h	2 - < 4h	Noche	No	No	1	2	81	Femenino	Artrosis, neumonía	Dependencia moderada	Sobrecarga ligera	Si	
20	54	Femenino	Soltero	Hijo	Primaria	> 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde- Noche	No	No	1	1	88	Femenino	Infección del tracto urinario	Dependencia grave	Ausencia de sobrecarga	No	
21	53	Femenino	Divorciado	Hijo	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	> 8 h	Tarde-Noche	No	No	1	1	72	Femenino	Cáncer de Colon	Dependencia grave	Sobrecarga severa	No	
22	36	Masculino	Divorciado	Nieto	Superior	6 meses - < 1 año	Profesional	>8 h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	2	85	Masculino	Hiperplasia benigna de próstata (duda)	Dependencia grave	Ausencia de sobrecarga	No	
23	35	Femenino	Conviviente	Hijo	Superior	< 6 meses	Profesional	6-8h	> 8 h	Mañana	No	No	1	2	65	Masculino	Enfermedad renal crónica	Dependencia moderada	Ausencia de sobrecarga	No	

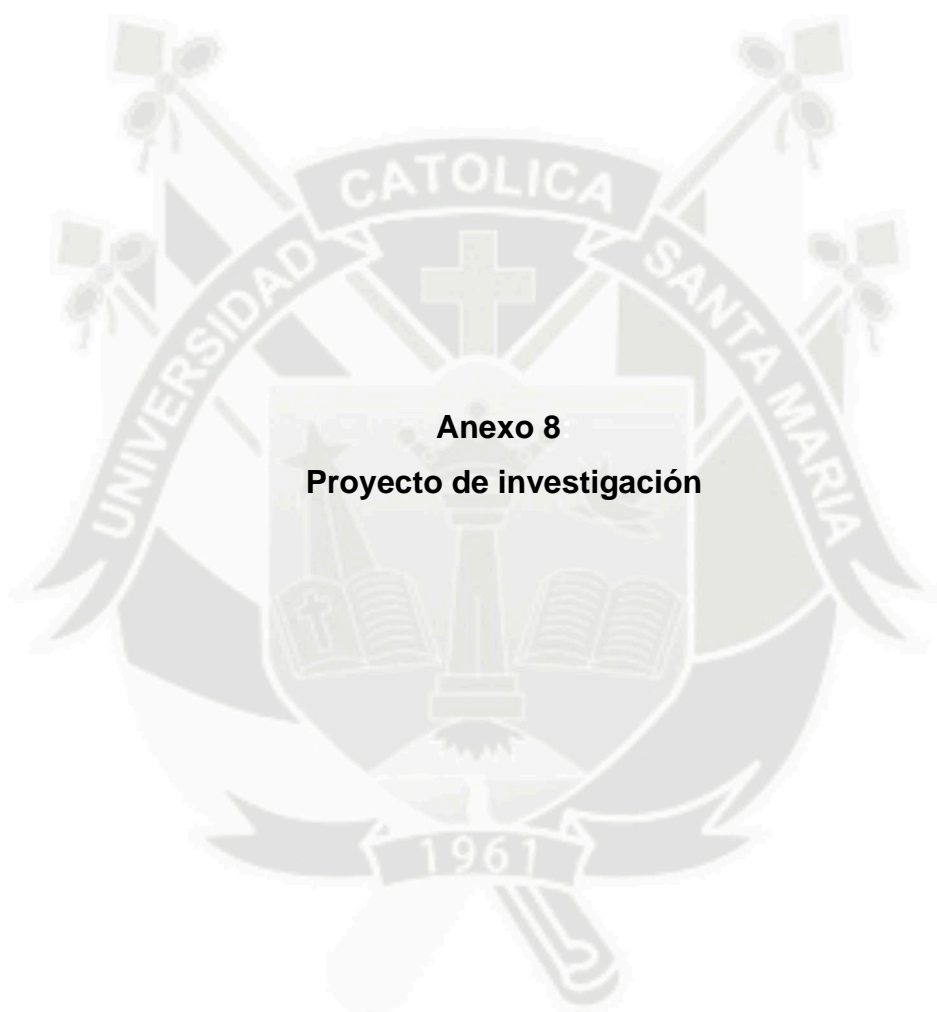
24	30	Masculino	Conviviente	Hijo	Superior	1 año - 3 años	Profesional	>8 h	4 - 8 h	Noche	No	No	1	3	65	Femenino	Artrosis	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
25	61	Femenino	Casado	Cónyuge	Superior	1 año - 3 años	ama de casa	<6h	4 - 8 h	Tarde	No	SI	1	1	67	Masculino	Quiste (duda)	Dependencia moderada	Ausencia de sobrecarga	No
26	42	Femenino	Casado	Hijo	Primaria	< 6 meses	desempleado	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	2	1	78	Masculino	Depresión	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
27	59	Masculino	Casado	Hijo	Superior	< 6 meses	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	3	1	78	Femenino	Fractura de Cadera	Dependencia total	Sobrecarga ligera	No
28	40	Masculino	Casado	Nieto	Superior	> 3 años	Profesional	>8 h	4 - 8 h	Mañana	Si	SI	1	3	63	Femenino	Diabetes Mellitus 2, neuropatía	Dependencia leve	Ausencia de sobrecarga	No
29	59	Femenino	Soltero	Hijo	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	SI	1	2	94	Femenino	-	Dependencia total	Sobrecarga ligera	No
30	25	Femenino	Soltero	otro(amigo)	Superior	6 meses - < 1 año	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Noche	No	SI	1	2	60	Masculino	Artrosis	Dependencia grave	Sobrecarga severa	No
31	31	Masculino	Casado	Nieto	Superior	12meses	Profesional	<6h	2 - < 4h	Tarde	No	No	1	3	95	Masculino	Demencia senil (duda)	Dependencia grave	Sobrecarga ligera	No
32	28	Femenino	Soltero	Nieto	Superior	1 año - 3 años	Profesional	>8 h	2 - < 4h	Noche	No	No	1	4	80	Femenino	Laberinitis (duda)	Dependencia moderada	Ausencia de sobrecarga	Si
33	47	Masculino	Casado	Hijo	Secundaria	> 3 años	técnico	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	2	70	Masculino	Diabetes Mellitus 2	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
34	59	Femenino	Casado	Hijo	Superior	1 año - 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	1	2	84	Femenino	Demencia senil (duda)	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
35	52	Femenino	Casado	Hijo	Superior	6 meses - 1 año	Profesional	>8 h	4 - 8 h	Noche	No	SI	1	4	82	Femenino	Alzheimer (duda)	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	No
36	56	Femenino	Casado	Hijo	Superior	> 3 años	técnico	6-8h	> 8 h	Tarde-Noche	Si	SI	1	2	93	Femenino	-	Dependencia grave	Ausencia de sobrecarga	No
37	42	Femenino	Conviviente	Hijo	Secundaria	1 año - 3 años	desempleado	6-8h	4 - 8 h	Mañana	No	SI	2	1	73	Femenino	-	Dependencia total	Sobrecarga severa	No
38	24	Masculino	Soltero	Nieto	Superior	< 6 meses	estudiante	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	4	81	Masculino	Diabetes Mellitus 2	Independencia	Ausencia de sobrecarga	No
39	49	Femenino	Casado	Hijo	Secundaria	> 3 años	ama de casa	6-8h	> 8 h	Tarde-Noche	No	No	2	3	74	Femenino	Diabetes Mellitus 2	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
40	42	Masculino	Casado	Hijo	Secundaria	< 6 meses	desempleado	<6h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	3	82	Femenino	Diabetes Mellitus 2	Independencia	Ausencia de sobrecarga	No
41	42	Masculino	Casado	Hijo	Superior	> 3 años	ama de casa	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	2	71	Masculino	-	Dependencia leve	Sobrecarga ligera	No
42	44	Femenino	Casado	Nuera	Secundaria	> 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	1	2	90	Masculino	-	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
43	44	Femenino	Casado	Hijo	Secundaria	> 3 años	técnico	6-8h	4 - 8 h	Noche	No	No	1	3	73	Masculino	Diabetes Mellitus 2	Dependencia leve	Ausencia de sobrecarga	No
44	45	Femenino	Casado	Hijo	Secundaria	> 3 años	ama de casa	6-8h	> 8 h	Tarde-Noche	No	No	2	2	74	Femenino	-	Dependencia leve	Sobrecarga severa	Si
45	24	Femenino	Soltero	Nieto	Superior	1 año - 3 años	técnico	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	3	79	Femenino	Artritis	Dependencia moderada	Sobrecarga ligera	Si
46	24	Femenino	Soltero	Nieto	Superior	6 meses - < 1 año	desempleado	<6h	4 - 8 h	Mañana	No	SI	1	2	78	Masculino	-	Dependencia moderada	Sobrecarga ligera	Si
47	49	Femenino	Soltero	Hijo	Secundaria	> 3 años	independiente	6-8h	> 8 h	Tarde-Noche	No	SI	1	2	80	Femenino	Osteoporosis	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
48	39	Femenino	Soltero	Hijo	Secundaria	> 3 años	ama de casa	6-8h	> 8 h	Tarde-Noche	No	SI	1	2	75	Masculino	Diabetes Mellitus 2	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
49	30	Femenino	Soltero	Nieto	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	1	3	90	Femenino	Hipoacusia, Hipertensión arterial	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
50	28	Femenino	Soltero	Nieto	Superior	> 3 años	Profesional	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	1	3	90	Femenino	Hipoacusia	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si

