



# UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA*

## TESIS

**“NIVEL DE AGOTAMIENTO EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR FRAGIL, DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTA** : MORALES CALDAS, María Guadalupe.

**ASESORA** : Mg. JARA CLAUDIO, Edith Cristina.

**HUÁNUCO, PERÚ**

**2017**

---

**“NIVEL DE AGOTAMIENTO EN LOS CUIDADORES  
FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR FRAGIL, DEL PROGRAMA  
DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) ESSALUD –  
HUANUCO, 2016”**

---



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 15:00 horas del día 19 del mes de mayo del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Dra. Gladys Liliana Rodríguez De Lombardi **Presidenta**
- Mg. Bethsy Diana Huapalla Céspedes **Secretaria**
- Lic. Enf. David Anibal Barrueta Santillán **Vocal**

Nombrados mediante Resolución N°597-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: **"NIVEL DE AGOTAMIENTO EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR FRÁGIL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) ESSALUD-HUÁNUCO 2016"**, presentada por la Bachiller en Enfermería **Srta. María Guadalupe MORALES CALDAS**, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a)..... *aprobada* ..... por..... *unanimidad* ..... con el calificativo cuantitativo de..... *quince* ..... y cualitativo de..... *bueno* .....

Siendo las..... *16:10* ..... horas del día *19* del mes de *Mayo* del año *2017*, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

  
PRESIDENTA

  
SECRETARIA

  
VOCAL

## INDICE

	Pág.
Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Resumen	III
Abstract	IV
Introducción	V

## CAPÍTULO I

### 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del problema	09
1.3. Objetivos	10
1.4. Hipótesis	10
1.5. Variables	11
1.6. Operacionalización de las variables	12
1.7. Justificación e importancia	13
1.7.1. A nivel teórico	13
1.7.2. A nivel práctico	13
1.7.3. A nivel metodológico	13

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de investigación	14
2.2. Bases teóricas que sustentan el estudio	22
2.2.1. Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem	22
2.2.2. Teoría de la salud y entorno del paciente según Florence Nightingale	23
2.2.3. Teorías humanísticas de autorrealización según Abraham Maslow	24
2.3. Bases conceptuales	25

**CAPÍTULO III**  
**3. MARCO METODOLÓGICO**

3.1 . Tipo de estudio	48
3.2 . Diseño del estudio	48
3.3 . Nivel de investigación	49
3.4 . Población	49
3.5 . Muestra y muestreo	50
3.6 . Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
3.7 . Procedimientos de recolección de datos	56
3.8 . Elaboración de los datos	57
3.9 .Análisis de los datos	58
3.10 . Consideraciones éticas	58

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS DE RESULTADOS**

4.1. Resultados descriptivo	60
4.2. Resultados inferenciales	71

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIÓN**

5.1. Discusión de los resultados	75
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>78</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>80</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>89</b>

## **DEDICATORIA**

Esta tesis va dedicado a mi padre Vilmar Juan Morales Cabrera, el cual me ilumina, me guía y me protege desde el cielo.

A mi madre Matilde Caldas Castro que dedico su vida y sus esfuerzos por sacarme adelante brindándome su apoyo sus consejos dándome fortaleza para afrontar las adversidades de la vida y a la cual admiro por ser una mujer luchadora y emprendedora.

A mis hermanos Alan, Henler y Carlos, por apoyarme en mi realización profesional y a cada miembro de mi familia, sin excepción por confiar en mí.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por permitir seguir esta carrera tan hermosa y guiarme en mi camino.

A la Mg. Edith Cristina Jara Claudio, por sus conocimientos compartidos como asesora.

A Matilde Caldas Castro y a Teodoro Noreña Salazar, por apoyarme en todo y por concederme lo más sagrado que tengo. Mi profesión.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud – Huánuco, 2016.”

**Materiales y Métodos:** El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo típico, de corte transversal y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 172 cuidadores familiares del adulto mayor frágil según el programa de atención domiciliaria (PADOMI) EsSalud Huánuco. Se empleó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento la escala de Zarit ya validado (21 ítems). La confiabilidad fue determinada con el Alpha de Crombach ( $\alpha = 0.88$ ). Los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado, con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas entre las proporciones internas de la variable central y sus dimensiones expresadas en niveles (No Agotamiento, Agotamiento Leve, Agotamiento Intenso).

**Resultados:** El 54,7% de cuidadores familiares presentan Agotamiento Leve, seguido por el 29,1% de cuidadores familiares con Agotamiento Intenso y el 16,3% de los cuidadores familiares No presentaron Agotamiento.

**Conclusiones:** Los cuidadores familiares del adulto mayor frágil según el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud Huánuco, presentan un Agotamiento Leve, por lo que la hipótesis nula es aceptable.

**Palabras claves:** *Nivel de agotamiento, cuidador familiar, adulto mayor.*

## SUMMARY

**I target:** Determines the level of depletion of the familiar keepers of the frail major adult of the Program of Domiciliary Attention (PADOMI) EsSalud - Huánuco, 2016. "

**Materials and Methods:** The present study is of quantitative approach, of descriptive typical type, of transverse court and not experimental design. The sample was shaped by 172 familiar keepers of the frail major adult According to the program of domiciliary attention (PADOMI) EsSalud Huánuco. The structured interview was used as technology and since I orchestrate Zarit's scale already validated (21 articles). The reliability there was determined with Alpha de Crombach (to = 0.88). The information was submitted to the test not paramétrica square Chi, With the purpose of determining if there exist significant differences between the internal proportions of the central variable and his dimensions expressed in levels (it does not Depletion, slight Depletion, Intense Depletion).

**Results:** 54,7 % of familiar keepers presents Slight Depletion, followed for 29,1 % of familiar keepers with Intense Depletion and 16,3 % of the familiar keepers they demonstrate one It does not Depletion.

**Conclusions:** The familiar keepers of the frail major adult according to the Program of Domiciliary Attention (PADOMI) EsSalud Huánuco, present a Slight Depletion, for what the raised hypothesis null is acceptable.

**Key words:** *Level of depletion, familiar keeper, major adult.*

## INTRODUCCION

El adulto mayor es la población con alta prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, con alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, situándolos en una posición de vulnerabilidad. Actualmente habitan en el mundo 4.87 millones de personas adultos mayores de 60 años, equivaliendo un 8.6 % de la población mundial, y se prevee que esta cifra ascenderá a 1,200 millones para el año 2025 <sup>(1)</sup>.

En Perú, viene incrementando desde hace tres décadas, actualmente 7.68% de la población nacional está compuesta por personas adultos mayores de 60 años de edad a mas, y se estima que para el 2025 llegara en un 13.27%; significando que en los próximos 20 años esta población llegara casi a duplicarse <sup>(2)</sup>.

Tener la responsabilidad de cuidador a un adulto mayor no es una fácil labor, en la mayoría de veces los cuidadores familiares no reciben las indicaciones suficientes para cuidar a un adulto mayor. Demostrándose en variadas encuestas nacionales de salud, que el 10,4% de adultos mayores de 65 años presentan algún deterioro cognitivo, y aproximadamente un 4,5% tienen deterioro cognitivo asociado con alguna discapacidad, por eso la familia es una fuente importante de cuidado para el adulto mayor, dentro de la familia no todos asumen de igual manera el cuidado del anciano, por lo que los miembros que ocupan la máxima responsabilidad en el cuidado del adulto mayor se les denomina “cuidadores” <sup>(3)</sup>.