51	50	Femenino	Casado	Hijo	Superior	> 3 años	técnico	6-8h	2 - < 4h	Tarde	Si	SI	1	3	75	Femenino	Diabetes Mellitus 2	Dependencia leve	Sobrecarga severa	No
52	57	Femenino	Casado	Hijo	Superior	> 3 años	ama de casa	6-8h	4 - 8 h	Mañana	No	No	1	2	83	Femenino	Diabetes Mellitus 2, Enfermedad renal crónica, pie diabético	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
53	24	Femenino	Soltero	Nieto	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Tarde-Noche	Si	No	1	2	79	Masculino	-	Dependencia moderada	Sobrecarga ligera	No
54	30	Femenino	Soltero	Hijo	Superior	6 meses - < 1 año	Profesional	6-8h	> 8 h	Mañana	No	No	1	2	62	Masculino	-	Dependencia moderada	Ausencia de sobrecarga	No
55	43	Masculino	Casado	Hijo	Secundaria	1 año - 3 años	desempleado	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	2	1	87	Masculino	Depresión	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
56	28	Femenino	Soltero	Nieto	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Noche	Si	SI	1	2	90	Femenino	EPOC	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
57	78	Femenino	Viudo	Hermano	Superior	> 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	1	3	81	Masculino	Pulmón (duda)	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
58	49	Femenino	Conviviente	Hijo	Superior	> 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	1	2	79	Masculino	Accidente cerebrovascular	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
59	56	Masculino	Casado	Hijo	Superior	1 año - 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Tarde-Noche	No	No	1	3	77	Femenino	Artritis	Dependencia grave	Sobrecarga ligera	Si
60	18	Masculino	Soltero	Nieto	Secundaria	6 meses - < 1 año	estudiante	6-8h	4 - 8 h	Noche	No	No	3	1	78	Femenino	Artritis	Dependencia moderada	Ausencia de sobrecarga	No
61	49	Femenino	Casado	Nuera	Superior	> 3 años	ama de casa	6-8h	4 - 8 h	Mañana-Tarde	No	no	1	3	79	Femenino	Artritis	Dependencia moderada	Sobrecarga ligera	Si
62	61	Masculino	Casado	Hijo	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Mañana	No	No	1	2	82	Masculino	Próstata (duda)	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
63	30	Masculino	Soltero	Nieto	Superior	1 año - 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Noche	No	No	1	3	81	Masculino	-	Dependencia leve	Sobrecarga ligera	No
64	31	Masculino	Conviviente	Nieto	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Noche	Si	SI	1	2	88	Masculino	-	Dependencia grave	Ausencia de sobrecarga	No
65	59	Masculino	Conviviente	Hijo	Primaria	> 3 años	técnico	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	3	75	Femenino	-	Dependencia leve	Ausencia de sobrecarga	No
66	31	Masculino	Soltero	Nieto	Superior	1 año - 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	2	73	Masculino	-	Dependencia leve	Ausencia de sobrecarga	No
67	57	Femenino	Soltero	Hijo	Superior	> 3 años	Profesional	>8 h	4 - 8 h	Tarde-Noche	No	No	1	2	82	Femenino	Denegación macular	Dependencia moderada	Ausencia de sobrecarga	No
68	52	Femenino	Divorciado	Hijo	Superior	1 año - 3 años	Profesional	>8 h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	No	1	3	81	Masculino	Pulmón (duda)	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
69	63	Femenino	Divorciado	Nieto	Superior	1 año - 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Noche	No	No	1	1	89	Masculino	Próstata (duda)	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
70	33	Femenino	Soltero	Nieto	Superior	1 año - 3 años	Profesional	6-8h	2 - < 4h	Tarde	No	No	1	5	87	Masculino	Fibrosis pulmonar	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
71	20	Masculino	Soltero	Nieto	Secundaria	1 año - 3 años	estudiante	6-8h	4 - 8 h	Noche	No	No	2	3	79	Femenino	Artritis	Dependencia grave	Sobrecarga ligera	No
72	23	Femenino	Soltero	Nieto	Superior	1 año - 3 años	técnico	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	3	77	Femenino	-	Dependencia moderada	Sobrecarga ligera	Si
73	58	Femenino	Divorciado	Hijo	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Noche	No	No	2	2	83	Femenino	Depresión	Dependencia moderada	Sobrecarga ligera	Si
74	39	Femenino	Soltero	Hijo	Secundaria	1 año - 3 años	desempleado	>8 h	> 8 h	Mañana	No	No	2	2	68	Masculino	Gastritis crónica	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
75	41	Femenino	Conviviente	Nuera	Primaria	6 meses - < 1 año	ama de casa	<6h	4 - 8 h	Tarde	No	No	3	3	94	Masculino	Diabetes Mellitus 2, parálisis facial	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
76	35	Femenino	Casado	Nieto	Superior	> 3 años	técnico	<6h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	3	92	Femenino	Artritis Reumatoide	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si

77	32	Masculino	Soltero	Nieto	Superior	1 año - 3 años	técnico	<6h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	2	98	Masculino	Hiperplasia benigna de próstata	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
78	43	Femenino	Casado	Nuera	Superior	6 meses - < 1 año	técnico	<6h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	2	76	Masculino	Hipertensión Arterial	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
79	48	Femenino	Divorciado	Hijo	Superior	1 año - 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Noche	No	No	1	3	87	Masculino	Diabetes Mellitus 2, HBP	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
80	23	Femenino	soltero	Nieto	Superior	1 año - 3 años	desempleado	6-8h	4 - 8 h	Mañana	Si	SI	1	4	84	Masculino	Demencia senil	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
81	25	Femenino	soltero	Nieto	Superior	1 año - 3 años	estudiante	>8 h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	4	84	Femenino	Fractura de cadera, postrado	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
82	64	Femenino	Casado	Hijo	Superior	1 año - 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	1	2	89	Femenino	Alzheimer	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
83	24	Femenino	Soltero	Nieto	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	> 8 h	Noche	No	No	1	2	64	Femenino	Diabetes Mellitus 2, hipertensión arterial	Dependencia moderada	Sobrecarga ligera	Si
84	65	Masculino	Casado	Hijo	Superior	1 año - 3 años	desempleado	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	1	2	89	Femenino	Demencia senil	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
85	47	Femenino	Conviviente	Nuera	Secundaria	> 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	1	3	90	Masculino	-	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
86	50	Femenino	Casado	Hijo	Secundaria	> 3 años	ama de casa	6-8h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	2	3	74	Femenino	-	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
87	64	Femenino	Divorciado	Nieto	Superior	1 año - 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Mañana	No	No	1	1	79	Masculino	Hiperplasia benigna de próstata (duda)	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
88	54	Femenino	Casado	Hijo	Superior	1 año - 3 años	desempleado	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	Si	1	1	83	Masculino	Desnutrición	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
89	57	Femenino	Casado	Hijo	Secundaria	> 3 años	ama de casa	6-8h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	No	2	2	73	Femenino	Infección del tracto urinario	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
90	48	Femenino	Soltero	Hijo	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	Si	1	2	94	Femenino	Hipoacusia	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
91	50	Femenino	Viudo	hijo	Primaria	> 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	No	2	2	84	Masculino	Anemia	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
92	58	Femenino	Conviviente	Hijo	Primaria	> 3 años	otros(jardinero)	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	No	1	3	72	Femenino	-	Dependencia leve	Ausencia de sobrecarga	No
93	49	Masculino	Divorciado	Hijo	Secundaria	> 3 años	técnico	6-8h	4 - 8 h	Tarde-Noche	No	No	1	2	91	Masculino	Osteoporosis	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
94	59	Femenino	Conviviente	Hijo	Primaria	> 3 años	desempleado	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	No	1	3	91	Masculino	Enfermedad renal crónica	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
95	39	Femenino	Conviviente	Nieto	Superior	> 3 años	Profesional	6-8h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	No	1	3	70	Femenino	Demencia senil	Dependencia leve	Sobrecarga ligera	No
96	51	Femenino	Conviviente	Hijo	Secundaria	> 3 años	ama de casa	6-8h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	No	2	3	74	Femenino	Hipoacusia	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
97	31	Femenino	Soltero	Hijo	Secundaria	> 3 años	técnico	6-8h	> 8 h	Noche	No	SI	1	2	75	Masculino	Diabetes Mellitus 2	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
98	51	Femenino	Soltero	Hermano	Sin estudios	1 año - 3 años	comerciante	6-8h	> 8 h	Tarde	No	No	1	3	61	Femenino	Osteoporosis, Hipertensión Arterial	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
99	61	Femenino	Viudo	Hijo	Sin estudios	> 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	No	1	2	89	Femenino	Cáncer de colon	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
100	40	Femenino	Conviviente	Hijo	Secundaria	1 año - 3 años	otro (comerciante)	6-8h	> 8 h	Tarde-Noche	No	No	1	3	66	Masculino	Desnutrición	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
101	38	Masculino	Conviviente	Nieto	Secundaria	1 año - 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	No	1	2	81	Masculino	Anemia	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si

102	51	Masculino	Conviviente	Hijo	Secundaria	> 3 años	otros(chofer)	6-8h	4 - 8 h	Noche	No	No	1	2	67	Masculino	Artritis	Dependencia leve	Sobrecarga ligera	No
103	59	Femenino	Viudo	Hijo	Sin estudios	> 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	no	1	2	88	Femenino	-	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
104	59	Femenino	Conviviente	Hijo	Primaria	> 3 años	desempleado	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	No	1	2	91	Masculino	ERC	Dependencia grave	Sobrecarga severa	Si
105	47	Femenino	Divorciado	Hijo	Superior	1 año - 3 años	Profesional	6-8h	4 - 8 h	Tarde	No	Si	1	2	92	Femenino	hipoacusia	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si
106	49	Femenino	Casado	Hijo	Secundaria	> 3 años	desempleado	6-8h	> 8 h	Mañana-Tarde	No	No	2	2	75	Femenino	ITU	Dependencia moderada	Sobrecarga severa	Si
107	56	Femenino	Casado	Hijo	Superior	1 año - 3 años	ama de casa	<6h	> 8 h	Mañana-Tarde-Noche	No	No	1	1	80	Masculino	Desnutrición	Dependencia total	Sobrecarga severa	Si





Anexo 8
Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE SOBRECARGA Y LA PRESENCIA DE
SOMATIZACIONES EN CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS
EN HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2020**

Proyecto de Tesis presentado por la
Bachiller:

Fernández Medina, Grecia Liz

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujana

Asesor:

Dr. Núñez Bernal, Cesar Augusto

Arequipa - Perú

2020

1. PREÁMBULO

En el siglo XXI una de las transformaciones sociales más significativas es el envejecimiento de la población, lo cual tiene repercusiones en la estructura familiar, mercado laboral, bienes y servicios, los lazos intergeneracionales y en otros sectores de la sociedad. Según lo dicho por las Naciones Unidas “La población mundial está envejeciendo: la mayoría de países del mundo están experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores” (1).

Por lo expuesto por las Naciones Unidas en la revisión de 2019 del informe «Perspectivas de la Población Mundial», se espera que 1 de cada 6 personas en el mundo sea adulta mayor para el 2050 a comparación de lo que se vive en el 2019 donde solo 1 de cada 11 personas son adultos mayores. Por primera vez en la historia se presentó que las personas mayores de 65 años supero el número de niños menores de 5 años a nivel mundial. Lo que se estimó en el 2018 respecto a las personas adultas mayores es que su población sea el doble para 2050 y el triple para 2100, pasará de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en 2100. En forma global, este grupo de población crece más rápidamente que los de personas más jóvenes” (1).

En el Perú según el boletín del segundo trimestre del año 2018 y del tercer trimestre del 2019 sobre la situación de la población adulta mayor, revelo que la estructura de la pirámide poblacional por edad y sexo está sufriendo cambios significativos como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, el porcentaje de la población adulta mayor incremento de 5,7% en el año 1950, a 10,4% en el año 2018, llegando al 12,4% en el año 2019 y el 42,0% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad (3)(28).

Junto con el envejecimiento de la población con ella viene la necesidad de asistencia a largo plazo esta radica en ayuda para las actividades del día a día, en cuidados tanto domiciliarios como comunitarios, internamiento en asilos y también hospitalizaciones prolongadas. Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo (2).

Sobre el efecto en el cuidador provocado por asumir la labor de asistir a un adulto mayor, se ha conceptualizado que el cuidado informal es un evento vital estresante, reportándose que el hecho de convertirse en cuidador se convierte en un evento estresor que impacta negativamente y que probablemente le sobrecargará (4).

De hecho, las personas que asumen el cuidado de una persona con algún grado de dependencia suelen verse afectada su salud de manera grave, tanto su salud física como su salud mental, teniendo consecuencias negativas sobre su bienestar psicológico. Por lo tanto la palabra usual de “carga” se utiliza para describir la situación de malestar y estrés sobre el cuidador (5).

Llegando a que el término de “síndrome del cuidador” identifica todo el conjunto de repercusiones que sufre el cuidador por tener bajo su cargo la responsabilidad de velar y cuidar a otra persona, este término fue resultado de la investigación siendo como si de una patología clínica se tratara (4).

Durante los años de estudio de la carrera de medicina humana en la etapa de clínicas había una gran proporción de adultos mayores que acudían tanto a consulta como hospitalizados por diversas patologías, junto con ellos la mayoría contaba con un cuidador que los asistían, velaban por ellos y en algunas ocasiones estos cuidadores se aquejaban de ciertas molestias repentinas como cefalea, dolor abdominal, sensación de falta de aire y entre otras. Esta situación me llevo a pensar que los cuidadores descuidan su propia salud tanto psicológica como física por llevar esta labor. Tal escenario me llevo a investigar del tema para lo cual se presentan estudios en diversos países. Sin embargo, en nuestro país no se encuentra mucha información relacionada, motivo por el cual lleva investigar más sobre el tema para posibles intervenciones futuras ya que es una cuestión que tiene impacto en la salud.

2. PLANTEAMIENTO TEORICO

2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la relación entre el grado de sobrecarga y la presencia de somatizaciones en cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2020?

2.1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría y salud mental
- Línea: Medicina psicosomática

b) Operacionalización de Variables

b.1) Características sociodemográficas del Adulto mayor

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA
Edad del adulto mayor	Años cumplidos	- Años	Razón
Sexo del adulto mayor	Características sexuales secundarias	- Femenino - Masculino	Nominal
Grado de dependencia del adulto mayor	Índice de Barthel	- Independencia 100 - Dependencia leve 91-99 - Dependencia moderada 61-90 - Dependencia grave 21-60	Ordinal

		- Dependencia total 0-20	
Patología del adulto mayor	Diagnóstico de comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes mellitus - Hipertensión Arterial - Enfermedad pulmonar crónica - Enfermedad renal crónica - Cardiopatías - Oncológicas - Osteoartrosis - Fracturas - Psiquiátricas - Otras 	Nominal

b.2) Características sociodemográficas del cuidador

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA
Edad del cuidador	Años cumplidos	Años	Razón
Genero del cuidador	Características sexuales secundarias	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Nominal
Estado civil del cuidador	Estado civil declarado	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero - Casado - Conviviente - Divorciado - Viudo 	Nominal
Parentesco	Relación con	<ul style="list-style-type: none"> - Conyugue 	Nominal

	el paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Hijo - Nieto - Hermano - Nuera - Otros 	
Grado de instrucción	Ultimo año de educación aprobado	<ul style="list-style-type: none"> - Superior - Secundaria - Primaria - Sin estudios 	Ordinal

b.3) Características como cuidador

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA
Tiempo de cuidador	Fecha desde inicio del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - < 6 meses - 6 meses – 1 año - 1 año - 3 años - > 3 años 	Intervalo
Ocupación de cuidador	Campo ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> - Profesional - Técnico - Ama de casa - Desempleado - Otro 	Intervalo
Horas en otra ocupación	Tiempo de trabajo diario	<ul style="list-style-type: none"> - < 6 horas - 6 – 8 horas - > 8 horas 	Intervalo
Tiempo al día como cuidador	Tiempo de día de cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - < 2horas - 2 - 4 horas - 4 – 8 horas - > 8 horas 	Intervalo

Horario como cuidador	Turno	- Mañana - Tarde - Noche	Nominal
Capacitación previa	Antecedente de capacitación	- Si - No	Nominal
Experiencia previa	Antecedente como cuidador	- Si - No	Nominal
Personas al cuidado	Numero de persona al cuidado	- 1 - 2 - >3	Razón
Personas colaboradoras al cuidado	Nº de personas cuidadoras colaboradoras	- 1 - 2 - 3 - 4 - >5	Razón
Sobrecarga del cuidador	Grado según Escala Zarit	- Ausencia de sobrecarga - <47 - Sobrecarga Ligera 47 – 55 - Sobrecarga intensa > 55	Ordinal
Presencia de somatización	Escala PHQ – 15 (Patient Health Questionnaire)	- Sin síntomas físicos relevantes (de 0 a 4 puntos), - Con síntomas físicos relevantes (>4 puntos).	Nominal

2.1.3. Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los cuidadores de adultos mayores?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores cuidados?
3. ¿Existe la presencia de somatizaciones en los cuidadores de adultos mayores?
4. ¿Cuál es el grado de sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores?
5. ¿Cuál es la relación entre grado de sobrecarga y presencia de somatizaciones en cuidadores de adultos mayores?

2.1.4. Tipo de investigación:

Investigación de campo

2.1.5. Diseño de investigación:

Observacional, transversal

2.1.6. Nivel de investigación:

Nivel relacional

2.1.7. Justificación del problema

Debido a los cambios sociodemográficos actuales que se está experimentando tanto mundialmente como en nuestro país, afrontamos nuevos problemas que tenemos que reconocer y resolver. Por ello se deben realizar más estudios para poder identificar estas nuevas situaciones para poder enfrenarlas de la manera más adecuada.