Existen tipos de cuidadores: Los formales; quienes reciben un pago por sus servicios, cuentan con formación profesional y en menor de los casos

capacitación para proporcionar los cuidados. Los cuidadores informales y/o familiares no dispone de capacitación, no son remunerados por su tarea pero tienen un elevado grado de compromiso, caracterizado por el afecto en el trato y una atención sin límite provocándoles una sobrecarga de emociones, la presencia de estrés y/o agotamiento emocional, físico y social (4).

El cuidador familiar de un adulto mayor frágil debe afrontar situaciones críticas relacionadas con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia, la disminución del número de vínculos, oportunidades, la motivación y la energía para mantener relaciones sociales lo que le induce a presentar el síndrome del cuidador (5), conocido en el ámbito de la enfermería como cansancio en el rol del cuidador, por lo que es necesario contar con el apoyo familiares, amistades o recursos de la sociedad (6).

En este contexto, cabe destacar el rol del profesional de enfermería, por brindar cuidados holísticos a las personas en sus diferentes etapas de vida, enfatizando sus acciones en promoción de la salud y prevención de enfermedades; contribuyendo a tener conductas saludables en la población, así como en la realización de investigaciones.

El presente estudio titulado “Nivel de Agotamiento en los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud – Huánuco, 2016”, tiene como objetivo determinar el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud – Huánuco, 2016.

El estudio consta de Capítulo I: Problema de investigación, en el cual se expone la descripción del problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio. Capítulo II: Marco Teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales. Capítulo III: Material y Método, que presenta el tipo de estudio, diseño, nivel, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas. Capítulo IV: Resultados, donde se incluye los resultados descriptivos y los resultados inferenciales. Capítulo V: Discusión, la cual contiene la discusión de resultados. Finalmente se presenta las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas y anexos.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

#### 1.1. Descripción del problema

La situación demográfica actual a nivel mundial, particularmente dentro del ámbito de los países desarrollados y de aquellos llamados en vías de desarrollo, indica claramente la tendencia al crecimiento inimaginable del grupo de seres humanos que logran superar los 60 años de edad. Desde las últimas décadas, el aumento o incremento del número de la población viene envejeciendo a nivel mundial, ya que cotidianamente plantean diversidad de necesidades acordes a esa etapa de la vida. Por ello, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1974, el envejecimiento es un “proceso fisiológico que día a día tiene constantes cambios, el cual se inicia con la concepción y que ocasiona cambios, durante todo el ciclo de la vida <sup>(7)</sup>.

La evolución económica y social, se da por el desarrollo de las ciencias biomédicas y el mejoramiento de las políticas de promoción de la salud (PROMSA) provocando un avance importante en la reducción de la tasa de mortalidad, que sumada a la baja natalidad, logran producir un aumento en la esperanza de vida y una revolución de la longevidad para inicio del siglo XX <sup>(8)</sup>.

De acuerdo a los cálculos realizados por las Naciones Unidas, en 1950 había aproximadamente 200 millones de adultos mayores, que 25 años después aumentaron a 350 millones, mientras que para el año 2000 la cifra se incrementó a 600 millones, número que logro equivaler al 10% de

los habitantes del planeta, ya que para el 2025 llegará a bordear los 1100 millones, constituyendo el 15% de la población total a nivel mundial; mientras para el 2050 representará el 20% <sup>(9)</sup>.

En América Latina y el Caribe, la población crece a una tasa anual de 1.5%, mientras la población mayor de 60 años crece en un 3.5%. Países como Argentina, Uruguay y Chile, logran ocupar los primeros lugares en porcentaje de envejecimiento <sup>(10)</sup>. En México se muestra una tasa de crecimiento superior al 4% anual que los llevará a concentrar en el 2030 al 12% de la población nacional <sup>(11)</sup>.

En Perú este proceso de envejecimiento poblacional es más rápido de lo esperado, De acuerdo con la información del Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI), en el año 2012 se informa que la edad mediana de la población peruana se sitúa en 25,2 años. Hace veinte años era 20,5 años, lo que indica que hay más población en edades mayores. La población adulta mayor (65 y más años de edad) en el país representa el 6,1% llegando a estimar 30 135 875 de la población total. Los departamentos que presentan mayor porcentaje son: Arequipa (7,2%), Lima (7,0%), Áncash (6,9%), Moquegua (6,9%), el Callao (6,8%) en Ica (6,7%) y Lambayeque (6,7%).

Asimismo, las personas octogenarias superan la cifra de 317 mil y la mayoría son mujeres (58,4%) <sup>(12)</sup>.

En la Región de Huánuco según la proyección del INEI se encontró que existen un número de 43,462 adultos mayores; representada en un 5,2% de la población total. De los cuales según la revisión en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud – Huánuco, se encontraron

pacientes adultos mayores asegurados en un promedio de 312 pacientes; representada en un 0,7% de la población total de adultos mayores <sup>(13)</sup>.

A pesar de que el envejecimiento poblacional se muestre como un éxito en las políticas de salud, resaltándolo como un logro importante de la humanidad, al mismo tiempo se muestra como un reto para las sociedad al considerarlo, que el adulto mayor siempre tendrá que combatir con las enfermedades crónicas y degenerativas, durante el resto de su vida <sup>(14)</sup>.

El Plan Nacional de Atención Gerontológica “se basa en una concepción del envejecimiento como proceso, que se inicia en el nacimiento de la persona y que en sí mismo constituye hoy en día uno de los mayores logros de la humanidad. Establece de acuerdo a nuestras leyes y desde nuestro punto de vista cronológico de la vejez, se entiende como adulto mayor aquella persona que tenga la edad de 60 años a más” <sup>(15)</sup>. Y ha sido elaborado bajo los enfoques básicos que orientan la acción del sector: Hacia los derechos humanos, de igualdad de género, de interculturalidad, así como del enfoque intergeneracional.

En investigaciones realizadas en Europa y Norteamérica en torno al perfil demográfico y psicosocial de los agentes de cuidado dependiente de adultos mayores, el cuidado dependiente es la principal fuente de cuidados hasta en un 85%<sup>(16)</sup>. Esta fuente de cuidados ha sido determinada por las nuevas formas de atención sanitaria, las cuales apuntan a disminuir la estancia hospitalaria y por ende, los altos costos en la atención, haciendo que el interés sea cada vez más creciente por mantener a los adultos mayores en su domicilio <sup>(17)</sup>.

Los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos <sup>(18)</sup> y son definidos como "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones" <sup>(19)</sup>.

Múltiples estudios indican que para los ancianos, vivir en su propia casa es uno de los valores más significativos, por lo que ellos quieren ser atendidos en su domicilio y dan a la familia un papel central en ese cuidado. Generalmente es la esposa, las hijas o las nueras quienes adoptan el papel de cuidadoras, centrando su actividad cotidiana en atender al adulto mayor, lo que implica, en muchos casos, renunciar a sus relaciones sociales, reducir sus horas de descanso e incluso llegar a tener sentimientos de culpa al realizar actividades propias no relacionadas con el cuidado del otro <sup>(20)</sup>.

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global <sup>(21)</sup>. Cuidar a una persona con discapacidad o enfermedad crónica "implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio

de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada" <sup>(22)</sup> .

Cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria. Estas personas suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud, que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina "carga" <sup>(23)</sup>. A esta "carga", se le ha dado diferentes nombres: colapso, crisis, sobrecarga, Burnout, síndrome del quemado, síndrome del cuidador, síndrome del cuidador principal, claudicación del cuidador. El síndrome de sobrecarga, se caracteriza por un cuadro plurisintomático que afecta de manera insidiosa, con repercusiones médicas, sociales, económicas, y otras que pueden llevar al "cuidador primario" a tal grado de frustración que finalmente colapse, evidenciando la enfermedad <sup>(24)</sup>.

Los recursos familiares para entregar los cuidados se ven disminuidos; la persona que otorga los cuidados también es de edad avanzada, porque mayoritariamente se trata del cónyuge y puede tener discapacidades que limitan el tipo de ayuda que puede proporcionar. Las familias son pequeñas por lo que hay menos personas con quién compartir el cuidado, la participación de las mujeres en el trabajo hace que dispongan de menos tiempo para otorgar asistencia, la mayor cantidad de divorcios también ha debilitado los lazos familiares y puede disminuir la ayuda disponible cuando un padre se vuelve discapacitado y, también, los hijos de

padres divorciados pueden tener menos recursos para comprometerse con el cuidado de sus padres ancianos <sup>(25)</sup>.

La familia dispone de recursos como cohesión, adaptabilidad, normas, valores, conductas para afrontar tensiones, auxilio médico, etc. y cuando se expone a momentos críticos que implican perturbaciones, por ejemplo, la presencia de una enfermedad incapacitante en uno de sus miembros, por lo general aparece la disposición de uno de los miembros como cuidador directo, y se inicia así una alteración en la dinámica familiar, que si no se supera de modo satisfactorio, se puede desarrollar una serie de alteraciones entre las que se incluye el síndrome del cuidador<sup>(26)</sup>. Este síndrome constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, su estado de ánimo y en la modificación de los umbrales de percepción del sufrimiento y del dolor del enfermo a su cuidado <sup>(27)</sup>. Para el manejo adecuado de esta compleja entidad, es necesario una excelente relación entre el equipo médico y la familia, y enfatizar la necesidad de educar a los cuidadores en mecanismos saludables, flexibles y dinámicos que favorezcan la relación paciente – cuidador - familia <sup>(28)</sup>.

Frecuentemente el cuidador ve afectado su estado de salud, su bienestar y se siente incapaz de afrontar esta responsabilidad, pasando a constituir para el área sanitaria un paciente “oculto” o “desconocido”, que requiere de un diagnóstico precoz e intervención inmediata, antes de presentar el Síndrome del Cuidador <sup>(29)</sup>.

Asimismo, se sienten agobiados por las exigencias de cuidados, llegando a presentar ansiedad y depresión. Estos efectos son mayores y

más frecuentes en cuidadores que deben lidiar con personas que presentan problemas conductuales, como agresividad y conducta errante, además cuando el curso de la enfermedad es de naturaleza impredecible<sup>(30)</sup>.

Flores E, rivas E, seguel F, refieren que el cuidado de un familiar adulto mayor enfrentan momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia, la reducción del número de vínculos, disminución de las oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales lo que los predispone a presentar el Síndrome del Cuidador, conocido en el ámbito de la enfermería como Cansancio en el Rol del Cuidador, por lo que es importante contar con redes de apoyo familiares, amistades o recursos de la sociedad<sup>(31)</sup>.

El Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud Huánuco, es el sistema integral de atención sanitaria en el hogar dirigida a los pacientes asegurados que por alguna discapacidad no puedan acudir al centro asistencial para el manejo y control de sus problemas de salud. Como parte de EsSalud, el programa brinda servicios domiciliarios que incluyen visitas médicas, enfermería, terapia física, servicio social, psicología, atención de urgencias, hospitalización en casa, laboratorio y farmacia<sup>(32)</sup>. El perfil epidemiológico que maneja el programa está compuesta mayoritariamente por adultos mayores con alguna discapacidad, con enfermedades en estado avanzado o terminales y poshospitalizados.

Así la enfermera que labora en el primer nivel de atención debe realizar programas educativos, asesorías, orientaciones, capacitaciones, consejerías, y reuniones beneficiando tanto al adulto mayor y al cuidador familiar, integrándolos en un mismo ámbito, previamente identificando el nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud Huánuco.

Existe en la actualidad hay un gran número de teorías sobre el envejecimiento según Havighurst y Lehr definen, el envejecimiento exitoso ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida <sup>(33)</sup>. Esto no deja de ser un criterio subjetivo, sometido a la comparación entre las necesidades individuales y el contexto concreto del desarrollo presente <sup>(34)</sup>. Esta definición se aplica también a la relación entre un cierto grado de salud objetiva y la satisfacción subjetiva del adulto con la vida que lleva.

La OPS, define el estado de salud de los que envejecen, no en términos de déficit sino del mantenimiento de la capacidad funcional. Así, el envejecer en forma saludable está dirigido a adaptarse a los cambios biopsicosociales, conservando la funcionalidad y la satisfacción personal, en cuya adaptación el interesado juegue un papel activo <sup>(35)</sup>.

Al interactuar con los cuidadores familiares de los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor refieren: “Me siento cansada tengo que atender a mi papá, atender los quehaceres de mi casa y cuidar a mis hijos”, “Como no se lo recoge el señor, sufre mucho, apenas si se puede caminar, ya no ve, pero quiere que lo acompañemos,

porque le gusta caminar”, “Es desesperante que se canse rápido y no poder llevarlo a pasear, por ese motivo lo dejamos en casa”.

Lo anteriormente mencionado plantea una problemática que motiva a diversas interrogantes, tales como: ¿Representa para los cuidadores familiares de adultos mayores frágiles una carga en el cuidado de su familiar?, ¿Cómo afecta el agotamiento del cuidador familiar en el adulto mayor frágil?, ¿Existen evidencias que los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, atraviesen dificultades relacionadas con el agotamiento?, ¿Los cuidadores familiares estarán capacitados para atender a este grupo etéreo? <sup>(36)</sup>.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general:**

Se propone la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de agotamiento presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)

EsSalud – Huánuco, 2016?

### **1.2.2. Problemas específicos:**

- ¿Cuál es el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil según la dimensión física?
- ¿Cuál es el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil según la dimensión psicológica?
- ¿Cuál es el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil según la dimensión social?

### **1.3. Objetivos**

Los objetivos que se han formulado en el siguiente estudio son:

#### **1.3.1. Objetivo General:**

- Determinar el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud – Huánuco, 2016.

#### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- Identificar el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión física.
- Medir el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión psicológica.
- Conocer el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión social.

### **1.4. Hipótesis**

#### **1.4.1. Hipótesis general:**

Ho: El nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud - Huánuco, 2016.

Ha: El nivel de agotamiento es intenso en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud - Huánuco, 2016.

#### **1.4.2. Hipótesis específicas:**

Ho<sub>1</sub>: El nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión física.

Ha<sub>1</sub>: El nivel de agotamiento es intenso en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión física.

Ho<sub>2</sub>: El nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión psicológica.

Ha<sub>2</sub>: El nivel de agotamiento es intenso en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión psicológica.

Ho<sub>3</sub>: El nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión social.