El presente estudio presenta una **relevancia social**, pues es un problema que aqueja a todos los cuidadores de pacientes geriátricos, pues los cambios sociodemográficos experimentados demuestran que la población adulta mayor está en aumento cada día más. Este grupo etario es susceptible de sufrir diversas patologías, por ello también existe un aumento en la tasa de dependencia de los adultos mayores, generando que este tema se de gran relevancia para la sociedad. Debido a que hay una mayor necesidad de cuidadores en los adultos

dependientes, esta labor en la mayoría de situaciones es asumida por un familiar el cual en muchas ocasiones puede no estar capacitados para realizar esta labor, es donde su propia salud se puede ver afectada. Usualmente el cuidador tiende a priorizar los problemas del familiar dependiente, postergándose la búsqueda de ayuda médica ante cualquier propia patología, convirtiéndose en un problema casi invisible para el sistema de salud.”

La **importancia científica** de esta investigación es conocer tanto las características sociodemográficas de los cuidadores de adultos mayores, como el grado de sobrecarga que experimenta por realizar esta labor y además reconocer la presencia de somatizaciones.

Este estudio tiene **relevancia contemporánea** debido a que en nuestro medio existen escasos trabajos publicados que nos brinden esta información y servir de base para establecer futuras medidas preventivas promocionales para este grupo en aumento de cuidadores, futuramente lograr una capacitación adecuada para desarrollar esta labor sin afectar su propia salud.

El interés para realizar esta investigación es lograr reconocer la relación entre el grado de sobrecarga que experimentan los cuidadores de adultos mayores y la presencia de somatizaciones.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. ENVEJECIMIENTO

2.2.1.1. Definición. -

Según las Naciones Unidas: “En forma global, este grupo de población los adultos mayores crece más rápidamente que los de personas más jóvenes” (1). En la revisión de 2019 del informe «Perspectivas de la Población Mundial», Por primera vez en la historia se presentó que las personas mayores de 65 años supero el número de niños menores de 5 años a nivel mundial. Lo que se estimó en el 2018 respecto a las personas adultas mayores es que su población sea el doble para 2050 y el triple para 2100, pasará de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en 2100 (1).

2.2.1.2. Epidemiología internacional y nacional. -

Viendo todo lo que abarca que el envejecimiento según la OMS: “Puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad” (5).

En el Perú de acuerdo a los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística e Informática: “En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950, a 10,4% en el año 2018 y 12,4% en el 2019” (3), (28).

2.2.2. ADULTO MAYOR

2.2.2.1. Definición.-

Según la OMS se define como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años y según sus conceptos “las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada , de 75 a 90 años viejas o ancianas y a los que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes, viejos os o longevos”(6), (7).

De acuerdo a La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) hace referencia que el criterio cronológico es establecido en la legislación de cada país, siendo en la mayoría el inicio de la vejez a los 60 años. En general la CEPAL define: “El inicio cronológico de la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia” (8). Según este criterio, la vejez se define a partir de los 60 o 65 años, y a menudo es fijada por ley bajo denominaciones como “adulto mayor” o “persona adulta mayor” (8).

Las personas mayores están expuestas a sufrir: (8).

- Pobreza: insuficiencia de ingresos económicos
- Invisibilización : ausencia en la agenda del desarrollo

- Fragilización: perdida o falta de condiciones adecuadas para fortalecer la autonomía

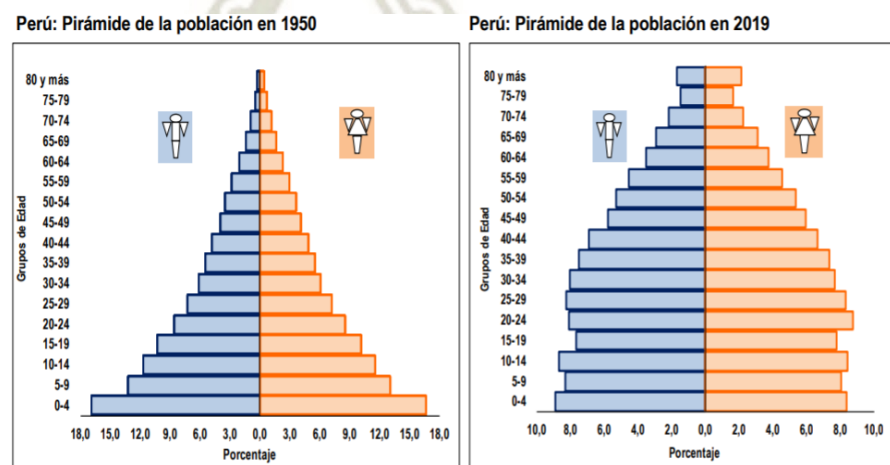
En la edad adulta se tiende a presentar diversas patologías, según los datos de la OMS: “Las afecciones comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo” (9).

2.2.2.2. Epidemiología internacional y nacional.-

Según la OMS reporta que: “Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años” (9).

En el Perú también se observan estos cambios demográficos lo que se observa en la imagen 1 demostrando que el 1950 solo el 5.7% de la población peruana eran adultos mayores lo cual se fue elevando, en el año 2018 según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en su segundo boletín trimestral hallaron que 10,4% de la población es adulta mayo y en el último boletín del 2019 este porcentaje incremento al 12.4% de la población (3), (28).

IMAGEN 1: Comparación entre la pirámide poblacional en 1950 y 2019, Perú.

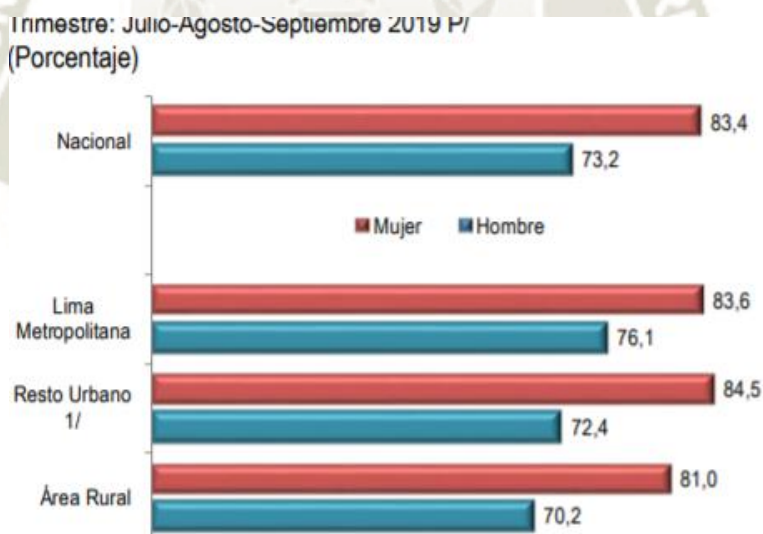


FUENTE: “Instituto Nacional de Estadística e Informática” (28).

A nivel de otros países sudamericanos el porcentaje de adultos mayores respecto de su población son porcentajes similares, ligeramente inferiores a los observados en nuestro país como en Chile con el censo 2017 se obtuvo 11,4% y en Argentina un mayor porcentaje en el 2014 con un 23% de la población (29),(30).

En cuanto la estadística de la salud y adultos mayores el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el último boletín publicado en el 2019 como se muestra en la imagen 2 que reporta que el 83,4% de la población femenina de adultos mayores presentaron un problema de salud versus el 73.2% de la población masculina, lo cual varía ligeramente según el área de residencia en porcentaje, pero manteniendo la prevalencia (28).

IMAGEN 2: Población adulta mayor con algún problema de salud crónico, según sexo y área de residencia, Perú.



FUENTE: “Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares” (28).

2.2.3. FUNCIONALIDAD

2.2.3.1. Definición.-

Teniendo el concepto de: “La funcionalidad del adulto mayor es la capacidad de realizar de forma independiente o autónoma las actividades básicas de la vida cotidiana como es la alimentación, continencia, uso del sanitario, transferencia, el vestirse y asearse. También actividades instrumentales como el cocinar, comprar, participación de labores domésticas: limpieza del hogar, uso del teléfono, lavado de ropa, viajar, tomar medicamentos y administración financiera personal” (5).

El incremento de la necesidad de cuidado a largo plazo se relaciona a la pérdida de la capacidad de vivir independientemente que sufren los adultos mayores (1).

2.2.4. DEPENDENCIA

2.2.4.1. Definición.-

Es el estado en que se necesita algún grado de apoyo en las actividades diarias debido a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual.

Los cambios en la estructura social con el incremento de la población de adultos mayores ha conllevado a un aumento conjunto de las tasas de dependencia, dichos son uno de los problemas en la sociedad actual por la preocupación de poder cubrir la necesidad creciente de asistencia y cuidados de larga duración a los adultos mayores que se presentan algún grado de dependencia (10).

2.2.4.2. Epidemiología internacional y nacional.-

Según la OMS: “Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo” (2).

2.2.4.3. Diagnóstico.- Escala de Barthel

La escala de Barthel o también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland”, es una herramienta desarrollada por Mahoney y Barthel en 1965, se aplica al cuidador y evalúa independencia, es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia (11), (31).

Se consideran las siguientes actividades:

- Comer
- Trasladarse entre la silla y la cama
- Aseo personal
- Uso del retrete
- Bañarse/Ducharse
- Desplazarse
- Subir y bajar escaleras
- Vestirse y desvestirse
- Control de heces
- Control de orina (11).

“El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original, a mayor puntaje mayor independencia

La interpretación sugerida por Shah et :

- 0 – 20: Dependencia total
- 21 – 60: Dependencia severa
- 61 – 90: Dependencia moderada
- 91 – 99: Dependencia escasa
- 100: Independencia (11) (31).

Es una escala utilizada mundialmente en diversos estudios en la cual sólo es necesario utilizar la versión acorde al idioma, además es práctica de realizar entre 2 y 5 minutos” (11).

El índice de Barthel tiene un coeficiente de consistencia interna alpha de Cronbach fue de $r = 0.80$, dicho índice estimado es consistente con el reportado por otros estudios (31).

Entre las ventajas del índice de Barthel es que no requiere adaptación lingüística, debido a que se fundamenta en la observación de ciertas actividades específica o en la consulta a cuidadores, se utiliza de acuerdo al idioma donde se aplica (11).



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

FUENTE: “Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación” (11).

2.2.5. CUIDADOR

2.2.5.1. Definición.-

Se refiere a la persona que brinda asistencia y ayuda a otra que se encuentra con imposibilidad o dificultad para desenvolverse de manera normal en sus actividades vitales o sociales debido a una discapacidad o minusvalía y sobre la cual se encomienda el compromiso de preservar la vida de otro (5).

2.2.5.2. Clasificación.-

Cuidador principal: Persona que está al cuidado del paciente la mayor parte del día, ya sea de forma obligatoria o por propia voluntad, que reciba o no de remuneración alguna (5).

Cuidador informal: Persona que no pertenecer a alguna institución sanitaria o social y desempeñan el cuidado de salud de personas dependientes que viven en su domicilio, con la característica que no reciben remuneración a cambio (5).

2.2.6. CUIDADOR FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA FUNCIONAL

2.2.6.1. Definición.-

Según la OMS “es la persona, en relación de parentesco, hombre o mujer, mayor de 18 años, que atiende, apoya y supervisa sus necesidades básicas de la vida diaria, toma decisiones y asume su cuidado de salud integral” (12).

2.2.6.2. Características.-

La imagen del cuidador descrita por la OMS es de sexo femenino, siendo la hija en edad media de la vida con cercanías o en el grupo de adultos mayores, casada o conviviente, ama de casa, con baja escolaridad e ingreso económico (12).

Es importante brindar de manera oportuna la información adecuada a las familias que cuidan a un adulto mayor para poder afrontar esta situación; la atención al cuidador debería brindarse durante todo el

proceso de cuidado, ofreciendo un asesoramiento personalizado y continuo, que por lo tanto no se trataría de ofrecer un curso sencillo de formación (13). Debido a que el cuidador no suele buscar ayuda médica, siendo esta postergada y priorizando los problemas de su familiar dependiente, se suele dejar la mayoría de sus propias patologías sin diagnosticar, tornándose estas casi “invisibles” para el sistema de salud (14).

2.2.7. GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

El asumir la labor como cuidador no suele ser una acción planeada y puede conllevar a repercusiones tanto positivas, como la satisfacción de brindar apoyo y cuidados a la persona necesitada, sin embargo también pueden ser negativas. Las repercusiones de esta sobrecarga sobre los cuidadores informales pueden conllevar problemas en su salud tanto física y mental así como repercusiones económicas, laborales, familiares, sobre sus relaciones sociales y su tiempo libre. Asimismo, la sobrecarga del cuidador tendría fuertes consecuencias en el trato emitido hacia el receptor de cuidados en cuanto que se ha asociado con el abandono del cuidado, la institucionalización e incluso con malos tratos y abusos hacia la persona dependiente (4).

2.2.8. EL SÍNDROME DEL CUIDADOR

2.2.8.1. Definición.-

El síndrome del cuidador es un trastorno que afecta a las personas que se desempeñan la actividad de cuidador principal de una persona dependiente, por el desgaste físico y psicológico, los cuales presentan un cuadro pluri-sintomático, llevando al cuidador a abandonar sus labores de cuidado o en otros casos desembocar en el síndrome “Burn-out” (Cuidador Quemado) o el síndrome de “fatiga de compasión” (5).

El cuidador sometido a una sobrecarga puede terminar en desencadenar un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos afectando sus relaciones sociales, equilibrio emocional, libertad y actividades de ocio (15).

Una inadecuada respuesta al estrés emocional crónico sufrido cuyos rasgos principales son un agotamiento psicológico y/o físico, una actitud despersonalizada y fría en el trato con los demás y un sentimiento de culpabilidad por inadecuación a las tareas necesarias (32).

En los últimos 25 años, los investigadores han desarrollado instrumentos de autoinforme los cuales evalúan varios aspectos de la experiencia del cuidador informal, incluida la carga, las necesidades y la calidad de vida del cuidador (38).

En Cuba reportan que la mayoría de cuidadores han experimentado sobrecarga, siendo sus factores de riesgo el grado de dependencia del enfermo, la depresión del cuidador, el funcionamiento familiar, entre otros (39).

2.2.8.2. Epidemiología internacional y nacional.-

Diversos estudios muestran diferentes niveles de sobrecarga en los cuidadores. Un estudio realizado en España encontró que el perfil de la figura del cuidador principal es el de una mujer, de unos 60 años de edad. Se presentó grados de sobrecarga sentida elevada en más del 40% de las cuidadoras, que se asoció de forma independiente con el deterioro funcional y cognitivo del paciente (16), (40).

En México se publicó un artículo el cual halló que el 58% de los cuidadores primarios presentaban algún grado de sobrecarga, el 35% era una sobrecarga intensa (17).

También en países sudamericanos como en Chile donde se encontró que el 70.6% presentó algún grado de sobrecarga, el 52,9% mostró sobrecarga intensa y el 17,6% sobrecarga ligera (14). En nuestro país, Perú, un estudio realizado en la ciudad de Lima demostró que el 90,3% cuidadores presentaban algún grado de sobrecarga (15,1%, sobrecarga ligera y el 75,2%, sobrecarga intensa (18).

2.2.8.3. Síntomas.-

- **Síntomas físicos:** En la mayoría afecciones crónicas del aparato locomotor como los trastornos osteoarticulares, problemas respiratorios, trastornos gastrointestinales, riesgo cardiovascular y deterioro de la función inmunitaria (5).
- **Síntomas psicológicos:** Problemas clínicos (ansiedad, depresión, hipocondría, estrés, etc.), problemas psicosomáticos (cefaleas, palpitaciones, pérdida de apetito, problemas gastroenterológicos, temblor, alergia, vértigo, problemas de memoria y concentración, insomnio, etc.), y problemas emocionales (irritabilidad, culpabilidad, tristeza, preocupación, depresión soledad, etc.) (5).

2.2.8.4. Escala Zarit

La Escala de Carga de Zarit evalúa la carga percibida por el cuidador la que se define como la valoración o interpretación que hace el cuidador de los estresores derivados del cuidado (19).

Es una escala ampliamente utilizada en diferentes poblaciones para diversos estudios en cuidadores. Convirtiéndose en el instrumento más usado para evaluar la sobrecarga del Cuidador en geriatría (15).

Numerosos instrumentos intentan objetivar la sobrecarga del cuidador: “entrevista de sobrecarga del cuidador”, “índice global de carga”, “cuestionario de sentido de competencia”, entre otros; A pesar de ello la escala Zarit es la que logra integrar consistentemente las dimensiones:

- Calidad de vida
- Capacidad de autocuidado
- Red de apoyo social
- Competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado (14).

Siendo la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español (14).

En Chile se validó dicha escala para detección de sobrecarga en cuidadores de pacientes dependientes y para su eventual intervención, asimismo en Colombia fue utilizada para el uso en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, en Argentina para la evaluación en cuidadores de pacientes en cuidados paliativos, en Colombia para “Describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores de adultos mayores discapacitados y en Perú en un estudio destinado para la evaluación de cuidadores de pacientes con esquizofrenia y entre otros países de América Latina (14), (20).

La escala Zarit consta de 22 preguntas con 5 posibles respuestas:

- Nunca (1 punto)
- Rara vez (2 puntos)
- Algunas veces (3 puntos)
- Bastantes veces (4 puntos)
- Casi siempre (5 puntos) (21).

Teniendo un rango de puntaje total de 22 a 110, a partir de lo que establece los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida:

- ausencia de sobrecarga (≤ 46 puntos)
- sobrecarga ligera (47-55 puntos)
- sobrecarga intensa (≥ 56 puntos) (21).

La sobrecarga ligera representa un factor de riesgo para formar sobrecarga intensa, siendo esta última que se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador (14).

“Tiene una sensibilidad de 84,5% y una especificidad de 85,3% para ausencia de sobrecarga y una sensibilidad de 89,7% y una especificidad de 94,2% para sobrecarga intensa” (18).

El principal inconveniente de esta escala es su gran extensión de 22 ítems , por lo que se validó en España una forma abreviada, con solo consta de 7 ítems de la original. Entre las limitaciones de esta versión abreviada es que no es capaz de distinguir entre una sobrecarga ligera de sin sobrecarga, residiendo su utilidad estrictamente en determinar la existencia de una sobrecarga intensa (14).



	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar 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 la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

FUENTE: "Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada" (14).

Sin embargo, a pesar de este inconveniente que puede presentar, sigue siendo recomendada la versión original de 22 preguntas para

estudios comparativos, finos y con análisis de factores involucrados por su mayor versatilidad. De lo mencionado, se proyecta entonces el uso de Escala de Zarit abreviada como instrumento de pesquisa y Escala de Zarit como herramienta de estudio (14).