Ha<sub>3</sub>: El nivel de agotamiento es intenso en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión social.

#### **1.5. Variables**

##### **Variable principal:**

- Nivel de agotamiento del cuidador.

##### **Variable de caracterización:**

- Edad
- Genero
- Estado civil
- Ocupación
- Grado de instrucción
- Parentesco con el adulto mayor frágil
- Número de personas que habitan con el adulto mayor frágil

## 1.6. Operacionalización de las variables

VARIABLE		DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE PRINCIPAL	NIVEL DE AGOTAMIENTO EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR FRAGIL	FISICA	0 – 8 pts 9 – 16 pts 17 – 24 pts	- No Agotamiento - Agotamiento Leve - Agotamiento Intenso	categórica dicotómica	nominal politómica
		PSICOLOGICA	0 – 11 pts 12 – 22 pts 23 – 32 pts	- No Agotamiento - Agotamiento Leve - Agotamiento Intenso	categórica dicotómica	nominal politómica
		SOCIAL	0 – 9 pts 10 – 18 pts 19 – 28 pts	- No Agotamiento - Agotamiento Leve - Agotamiento Intenso	categórica dicotómica	nominal politómica
		NIVEL DE AGOTAMIENTO EN GENERAL	0 – 28 pts 29 – 56 pts 57 – 84 pts	- No Agotamiento - Agotamiento Leve - Agotamiento Intenso	categórica dicotómica	nominal politómica
VARIABLE DE CARACTERIZACION	CARACTERISTICA SOCIODEMOGRAFICA	EDAD	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la fecha actual.	• En años	numérica	De razón
		GENERO	Condición orgánica que distingue el varón de la mujer.	• Masculino • Femenino	categórica dicotómica	Nominal
		ESTADO CIVIL	Respuesta sobre su condición personal que socialmente designan para fines demográficos.	- soltero (a) - conviviente - casado (a) - divorciado (a) - viudo (a)	categórica dicotómica	Nominal
		OCUPACION	Es la dedicación diaria.	- ama de casa - comerciante - obrero - técnico - profesionalista	categórica dicotómica	Nominal, policotómica
		GRADO DE INSTRUCCION	Nivel académico	- Sin estudios - Primaria Incompleta - Primaria Completa - Secundaria Incompleta - Secundaria Completa - Universitario	categórica dicotómica	Ordinal politómica
		PARENTESCO CON EL ADULTO MAYOR FRAGIL	Caracterización genética.	• hijo(a) • nieto(a) • sobrino(a) • nuera • conyuge	categórica dicotómica	Nominal
		N° PERSONAS QUE HABITAN CON EL ADULTO MAYOR FRAGIL	Número de personas que viven en el hogar del adulto mayor	a. de 2 personas b. de 3 a 4 personas c. de 5 a más personas	categórica dicotómica	Nominal

## **1.7. Justificación e importancia**

### **1.7.1. A nivel teórico**

El estudio teóricamente se justifica porque el cuidado integral del adulto mayor requiere la participación multidisciplinaria, siendo muchas veces los familiares, por lo que el presente estudio de investigación busca proponer formas adecuadas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

### **1.7.2. A nivel práctico**

A nivel práctico el estudio muestra hallazgos sobre la situación actual del agotamiento de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud Huánuco, lo cual posteriormente se diseñen estrategias para disminuir sus complicaciones a través de medidas preventivas.

### **1.7.3. A nivel metodológico**

Es necesario determinar el nivel de agotamiento de los cuidadores familiares, a través del uso de instrumentos de recolección de datos validados y confiables así la enfermera que labora en el primer nivel de atención debe realizar programas educativos sobre cuidados geriátricos y prevención de síndromes, a la familia valoración de factores protectores individuales, familiares y sociales beneficiando tanto al adulto mayor y al cuidador familiar, integrándolos en un mismo ámbito, previamente identificando el nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor. De tal manera los resultados de esta investigación podrán ser utilizados para promocionar estrategias en el cuidado de los adultos mayores y ayudar a mejorar la calidad de cuidado en esta población, mediante estrategias de intervención de los cuidadores de adultos mayores.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. Antecedentes de investigación

Dentro de los antecedentes, se consideraran los siguientes:

##### 2.1.1. A nivel Internacional

**M.J. De Valle Alonso, I.E. Hernández López, M.L. Zúñiga Vargas y P. Martínez Aguilera, en el año 2014 en México, realizaron una investigación sobre “Agotamiento y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor”, con la finalidad de conocer las condiciones personales, de agotamiento y la relación con el Síndrome de Burnout de la persona cuidadora informal del adulto mayor. El método utilizado para la investigación fue correlacional y transversal. La muestra obtenida por muestreo no probabilístico, por conveniencia estuvo compuesta por 52 personas cuidadores informales de ancianos de ambos sexos, a quienes se les aplicaron tres instrumentos: célula de datos personales, la escala de Zarit y el cuestionario Maslach Burnout. Las consideraciones finales fueron otras que: *“La media de edad de las personas cuidadoras es de 44 años, están casados, tienen escolaridad media superior, son hijos de los seniles, donde el 27% trabajan en algún empleo, se mantienen de 1 a 6 años como cuidador del anciano; dedica de 6-15 horas a su cuidado; presentan agotamiento. El Síndrome de Burnout muestra un leve riesgo en todas las dimensiones: Agotamiento Emocional 67%, Deshumanización 80% y Realización Personal 73%, aunque más del 20% lo padece en alguna dimensión”* <sup>(37)</sup>.**

**E. Espinoza Lavoz, V. Méndez Villarroel, R. Lara Jaque y P. Rivera Caaman, en el año 2013 en San Carlos – Chile, realizaron un estudio sobre “Factores Asociados al Nivel de Agotamiento de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores Dependientes”,** con la finalidad de determinar el nivel de desgaste de la persona cuidadora informal y relacionarla con características del cuidador y del adulto mayor. El método de estudio fue analítico de corte transversal. Cuya muestra estuvo compuesta por 80 cuidadores informales de adultos mayores dependientes, controlados en el Consultorio José Durán Trujillo, a quienes se les aplicaron dos instrumentos: La Escala de Zarit y una encuesta de caracterización sociodemográfica. Las consideraciones fueron que:

*“La mayoría de los cuidadores eran mujeres, tenían una edad entre 20 y 50 años, con escolaridad básica y tenían parejas e hijos. Tenían dedicación exclusiva al cuidado del mismo por varios años, algunos presentaron agotamiento leve y otros agotamiento intenso. Resultó significativa la relación entre agotamiento y presencia de hijos y entre agotamiento y existencia de otra actividad laboral del cuidador. Se concluye que tener hijos y desarrollar otra actividad laboral influyen negativamente en el nivel de agotamiento del cuidador informal”<sup>(38)</sup>.*

**A.M .Cerquera Córdoba; F. J. Granados Latorre y M. J. Galvis Aparicio, en el año 2015 en Bolivia, realizaron una investigación sobre “Relación entre estrato económico y el agotamiento en cuidadores de pacientes con Alzheimer”,** cuyo fin era determinar si el estrato económico es un factor determinante para que se presente agotamiento en las

personas cuidadores de pacientes con Alzheimer. El método utilizado fue no experimental y de tipo correlacional. Se trabajó con una muestra de 100 sujetos, entre hombres y mujeres, que cuidaron a un paciente con Alzheimer. Los instrumentos que se emplearon fueron: la ficha de datos sociodemográficos de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer y el test de zarit.