2.2.8.5. Tratamiento-intervenciones

Se encuentran un total de 16 tipos de intervenciones psicosociales (37):

- **Educación general.** Consiste en la presentación formal de información general como lecturas o presentaciones.
- **Discusión general.** Se incluyen discusiones tanto individuales como grupales entre los pacientes cuidadores y el facilitador.
- **Grupos de apoyo.** Son grupos formados por personas con características similares donde hablan y discuten situaciones referentes al cuidado.
- **Entrenamiento en habilidades sociales.** Se realiza en diferentes modalidades, como juego de roles o entrenamiento en comunicación verbal y no-verbal.
- **Apoyo social.** Se basa en la precepto de habilidades de interacción entre la familia con un enfoque de incrementar la red de apoyo, incrementar apoyo social y reducir el aislamiento social.
- **Actividades sociales.** Que contienen actividades como comidas, excursiones y ejercicios en grupo.
- **Resolución cognitiva de problemas.** Está dirigida a una mejor respuesta ante los estresores que implica el cuidado
- **Terapia cognitiva.** Directamente busca cambiar la cognición individual, como el tipo de creencias más frecuentes con respecto a la situación de cuidado.
- **Habilidades cognitivas.** Es el tipo de intervención en la que solamente se utilizan técnicas como distracción, imaginación guiada, dirección en la atención, etc.
- **Habilidades prácticas de cuidado.** Contienen sesiones de demostración donde el cuidador que incluye la parte práctica donde el cuidador demuestra las habilidades que ha aprendido

- **Conservación de grabaciones.** Las grabaciones con el debido consentimiento servirían para propósitos evaluativos, antes y después del programa.
- **Relajación.** Enseñanza de cualquier técnica de relajación.
- **Terapia de conducta.** Basada en la teoría del aprendizaje y se usan una o más técnicas como el establecimiento de metas y reforzamiento material y/o verbal.
- **Psicoterapia y consejería.** individuales o grupales
- **Respiración.** Se considera como intervención cuando se ofrece en forma de cuidado en el día o en la noche.
- **Misceláneo.** en intervención amplios, pero no aclaran los detalles

2.2.9. SOMATIZACIÓN

2.2.9.1. Definición.-

Es uno de los mayores retos a los que se puede ver enfrentado un médico en su práctica médica cotidiana, es el proceso mediante el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional a través de síntomas físico (22).

En estudios realizados encuentran que entre el 20 al 50% de pacientes que acuden a una atención primaria con síntomas físicos pueden clasificarse como medicamente inexplicables, mientras que otras investigaciones brindan porcentaje entre el 10 al 16% (33).

Los pacientes que manifiestan este tipo de trastornos están es riesgo de someterse a tratamientos en excesos o innecesarios, también podría verse afectada la relación médico tornándose difícil y tensa, siendo para los médicos un gran desafío que conlleva a mejorar sus diferentes competencias tanto en el reconocimiento y manejo de pacientes con trastornos somatomorfos, es por ello que un cuestionario podría ser útil en la detección (33).

“Somatización como tal no es un diagnóstico psiquiátrico, más bien se puede considerar un denominador común de una serie de procesos patológicos agrupados según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) como trastornos

somatormorfos. Los trastornos somatomorfos son un conjunto de patologías cuyo diagnóstico se realiza por la presencia de síntomas corporales que sugieren un trastorno físico sin causa orgánico demostrable o mecanismo fisiológico conocido que los explique completamente y por la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o estrés” (23).

Según la clasificación de la DSM V encontramos los” Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados” y dentro de ellos Trastorno de síntomas somáticos en los cuales nos da como criterios los siguientes (24).

2.2.9.2. Diagnóstico.-

“Trastorno de síntomas somáticos DSM V

- A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
- B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 - 1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
 - 2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
 - 3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.
- C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Especificar si:

Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.

Especificar si:

Persistente: Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.

Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.

Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso)” (24).

2.2.9.3. Etiología

Factores genéticos

La base genética común para los trastornos por somatización es la propuesta clásica. Sin embargo se sigue estudiando en todo el mundo (36).

Factores biológicos

- En la base biológica estudiada se encontró la disminución del proceso cognitivo bifrontal a predominio del hemisferio no dominante que podría ser responsable del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta. En ciertos estudios señalan que: “Las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes somatizadores y existe cierta hiperactividad del locus coeruleus lo cual disminuiría el umbral del dolor y disminución del riego sanguíneo cerebral en las áreas posteriores del cerebro” (36).

Factores biopsicosociales

- Estudios donde explican que las experiencias infantiles tienen repercusión en la formación del carácter del somatizador desde una perspectiva evolutiva (36).

2.2.9.4. Cuestionario PHQ – 15 (Patient Health Questionnaire)

El cuestionario PHQ – 15 es un instrumento de diagnóstico que se ha desarrollado para la detección de trastornos somatomorfos que consta de una lista de 15 síntomas somáticos, los cuales son la mayor parte de quejas físicas en atención primaria (33)

En cuanto las posibles causas las investigaciones reportan que existe un espectro de factores médicos y psiquiátricos que pueden causar o contribuir a la carga de síntomas somáticos. La investigación continúa revelando los mecanismos centrales que pueden proporcionar una vía común para los síntomas físicos y psicológicos (34).

Una escala compuesto por 15 ítems referentes a síntomas somáticos, la cual su versión española ha sido validada se puntúan 15 síntomas somáticos y para la detección de un probable trastorno por somatización (25).

Según Kroenke et al. en el 2002, el PHQ-15 se utiliza para la detección de una posible patología por somatización. Se puntúan 15 síntomas somáticos que presentaron los pacientes en las 4 últimas semanas, aclarando que no haya una explicación biológica, con 3 opciones de respuesta con un puntaje respectivo:

- no me han molestado (0 puntos)
- me han molestado un poco (1 puntos)
- me han molestado mucho (2 puntos) (26).

El mayor puntaje obtenible es de 30 puntos, considerándose la presencia de somatizaciones con un puntaje ≥ 5 , los puntajes crecientes en el PHQ-15 están fuertemente relacionados con conductas somatizadoras (26), (33).

El cuestionario PHQ-15 en su versión española se mostró factible, fiable y válido para evaluar síntomas somáticos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad en psiquiatría, teniendo una sensibilidad de 78% y una especificidad de 71% (25), (17).

El PHQ-15 se ha demostrado que es un instrumento válido y moderadamente confiable para poder reconocer trastornos somatomorfos, sin embargo también es necesario tener juicio clínico (33).

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE PHQ-15

Durante las 4 últimas semanas,
¿hasta qué punto le HAN MOLESTADO cada uno de los siguientes problemas?

	Nada	Un Poco	Mucho
a.- Dolor de estómago.....	1	2	3
b.- Dolor de espalda.....	1	2	3
c.- Dolor en sus brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.).....	1	2	3
d.- Dolores menstruales u otras molestias asociadas a la menstruación (sólo mujeres).....	1	2	3
e.- Dolores de cabeza.....	1	2	3
f.- Dolor torácico (zona del pecho).....	1	2	3
g.- Mareos.....	1	2	3
h.- Desmayos.....	1	2	3
i.- Palpitaciones o sentir el corazón acelerado.....	1	2	3
j.- Falta de respiración.....	1	2	3
k.- Dolor o problemas durante sus relaciones sexuales.....	1	2	3
l.- Estreñimiento, ir suelto de vientre o diarrea.....	1	2	3
m.- Náuseas, gases o indigestión.....	1	2	3
n.- Sentirse cansado o con pocas energías.....	1	2	3
o.- Problemas de sueño.....	1	2	3

FUENTE: “Validación de la Versión Española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA” (17).

2.3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.3.1. A nivel nacional

Autor: “Zoila Romero”

Título: “Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú” (18).

Resumen: “Aunque es asumido que la presencia de sobrecarga del cuidador de pacientes geriátricos predispone al desarrollo de síntomas somáticos, dicho problema no ha sido estudiado en el Perú y más aún en un área urbano-marginal, por lo que se necesitan más estudios que validen esta asociación. Objetivo: Determinar la relación entre el desarrollo de síntomas somáticos y la presencia de sobrecarga en cuidadores de pacientes geriátricos del Área urbano-marginal Payet, Independencia. Material y métodos: Estudio de relación, transversal y basado en la aplicación de escalas de medición, aplicadas a 93 cuidadores de pacientes geriátricos. Se analizó con el programa SPSS versión 18.0 y aplicando el test de proporciones. Resultados: El 77,4% tenía entre 25 a 59 años. El 61,29% de los cuidadores tenía un tiempo entre 1 a 8 años cuidando pacientes geriátricos y el 67,74% empleaba menos de 8 horas diarias en el cuidado. El 90,3% de los cuidadores no había recibido capacitación para el cuidado. El 75,27% de los cuidadores presentaron sobrecarga intensa y el 40,86% presentó alta severidad de los síntomas somáticos, encontrándose asociación estadística entre estas dos variables. Conclusiones: Se encontró relación entre el desarrollo de síntomas somáticos y la presencia de sobrecarga en los cuidadores de pacientes geriátricos del área urbano-marginal de Payet” (18).

Cita en Vancouver: (18)

2.3.2. A nivel internacional

Autor: “Elizabeth Flores G.”

Título: “Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa” (27).

Resumen: “Objetivo: Determinar el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol, en el cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa y su relación con características sociodemográficas. Material y métodos: Estudio de corte transversal, correlacional y predictivo, en 67 cuidadores familiares adscritos a Programas de Postrados. Se utilizó Escala de Zarit y Encuesta Sociodemográfica. Resultados: Los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, media de edad 58,6 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación, escolaridad media incompleta, llevan 1 - 5 años cuidando, dedican 21 - 24 h diarias, sin actividad recreativa, sin ayuda de otras personas y reconocen el apoyo de Centros de Salud Comunitarios. Más de la mitad presentan sobrecarga intensa. La variable sobrecarga del cuidador sólo se asoció significativamente a instituciones que apoyan al cuidador y es factor predictivo de la sobrecarga. Conclusión: El cuidado de las personas mayores se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa. Ratifica a la enfermería comunitaria y las organizaciones sociales como factor amortiguador de sobrecarga del cuidador familiar. Se requiere de iniciativas y proyectos de desarrollo social que aumenten las redes de apoyo, además, mejorar el plan de apoyo al cuidador con dependencia severa que existe en Chile” (27).

Cita en Vancouver: (27)

Autor: Eliana Dueñas

Título: “Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales” (20).

Resumen: “Objetivo: Describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores de adultos mayores

discapacitados. Materiales y métodos: Se realizó un estudio piloto de casos y controles en el Valle del Cauca durante el 2003-2004 para evaluar la funcionalidad familiar (APGAR familiar), la ansiedad y depresión (escala de Goldberg), la presencia de enfermedades (cuidadores y no cuidadores), y la prevalencia del síndrome del cuidador (escala de Zarit). Resultados: Se estudiaron 102 familias en su mayoría de nivel socioeconómico bajo (75.3%) con una discapacidad media de 4 años (rango 1-60 años). Se observó una mayor proporción de depresión (81.3% vs. 53.9%, $p < 0.01$), una mayor proporción de ansiedad (85.2% vs. 45%, $p < 0.001$), y una mayor proporción de disfunción familiar severa (26.5% vs. 10.8%) ($p = 0.004$) en los cuidadores en relación con los no cuidadores. De los cuidadores principales 47% presentaron el síndrome del cuidador que se asociaba con ansiedad (96%, $p = 0.01$) y con depresión (100%, $p < 0.0001$); 85.3% de los cuidadores habían presentado enfermedades previas en comparación con 63.7% de los no cuidadores ($p = 0.0004$). Conclusión: Los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad. Los resultados de este estudio identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados como un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas” (20).

Cita en Vancouver: (20)

Autor: Jimena Patricia Luzuriaga Bonilla

Título: “Ansiedad y su relación con síntomas somáticos en los familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad (física, intelectual y mental) que acuden al área de salud n°3 de la ciudad de Loja periodo 2016” (35).

Resumen: “El cuidado informal de una persona con discapacidad se ha convertido en un proceso social decisivo en la vida del cuidador y del paciente cuidado, hoy por hoy se reconoce la relevancia social incuestionable que esta problemática tiene, más aún cuando el cuidado

es por tiempo prolongado y se presentan consecuencias en la salud física y emocional del cuidador; siendo así la presente investigación titulada “Ansiedad y su relación con síntomas somáticos en familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad física, intelectual y mental” se plantea como objetivo general evaluar Ansiedad y establecer la relación con síntomas somáticos en familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad física, intelectual y mental; como objetivos específicos identificar ansiedad, evaluar sintomatología somática y finalmente establecer la relación entre estas dos variables. El estudio tuvo un enfoque cualicuantitativo, de corte transversal, y contó con la participación de 60 familiares cuidadores; se basó en la aplicación de los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad de Hamilton, Encuesta y entrevista semi-estructuradas para obtener datos de las variables tiempo de cuidado en años, edad y género del cuidador, parentesco, tipo y grado de discapacidad del familiar que cuidan. Los resultados arrojados muestran que el 100% de cuidadores presentan ansiedad; de los cuales el 46,66% presentan ansiedad grave, así mismo el 100% de los participantes presenta síntomas a nivel somático entre los que se encuentran: cefalea tensional, gastritis, dolores musculares, sensación de debilidad, rigidez muscular, visión borrosa, taquicardia, diaforesis entre otras, el 43,33% de cuidadores experimentan esos síntomas con una intensidad elevada y media; pudiendo concluir así que existe relación directa entre tiempo de cuidado, manifestaciones de Ansiedad y presencia de síntomas somáticos en los cuidadores primarios. Palabras Clave: Discapacidad, Tipos de Discapacidad, Ansiedad, Síntomas Somáticos, Cuidador” (35).

Cita en Vancouver: (35)

2.4. OBJETIVOS.

2.4.1. General

Establecer la relación el entre grado de sobrecarga y la presencia de somatizaciones en cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2020.

2.4.2. Específicos

- Conocer las características sociodemográficas de los cuidadores de adultos mayores
- Establecer las características sociodemográficas de los adultos mayores cuidados
- Identificar la presencia de somatizaciones en los cuidadores de adultos mayores
- Determinar el grado de sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores

2.5. HIPÓTESIS

Nula: No existe relación entre grado de sobrecarga y presencia de somatizaciones en cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2020.

Alternativa: Si existe relación entre grado de sobrecarga y presencia de somatizaciones en cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2020.

3. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3.1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

- a) Técnicas: Cuestionarios
- b) Instrumentos: Ficha de recolección de datos, escala Zarit, escala de Barthel y cuestionario PHQ – 15 (Patient Health Questionnaire)
- c) Materiales: papel, lápiz, laptop, impresora

3.2. Campo de verificación

3.2.1. Ubicación espacial:

Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

3.2.2. Ubicación temporal:

2018 - 2020

3.2.3. Unidades de estudio:

Cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

3.2.4. Población:

Muestra: intencional

Se ha decidido evaluar a 107 cuidadores durante el periodo de Diciembre 2018 a Febrero 2020

Criterios de inclusión

- Mayores de 18 años
- Tener tres o más meses al cuidado del paciente.
- Cuidadores de adultos mayores atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- Cuidadores que deseen participar y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores de pacientes no adultos mayores
- Cuidadores con antecedentes psiquiátricos de fondo.

- Encuestas mal llenadas o incompletas

3.3. Estrategia de Recolección de datos

3.3.1. Organización

- Se procederá a la presentación de proyecto de tesis al decano de facultad de medicina Humana, presentando dictamen favorable de proyecto de tesis (Modalidad de taller de tesis)
- Presentación de proyecto de tesis al comité de ética
- Solicitud por capacitación al director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, conjuntamente a los jefe de departamento de medicina presentando el proyecto de tesis para poder realizar la recolección de datos en sus instalaciones

3.3.2. Recursos

- a) Humanos: Investigadora: Grecia Liz Fernández Medina
Asesor: Dr. Cesar Núñez Bernal

3.3.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

En la recolección de datos se procederá a elaborar un cuestionario de datos sociodemográficos que incluye las características tanto del cuidador como del adulto mayor, además se obtienen los instrumentos validados. Primero se identificara a los cuidadores de adultos mayores que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza , luego se comprueba que cumplan con los criterios de inclusión y no cumplan los de exclusión, después se le explica sobre el tema de estudio y se solicita el consentimiento informado para recolección de datos (ANEXO 4). Posteriormente al cuidador se le aplica la herramienta de recolección de datos sociodemográficos (ANEXO 5) también la escala de Zarit. (ANEXO 2), se toma del test para el índice de Barthel (ANEXO 1) y el cuestionario PHQ – 15 (Patient Health Questionnaire). En una tabla de Excel se registrara los datos obtenidos por las fichas de recolección de datos. Se utilizará el paquete estadístico SPSS para procesar la información.

En cuanto a los aspectos éticos el proyecto de tesis no viola los derechos humanos, se procederá a la toma del consentimiento informado, solo en ese caso se continuará con recolección de dato y se cuidará en todo momento la confidencialidad de la información brindada. Se procederá a realizar la entrevista solo previo consentimiento informado (ANEXO 4).



4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo Actividades	Año								
	2018					2019		2020	
	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero Dicie	Enero	Febre	Mazo
Indagación en la literatura de la problemática en cuidadores									
Revisión sistemática sobre sobrecarga en cuidadores y somatización en cuidadores									
Elaboración del proyecto de tesis									
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis									
Presentación y dictamen de comité de ética de investigación									
Ejecución de proyecto de tesis									
Aplicar la ficha de recolección de datos									
Registro de datos obtenidos									
Procesamiento									
Informe final									

Fecha de inicio: Octubre 2018

Fecha probable de término: Marzo 2020

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento [Internet]. 2018 .Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- 2) Organización Mundial de la Salud. Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. 2018 . Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- 3) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor INDICADORES DEL ADULTO MAYOR Trimestre: Abril-Mayo-Junio 2018 [Internet]. Lima-Perú; 2018 p. 1-11. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_adulto-abr-may-jun2018.pdf
- 4) Carretero S. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial [Internet]. España; Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- 5) Campo G. Sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas Hospital II Vitarde 2017 [Segunda especialidad en medicina familiar y comunitaria]. Universidad San Martín de Porres; 2018.
- 6) Varela LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 Abr [citado 2018 Oct 17]; 33(2): 199-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>.
- 7) Quintanar A. Análisis de la calidad de vida de adultos mayores del municipio de Tetepando, Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL-BREF [Licenciada en psicología]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.