Las consideraciones finales fueron que:

*“La edad, el estado civil y la escolaridad no se encontró ninguna relación entre estas tres variables y presentaron agotamiento moderado la cual concluyeron que el estrato económico es un factor determinante para que se presente agotamiento en los cuidadores de pacientes con alzheimer.”*

(39).

**H. Steele Britton, en el año 2010 en costa rica, realizaron una investigación sobre la “Prevalencia del síndrome de agotamiento del cuidador en personas cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del hospital Nacional Psiquiátrico”, con la finalidad de determinar la prevalencia del síndrome de agotamiento del cuidador aplicando la escala de Zarit. El método utilizado fue descriptivo y de corte transversal. La muestra lo conformo 40 cuidadores informales, a quienes se les aplicaron dos instrumentos una Hoja de recolección de datos donde se obtuvo información que involucra variables sociodemográficas, variables de la**

relación cuidador-paciente y Escala de Zarit; las conclusiones entre otras fueron:

*“Existe en la población de cuidadores informales la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador, mayor a los estudios similares anteriores; se encontraron como variables, estadísticamente significativas, para la presencia del síndrome se destaca, el tener primaria completa, no recibir incentivo económico por la labor del cuidar y no realizar actividades ajenas a la labor del cuidar”* <sup>(40)</sup>.

**L. Camacho Estrada, G. Y. Hinostrosa Arvizu, A. Jiménez Mendoza,** en el año 2011 en México, realizaron la investigación del **“Agotamiento del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el tiempo de Cuidado”** con la finalidad de evaluar el agotamiento de la persona cuidadora del adulto mayor con deterioro cognitivo en relación con el tiempo de cuidado. El método utilizado fue descriptivo. La muestra se constituyó de 40 cuidadores primarios aplicándole la “Escala de agotamiento de Zarit”, las conclusiones entre otras fueron:

*“Se logró; evaluar el agotamiento y las horas de cuidado, sin embargo falta ahondar más sobre los factores predisponentes para agotamiento y el acceso de información para brindar cuidado a la persona a su cargo y generar mecanismos de autocuidado. La investigación realizada nos muestra un panorama de nuevas oportunidad para el ejercicio del profesional de enfermería en el hogar”* <sup>(41)</sup>.

**E. Flores, E. Rivas, F. Seguel, en el año 2012 en Chile, realizaron la investigación “Nivel de agotamiento en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa”,** su objetivo fue determinar el nivel de agotamiento en su trabajo diario del cuidador familiar del paciente con dependencia severa y la relación con características sociodemográficas. El método de estudio fue de corte transversal, correlacional y predictivo. La muestra estuvo compuesta por 67 cuidadores familiares inscritos a Programas de Postrados, el instrumento aplicado fue La Escala de Zarit y Encuesta Sociodemográfica las consideraciones finales fueron entre otras:

*“Los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, media de edad 58,68 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación, escolaridad media incompleta, llevan 1 - 5 años cuidando, dedican 21 - 24 h diarias, sin actividad recreativa y tienen la formación adecuada para los diferentes cuidados que otorga. Más del 50% presentan agotamiento leve. La variable agotamiento de la persona cuidadora sólo se asoció a instituciones que apoyan a la persona cuidadora y es factor predictivo del agotamiento”* <sup>(42)</sup>.

En conclusión es posible establecer algunos parámetros predictivos de agotamiento, cuidadores que muestran escasas redes sociales, estado de salud regular hace como un año atrás y que presentan molestias físicas y/o malestar general. Es prioridad en nuestro sistema que el cuidador informal sea tomado en cuenta como un usuario que también requiere de atención y no solo visto como un agente colaborador para el sistema formal de salud.

### 2.1.2. A nivel Nacional

**C.L. Macalopú Arista y G.L. Vargas Gamboa, en el año 2014 en Trujillo – Perú, realizaron un estudio sobre. “Rol de Ayuda de la Enfermera y Nivel de Agotamiento del Cuidador Primario del Adulto Mayor Dependiente. Investigación realizada en el Hospital Belén de Trujillo”**, estudio que nos sirve para determinar la relación que existe entre el rol de ayuda de la enfermera y el nivel de agotamiento del cuidador primario del adulto mayor dependiente. El método utilizado fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. En el estudio participaron 44 cuidadores primarios de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Belén de Trujillo. El instrumento a utilizarse fue el Rol de Ayuda de la Enfermera percibido por el cuidador primario elaborado por Arribasplata y Esparza y modificado por las autoras. Para medir el nivel de agotamiento del cuidador primario se utilizó el instrumento elaborado por el Dr. E. Slipak y modificado por las autoras.

Las consideraciones finales fueron:

*“Que el 50% de las personas cuidadoras presentan un nivel regular en el rol de ayuda de la enfermera, el 41 % nivel bueno y el 9% nivel malo; así mismo se encontró que en relación al nivel de estrés del cuidador primario el 66% obtuvo mediano nivel de agotamiento, el 34% alto nivel de agotamiento, en tanto que ningún cuidador obtuvo bajo nivel de agotamiento. Demostrándose que la ayuda de la enfermera tiene mucha significancia de apoyo con el nivel de estrés del cuidador primario, lo cual es corroborado por la prueba estadística chi cuadrado de independencia de*

*criterios, que nos da un valor de p menor que 0.05; es decir es estadísticamente significativo” (43).*

**J. Céspedes Mendoza, en el año 2013, en Chiclayo – Perú, realizó un estudio de investigación sobre “Evaluación de Agotamiento en Cuidadores Informales del Adulto Mayor Dependiente, en el Policlínico “Chiclayo - Oeste”, con la finalidad de evaluar el agotamiento que obtiene el Cuidador informal en el cuidado del Adulto mayor dependiente. El método utilizado fue transversal, descriptivo y cuantitativo. La muestra estudiada fue de 85 personas cuidadoras informales del adulto mayor dependiente. Los instrumentos fueron la Escala de Zarit, Escala de incapacidad física de la Cruz Roja y un Cuestionario de información general sobre el Cuidador informal y Adulto mayor dependiente. Las conclusiones finales fueron:**

*“El agotamiento encontrado en la población estudiada es bajo. Es necesario ampliar nuestro estudio a Hospitales Estatales, y Cuidadores de estratos socioeconómicos bajos. Aumentar el tamaño muestra para lograr una mejor asociación entre el nivel de agotamiento y las variables sociodemográficas. Implementar programas preventivo no solo con el enfoque al Adulto mayor dependiente sino también que incluya al Cuidador informal, con la identificación de los que poseen riesgo o presentan agotamiento” (44).*

**M. Velasco Asdrúbal, C. García Yohalis y A. Gil José, en el año 2012, en Trujillo – Perú, realizaron un estudio de investigación sobre “Agotamiento del cuidador familiar del adulto mayor esquizofrénico**

**que habita en la Parroquia Tres Esquinas de Trujillo, Estado Trujillo”,** con la finalidad de determinar el agotamiento del cuidador familiar del adulto mayor con Esquizofrenia que vive en la Parroquia Tres Esquinas de Trujillo. El método fue de tipo descriptivo, con diseño de campo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 12 cuidadores familiares que residen en el sector. El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado, validado por intermedio del “juicio de expertos”.