- 8) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Los derechos de las personas mayores: Materiales de estudio y divulgación [Internet]. Santiago de Chile: Dirk Jaspers; 2018 p. 1-10. Available from: https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf
- 9) World Health Organization. Envejecimiento y salud [Internet]. 2018 . Available from: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- 10) Guerra MD, Zambrano EM . Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2018 Sep 06] ; 12(32): 211-221. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400012&lng=es.
- 11) Actas españolas de psiquiatría. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. 4th ed. Plasticidad y Restauración Neurológica. Yucatan, Mexico; 2005. p. 2-6.
- 12) Alemán F. Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante. 2012.
- 13) López G, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2009 Jun [citado 2018 Sep 03] ; 2(7): 332-339. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es.
- 14) Breinbauer K, Vásquez V, Mayanz S. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2009 Mayo [citado 2018 Sep 02] ; 137(5): 657-665. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[98872009000500009&lng=es.](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009&lng=es)

[http://dx.doi.org/10.4067/S0034-](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009)

[98872009000500009.](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009)

- 15) Céspedes J. Evaluación de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor dependiente, en el policlínico "Chiclayo-Oeste", Octubre - Diciembre 2011 [Médico cirujano]. Universidad San Martín de Porras; 2013.
- 16) Zabalegui YA. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática [Internet]. revista española de geriatría y gerontología. 2008 [cited 3 September 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-eficacia-las-intervenciones-dirigidas-cuidadores-S0211139X08711764>
- 17) Camacho L., Hinostroza AG., Jiménez , A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el tiempo de Cuidado. Enfermería Universitaria [Internet]. 2010;7(4):35-41. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741836006>
- 18) Romero Z, Cuba M. Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. Rev Med Hered [Internet]. 2013 Jul [citado 2018 Sep 02] ; 24(3): 204-209. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300005&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300005&lng=es)
- 19) Hernández, ZE, Ehrenzweig, Y. Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2008;13(1):127-142. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213110>
- 20) Dueñas E., Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colomb. Med. [Internet]. 2006 June [cited 2018 Sep 03] ; 37(2 Suppl 1): 31-38. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342006000500006&lng=en.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342006000500006&lng=en)

- 21) Lauro Bernal I., Jiménez L, Silva LC.. Proyectos de Intervención en Salud Familiar: una Propuesta Método. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2000 Jun [citado 2018 Sep 05] ; 26(1): 12-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000100002&lng=es .
- 22) Muñoz C., Harold, Somatización: Consideraciones diagnósticas. Revista Med [en línea] 2009, 17 (Enero-Junio) : [Fecha de consulta: 5 de septiembre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91020345009> ISSN 0121-5256
- 23) Rosendal M . Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms? Towards a clinical useful classification in primary health care [Internet]. PubMed. 2005 [cited 29 August 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16025867>
- 24) American Psychiatric Publishing. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2014.
- 25) Validación de la Versión Española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA [Internet]. Barcelona; 2010 [cited 17 October 2018]. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/68/ESP/11-68-ESP-345-357-775023.pdf>
- 26) Muñoz R. Detección de depresión, ansiedad y pánico en atención primaria mediante el PHQ [doctorado]. Universidad de Valencia; 2015.
- 27) Flores G, Rivas R, Seguel P. Burden level in performing the role of family caregivers of elderly with severe dependence. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 Apr [cited 2018 Sep 03] ; 18(1): 29-41. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>
- 28) Calderón, R. (2019). *Situación de la población adulta mayor*. [online] Inei.gob.pe. Disponible en:

- https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/adulto-mayor-dic_2019.pdf.
- 29) Popular. Los adultos mayores siguen creciendo en Argentina. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.diariopopular.com.ar/general/los-adultos-mayores-siguen-creciendo-argentina-n188265>
- 30) Instituto de Política Públicas en Salud. Censo 2017: Más mujeres y adultos mayores. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/analisis-y-estudios/envejecimiento/censo-2017-mas-mujeres-y-adultos-mayores/2017-12-26/103930.html>
- 31) Rodríguez M. Efecto de un programa de Hatha Yoga en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA). Scielo [Internet]. 2017;(20):2-5. . Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v20n1/es_0123-9155-acp-20-01-00139.pdf
- 32) Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes [Internet]. Madrid; 2020 p. 7-26. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Estudio-Cuidadores-segg.pdf>
- 33) Van Ravesteijn, H., Wittkamp, K., Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Annals of family medicine*, 7(3), 232–238. 2009 . <https://doi.org/10.1370/afm.985>.
- 34) Kroenke K. Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2007 [cited 20 February 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17938036/>
- 35) Luzuriaga J. “Ansiedad y su relación con síntomas somáticos en los familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad (física, intelectual y mental) que acuden al área de salud N°3 de la ciudad de Loja periodo 2016” [Bachiller]. Universidad Nacional de Loja; 2016
- 36) Guzmán R. “Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria”. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2011 Oct; 4(3): 234-243. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-

[695X2011000300009&lng=es.](https://doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009)
[695X2011000300009.](https://doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009)

[http://dx.doi.org/10.4321/S1699-](http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009)

- 37) Martínez J. Ansiedad y factores asociados al grado de sobrecarga en el familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5, en terapia de sustitución renal de la red asistencial – EsSalud – Puno - 2015 [bachiller]. Universidad Católica de Santa María “; 2015.
- 38) Deeken J. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14527761>
- 39) Espín, AM. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2012;38(3):393-402. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21423096006>
- 40) Lledós S. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002 Dic ; 76(6): 713-721. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600007&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600007&lng=es)

ANEXOS DE PROYECTO DE TESIS

✓ Instrumento

ANEXO 1 INDICE DE BARTHEL

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

FUENTE: "Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación" (11).

ANEXO 2

ESCALA DE ENTR EVISTA DE SOBRECARGA DE ZARIT

ITEMS	FRECUENCIA				
	Nunca	Rara Vez	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
	1	2	3	4	5
1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2.- ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo(a)?					
3. ¿Se siente estresado(a) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades?(p.ej., con su familia o en el trabajo)					
4. ¿Se siente avergonzado(a) por el comportamiento de su familiar/paciente?					
5. ¿Se siente irritado(a) cuando está cerca de familiar/paciente?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?					
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?					
9. ¿Se siente agotada (o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?					
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?					
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
13. Solamente si el entrevistado vive con el paciente ¿Se siente incómoda (o) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?					
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar					
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente además de otros gastos?					
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho tiempo más?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente inseguro(a) acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?					
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que hace?					
22. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?					

Fuente: "Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada" (14)

ANEXO 3

CUESTIONARIO PHQ – 15 (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE)

Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto le HAN MOLESTADO cada uno de los siguientes problemas?

FRECUENCIA	NADA	UN POCO	MUCHO
PUNTAJES	0	1	2
a.- Dolor de estómago			
b.- Dolor de espalda			
c.- Dolor en sus brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)			
d.- Dolores menstruales u otras molestias asociadas a la menstruación (sólo mujeres)			
e.- Dolores de cabeza			
f.- Dolor torácico (zona del pecho)			
g.- Mareos			
h.- Desmayos			
i.- Palpitaciones o sentir el corazón acelerado			
j.- Falta de respiración			
k.- Dolor o problemas durante sus relaciones sexuales			
l.- Estreñimiento, ir suelto de vientre o diarrea			
j.- Nauseas o indigestión			
k.- Sentirse cansado o pocas energías			
L.- Problemas de sueño			

Fuente: “Validación de la Versión Española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA”(25)

ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____,
recibí información sobre la investigación titulada: **“Relación entre grado de sobrecarga y presencia de somatizaciones en cuidadores de adultos mayores atendidos en Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2018”**. He tenido la oportunidad de absolver mis dudas acerca del tema

Mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio en cualquier momento, la información brindada puede ser procesada para los fines de la presente investigación y será confidencial.

Firma del participante

DNI: _____

ANEXO 5

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Información sobre el CUIDADOR

1. Edad : _____
2. Sexo: Masculino __ Femenino _____
3. Estado civil:
a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado e) Viudo
4. Relación con el enfermo:
a) Conyugue b) Hijo c) Nieto d) Hermano e) Nuera f) Otros:

5. Nivel de Educación:
a) Superior b) Secundaria c) Primaria d) Sin estudios
6. ¿Cuánto tiempo lleva como cuidador? _____
7. Ocupación:
a) Profesional b) Técnico c) Ama de casa d) Desempleado e)
Otro _____
8. Horas en otra ocupación:
a) < 6 horas b) 6 – 8 horas c) > 8 horas
9. Tiempo al día como cuidador: _____ horas
10. Horario como cuidador
a) Mañana b) Tarde c) Noche
11. ¿Capacitación previa por parte de un profesional de salud? Si No
12. ¿Experiencia previa como cuidador? Sí No
13. Número de persona al cuidado: _____
14. Número de persona que cuidan al adulto mayor: _____

Información sobre el ADULTO MAYOR

1. Edad: _____
2. Sexo: Masculino __ Femenino _____
3. Enfermedad que padece: _____