Entre las consideraciones finales fueron: *“Que las características del cuidador familiar, el 58% tienen 46 años a más, predominan los cuidadores de sexo femenino, casados y el 50% de los cuidadores familiares son hijos del adulto mayor. En cuanto al agotamiento de la persona cuidadora familiar del adulto mayor con esquizofrenia el 58% sufren de agotamiento moderado, el 20% agotamiento leve y el 24% agotamiento intenso. Llegando a la conclusión que tener la responsabilidad de cuidar a un paciente con demencia, genera una crisis en el cuidador, por lo que se ve obligado a desempeñar un nuevo rol, que puede afectar con otros o predominar ante los demás”* <sup>(45)</sup>.

**D.C. Alvarado Flores, en el año 2013 en Lima – Perú, realizaron un estudio de investigación sobre “Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto Mayor. En el Centro de atención Del adulto mayor “tayta Wasi”,** con la finalidad de determinar el nivel de agotamiento de los cuidadores familiares, que acuden al Programa del adulto mayor. El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y diseño no experimental. La muestra estuvo

conformada por 48 cuidadores familiares. Se empleó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento la escala de Zarit. Las conclusiones finales fueron:

*“Que la mayoría de los cuidadores familiares presentan Agotamiento Leve, un porcentaje intermedio de los cuidadores familiares tienen Agotamiento Intenso y solo un pequeño porcentaje de los cuidadores familiares no evidencian Agotamiento, concluyéndose que la mayoría de los cuidadores presentan agotamiento leve”<sup>(46)</sup>.*

## **A nivel Local**

Según la revisión de estudios de investigación en páginas webs de la región Huánuco y bibliotecas de Huánuco, no se encontraron antecedentes a nivel local. Por lo tanto, no se considera en el estudio.

Los antecedentes presentados anteriormente, sirvieron de base para la siguiente investigación.

## **2.2. Bases teóricas que sustenta el estudio**

En relación a las bases teóricas que sustenta el tema en estudio, se tendrá en cuenta lo siguiente:

### **2.2.1. Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem:**

Nos explica las causas que pueden provocar el déficit, los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ello no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente <sup>(47)</sup>, determina cuando y porque se necesita, la intervención de la enfermera <sup>(48)</sup>.

OREM: nos pone como objetivo “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad” <sup>(49)</sup>.

### **2.2.2. Teoría de la salud y entorno del paciente según Florence Nightingale:**

**Salud:** define a la salud como una sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar todas las facultades de la persona. Mientras la enfermedad es un proceso reparador que la naturaleza imponía de un momento a otro, debido a la poca atención. Florence concebía que el ser humano debe mantener una buena salud previniendo las enfermedades, ya que si alguien estaba enfermo de le debería brindar una buena atención para que se recupere o tenga una vida digna hasta su muerte. <sup>(50)</sup>.

**Entorno:** Aunque Nightingale nunca utilizó el término entorno, nos describió cinco conceptos: ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido, todo esto necesario para obtener un entorno saludable.

Nightingale enseñó a las enfermeras para que los pacientes “respiraran aire puro como el aire del exterior, sin que se resfriaran”.

La iluminación para Nightingale, era tan esencial porque la luz solar es una necesidad específica de los pacientes. Para conseguir los efectos de la luz solar, enseñaba a sus enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar <sup>(51)</sup>.

La higiene, dentro de la teoría del entorno, se refiere a la higiene del paciente, la enfermera y el entorno físico. Describe que un entorno sucio es fuente de infecciones, porque contiene materia orgánica. Nightingale instruyó que el paciente se debe bañar diariamente, también exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa debe estar limpia y que se deben lavar las manos con frecuencia <sup>(52)</sup>.

La enfermera debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo. Nightingale enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, el horario de las comidas y su efecto en el paciente <sup>(53)</sup>.

### **2.2.3. Teorías humanísticas de autorrealización según Abraham**

**Maslow:** Abraham Maslow influyó en la visión del mundo para la sociedad. Brindando una nueva imagen al estudio del comportamiento humano. Llamó a su nueva disciplina «Psicología Humanista» <sup>(54)</sup>.

Su vida familiar influyó en sus ideas psicológicas. Tras la Segunda Guerra Mundial, comenzó a cuestionar como los psicólogos llegan a conclusiones, y, aunque no estaba totalmente en desacuerdo, tenía sus propias ideas sobre cómo entender la mente del ser humano <sup>(55)</sup>.

Para comprobar que los humanos no solo muestran reacción ante una situación, sino más bien realizan una tarea mayor, Maslow estudió mentalmente a seres humanos saludables en lugar de a personas con problemas psicológicos. Esto le proporcionó información para su teoría de que la gente vive «experiencia cumbre», momentos sublimes en la vida en los que el individuo está en armonía consigo mismo y con su entorno.

Desde su perspectiva, el ser humano autorealizado vive muchas experiencias cumbre durante el día, mientras otros tienen experiencias con menor frecuencia <sup>(56)</sup>.

## **2.3. Bases conceptuales**

### **2.3.1. Aspectos generales del adulto mayor**

Adulto mayor es el término que se designan al grupo etario que tienen más de 60 años de edad. “considerando que es la última etapa de la vida, en la que los proyectos de vida ya se han consumado. Usualmente ya no trabajan, muchos de ellos se jubilan, por lo que el nivel de ingreso reduce de forma considerable, motivo por lo que se relaciona muchas veces a un problema de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida” <sup>(57)</sup>. Esta situación hace que equivocadamente muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias.

Durante los últimos 20 años la discriminación de la natalidad y la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al aumento del adulto mayor. “En Latinoamérica, entre ellos el Perú, el envejecimiento está señalado como una característica demográfica, que tiene relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, así como los cambios en las aéreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar” <sup>(58)</sup>.

### **2.3.2. Características del envejecimiento**

Presenta diversas formas y maneras de observar su desarrollo y evolución dentro de un contexto, las cuales son:

- **Universal:** Esto es, que es propio de todos los seres vivos.

- **Progresivo:** Al paso de la vida se producen efectos sobre el organismo, que al acumularse originan cambios propios del envejecimiento.
- **Irreversible:** A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- **Heterogéneo e Individual:** “Cada especie tiene característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órganos dentro de la misma persona” <sup>(59)</sup>.
- **Deletéreo:** “las funciones caen progresivamente. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de este es alcanzar una madurez en la función del adulto mayor” <sup>(60)</sup>.
- **Intrínseco:** No debido a los diversos factores ambientales que puedan ser modificables. “En los últimos 20 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevivencia del ser humano se manifiesta fija alrededor de los 118 años. A pesar que se logró prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevivencia se ha hecho más rectangular” <sup>(61)</sup>. Se observa que una gran parte de la población logra vivir hasta una edad avanzada con buena salud y muere generalmente alrededor de los 80 años.

### 2.3.3 Clasificación del adulto mayor

Las cuales son:

- **Persona Adulta Mayor Autónoma:** son las personas mayores de 65 años, sanas y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes. Se estima que pueden constituir entre el 64 y el 75% de los mayores de 65 años, <sup>(62)</sup> y en estudios realizados en nuestra comunidad se encuentra un elevado nivel de autonomía hasta en el 85.7% de los mayores de 60 años. La intervención fundamental en este grupo deberá ser la preventiva <sup>(63)</sup>.
- **Persona Adulta Mayor Frágil o de Alto Riesgo de Dependencia:** Este concepto indica situación de riesgo de dependencia pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica. Esta situación presenta al menos 1 de los siguientes criterios:
  - a) critérios clínicos : presentar situaciones clínicas con alta probabilidad de producir pérdida funcional (enfermedad poliarticular artrosis, artritis, secuelas de fracturas, enfermedad neurológica degenerativa demencia, enfermedad de Parkinson, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, insuficiencia circulatoria de miembros inferiores avanzada, ictus, déficit sensorial visión y/o audición, depresión, etc)
  - b) critérios sociales: vivir sólo, viudedad reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación.
  - c) critérios sanitarios: ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses), polimedicación (4 ó más fármacos). Se estima que pueden

representar en torno al 15% de los mayores de 65 años de la comunidad. Constituiría el grupo a quien dirigir la herramienta fundamental de la Valoración Integral, plasmada en un plan de cuidados individualizado orientado a la funcionalidad, y reevaluable, y en el que cualquier ganancia en autonomía deberá considerarse una gran ganancia en salud individual, familiar y social <sup>(64)</sup>.

- **Persona Adulta Mayor Dependiente:** Se refiere a la situación de dependencia (pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incapacitados en sus domicilios, situaciones terminales, ingresos hospitalarios y descompensaciones clínicas frecuentes), en los que hay escasa posibilidad de revertir su estado funcional. Las predicciones estiman que constituirían entre un 5-10% de los mayores de 65 años <sup>(65)</sup>, pudiendo llegar en nuestra comunidad hasta el 11% según algunos estudios las intervenciones a este grupo están orientadas a la rehabilitación y la prevención de complicaciones, así como a la atención familiar (en especial a la cuidadora) y la continuidad asistencial hasta el fallecimiento del paciente <sup>(66)</sup>.

#### **2.3.4 Cambios del adulto mayor**

Se puede dividir en tres aspectos generales:

- **Aspecto Físico:** “Se refiere a manifestaciones físicas, algunos visibles y otros no. Como cambios en la apariencia física, la

declinación del vigor, la pérdida de la habilidad física y destreza motora”

- **Aspecto Psicológico:** Trata de variación en la memoria, inteligencia, impulsos, emociones y procesos de aprendizaje.
- **Aspecto Social:** Está vinculado con la sociedad en que ocurre este proceso; y en la influencia que esta tiene en los individuos.

Cada uno de estos factores esta interrelacionado entre sí en las vidas de las personas de edad avanzada.

Durante este proceso existen cambios fisiológicos en la esfera orgánica como en la mental. Ellos son normales, pero al pasar los años obtienen una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades <sup>(67)</sup>.

- **Cambios en la composición corporal:** el envejecimiento condiciona una reducción de la masa muscular y del agua corporal total. Muestra un aumento de la grasa corporal, cuya distribución se modifica también con los años (disminuye en cara y cuello, acumulándose en abdomen y caderas). Estos cambios, modifican la apariencia física, disminuyendo la fuerza muscular y suponen una menor resistencia frente a la deshidratación. La piel sufre un proceso de atrofia. Disminuyen el número de melanocitos (células con pigmento) así mismo se atrofian estructuras anejas (folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas). Por tal motivo, disminuyen los capilares dérmicos encargados de la nutrición cutánea. Estas modificaciones producen cambios importantes en la apariencia física como (arrugas, laxitud cutánea, palidez, manchas, encanecimiento, pérdida del pelo,

pérdidas del vello axilar y pubiano) predisponiendo a la aparición de diversos problemas (fragilidad capilar, mayor sensibilidad a lesiones por el sol, escaras por presión, etc.) <sup>(68)</sup>.

- **Cambios muscular esqueléticos:** La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen mucho más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. La talla disminuye debido, a cambios que se dan en la columna vertebral (disminución de altura de los discos intervertebrales, lesiones osteoporóticas o artrósicas, prácticamente constantes a estas edades). La pérdida de estatura se cuantifica en 5-6 cm para las mujeres y 3-5 cm para los hombres, y se ve favorecida por anomalías posturales frecuentes, como son el aumento de la cifosis dorsal (curvatura de la columna dorsal en forma de giba) y una ligera flexión de rodillas y caderas, que se da fundamentalmente en mujeres <sup>(69)</sup>. Igualmente la mayoría de los tejidos disminuirán sus números de células, por tal motivo disminuirán en su peso; de igual forma sucederá en la masa ósea, que se va perdiendo progresivamente, y esto es más acelerado aún en las mujeres, llegando a una pérdida del 20%, en las mujeres ancianas. El tejido conectivo reduce con el colágeno y los fibroblastos reducen su recambio. Por pérdida del soporte elástico, los traumas podrán provocar la ruptura de vasos capilares, por ello aparecerá la trasvasación de sangre, con menor degradación. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y

acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D <sup>(70)</sup>.

- **Cambios en el sistema digestivo:** A nivel bucal, habrá disminución de la producción de saliva, y aumentara la frecuencia de pérdida de piezas dentarias afectando a una masticación eficiente. En general, hay una disminución del peristaltismo (movimientos de propulsión) a todo lo largo del tubo digestivo (esófago, estómago, intestino delgado y grueso). Esto condiciona un enlentecimiento del tránsito digestivo, facilitando la aparición de alteraciones como el estreñimiento. En general, disminuye la secreción de sustancias necesarias para los procesos digestivos (ácido clorhídrico, pepsina, etc.), viéndose éstos dificultados (71).
- **Cambios en el sistema respiratorio:** Se produce una disminución de la fuerza de los músculos respiratorios, y calcificación de las articulaciones externo costales, Igualmente hay una disminución de la reacción de los quimiorreceptores tanto centrales como periféricos a las variaciones del PH, del CO<sub>2</sub>, disminución del volumen ventilatorio y del oxígeno; el epitelio de las arterias pulmonares va a sufrir un engrosamiento.

Respecto a la gasometría arterial el PH no sufre modificaciones, igualmente que el CO<sub>2</sub>, en cambio la presión parcial, de oxígeno (PO<sub>2</sub>) sí disminuye. Existen diversas fórmulas para encontrar la PO<sub>2</sub> de acuerdo a la edad, como la fórmula de Sorbini ( $PO_2 = 109 - 0.43 \times \text{edad}$ ).

Lo importante es reconocer que las personas ancianas pueden tener un menor nivel de PO<sub>2</sub> en sangre, pero esto hace también que pequeñas disminuciones de 5 u 8 mmHg del PO<sub>2</sub> traigan mayores alteraciones, como la aparición de delirio etc. En cuanto a la capacidad de difusión del oxígeno o del CO<sub>2</sub> hay una leve disminución, con un aumento del gradiente alveolocapilar <sup>(72)</sup>.

- **Cambios en el sistema cardiovascular:** A nivel cardíaco se produce una disminución de las células miocárdicas, con fibrosis moderada. Aumenta la resistencia al llenado ventricular. Disminuye la actividad del marcapasos aurícula ventricular y la velocidad de conducción de los impulsos se encontrara calcificación de las válvulas. Estas modificaciones determinan una disminución de la reserva cardíaca. El estrés en esta edad llevara a una disminución de la frecuencia cardíaca y mayor frecuencia de arritmias. El gasto cardíaco disminuye y, por tanto, la sangre que se distribuye a los distintos órganos. A nivel vascular se produce un fenómeno de engrosamiento y pérdida de elasticidad de la pared arterial, en la que se depositan con frecuencia calcio y grasa. La onda del pulso es más perceptible, debido a la rigidez. Aumenta de forma progresiva la presión arterial, fundamentalmente la sistólica (máxima). Con frecuencia se producen dilataciones del sistema venoso, por pérdida de tono parietal e incompetencia de las válvulas, facilitando la aparición de varices y edemas en extremidades inferiores sobre todo <sup>(73)</sup>.
- **Cambios en el sistema nervioso:** A nivel cerebral se produce una pérdida neuronal, disminuyen el riego sanguíneo cerebral, el número de

conexiones interneuronales, los neurotransmisores, la velocidad de conducción nerviosa y los reflejos. Mecanismos de control como el de la sed, la temperatura están menoscabados. Estas modificaciones hacen a la persona mayor susceptible, a la aparición de cuadros de confusión mental, lentitud en los movimientos y respuestas, incoordinación en la marcha, propensión a la aparición de hipotensión postural, aparición de tics o temblor senil, etc <sup>(74)</sup>.

- **Cambios en el sistema endocrino:** Respecto a la función tiroidea, normalmente no hay variación del TSH, ni el T4, el T3 si sufre una ligera disminución; algo importante recordar que el 5 al 10% de las personas mayores pueden tener un problema de hipotiroidismo. También hay un síndrome de eutirodeo enfermo se presenta en ancianos, donde a pesar de haber una disminución del T3 y T4, el TSH está normal; esto no requiere tratamiento, pero es asociado a enfermedades crónicas severas. El páncreas también sufre alteraciones en su función endocrina, aumenta la intolerancia a la glucosa, tanto que a los 80 años tienen diabetes hasta el 50%. Las alteraciones en el eje hipotálamo hipofisario gonadal son responsables de la menopausia con consiguiente disminución de estrógenos. También en el varón se produce una disminución progresiva de la testosterona, y también del FSH y la LH. La impotencia aumenta con la edad, tanto que a los 60 - 70 años el 50%<sup>(75)</sup>.
- **Cambios en el sistema inmunológico:** Respecto al sistema inmunológico, hay una disminución de la inmunidad, sobre todo celular

debida a la involución tímica, una disminución de la función de las células killer o asesinas, y también alteraciones de las interleucinas; en cambio vamos a encontrar aumentos de anticuerpos, de gamapatas monoclonales que nos indica que hay una hiperactividad de las células linfoides, sobre todo en los muy ancianos. La presencia de enfermedades autoinmunes no es mayor, pero puede mayor ser el número de neoplasias y las infecciones, aunque no solamente la inmunidad tiene que ver en este aumento, sino también las diversas alteraciones que van a sufrir los diferentes órganos <sup>(76)</sup>.

- **Cambios en la audición y oído:** Disminuye de las células sensoriales, en el aparato vestibular apareciendo presbiacusia (disminución de la audición, especialmente para los ruidos más agudos o de alta frecuencia). “En el oído externo se origina acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad <sup>(77)</sup>.
- **Cambios en la visión y ojo:** Es uno de los sentidos más afectados por el envejecimiento y que más puede influir en la autonomía del mayor. Se producen alteraciones a nivel de retina, humor vítreo y cristalino, que pueden determinar disminución de la agudeza visual, presbicia (vista cansada), alta frecuencia de cataratas y glaucoma, disminución de la capacidad de adaptación al deslumbramiento. Alrededor del iris suele aparecer el llamado arco senil, sin repercusión funcional alguna <sup>(78)</sup>.

- **Cambios en el gusto y olfato:** Descenso en número y función de papilas gustativas, disminución en la producción de saliva y de las células sensoriales olfatorias.
- **Cambios en el tacto:** Disminución de la agudeza táctil y la sensibilidad a la temperatura, receptores de dolor intactos <sup>(79)</sup>.
- **Cambios en la memoria:** A la persona le resulta difícil evocar sucesos recientes y sufre además pequeños olvidos. Diferentes factores se interrelacionan con esta pérdida de memoria, aunque no se conocen las causas exactas ni tampoco el alcance de esta interacción, que abarcan desde los cambios neurológicos y circulatorios que afectan la función cerebral, la oxigenación y la nutrición celular, hasta la motivación, la pérdida de interés por el entorno, los sentimientos de impotencia, los estados depresivos, el desacuerdo con la situación de vida actual y la vivencia de duelos, entre otras <sup>(80)</sup>.
- **Cambios psicológicos:** Las características psicológicas de la persona adulto mayor van a ser congruentes con su historia personal los cambios van a depender del propio envejecimiento, pero también, en gran medida, de mecanismos adaptativos que el adulto mayor establece ante cambios en su situación física, funcional (pérdida de autonomía personal, dependencia) o sociofamiliar (jubilación, pérdida de seres queridos, etc.). A nivel cognitivo, suele haber una disminución de la actividad psicomotriz, disminuye la velocidad de procesamiento de información, existe dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos y suele disminuir la memoria reciente. En cuanto a la

personalidad, suele aumentar el interés por lo propio, desdeñando lo extraño, se toma el pasado como referencia principal, no entendiéndose bien las actitudes de las nuevas generaciones. Se tiende a conservar y almacenar cosas, en un intento de asegurar el futuro. Hay una resistencia al cambio, a lo nuevo, cuesta trabajo decidir entre varias opciones <sup>(81)</sup>.

- **Cambios sociales:** En nuestra sociedad prima el valor de lo joven y productivo. Nuestro rol, o papel que se nos asigna, está ineludiblemente ligado a nuestro trabajo, y desaparece con la jubilación. Bruscamente, sin posibilidad de adaptación. Por otro lado, esta situación se acompaña por lo general de una pérdida de poder económico y de relaciones sociales. Los cambios en el ámbito familiar donde las familias extensas han dado paso a familias nucleares, compuestas por padres e hijos, dónde todos tienden a trabajar, y donde el abuelo cuando se incorpora a ella, lo hace como un intruso, argumentándose que esta población es dependiente fisiológica, económica y emocionalmente, calificándole como una “carga”, llegando al caso extremo de hacerles sentir como “estorbos” en el entorno familiar. Las frecuentes situaciones de pérdida que se dan a estas edades (cónyuge, amigos, familiares, etc.), la cual contribuyen al aislamiento social del adulto mayor <sup>(82)</sup>.

### 2.3.5. Tipos de envejecimiento

En las líneas siguientes se describen las características de los tres tipos de envejecimiento:

• **Envejecimiento normal:** Se producen distintos cambios físicos y orgánicos, tanto en la apariencia física se producen cambios en la piel, en la cara, en el pelo, uñas y cambios en la estructura corporal. Produciéndose mayor dificultad para desplazarse y para realizar movilizaciones y acciones más finas y precisas. Es aquella forma de envejecer sin que se den las enfermedades mentales o psicológicas ni que padezcan patologías del tipo físico a pesar de su avanzada edad <sup>(83)</sup>.

• **Envejecimiento patológico:** se caracteriza por un envejecimiento que viene marcado de distintas enfermedades físicas y/o mentales. Las enfermedades crónicas son las más frecuentes y las causantes de una mayor dependencia en las personas mayores. Las enfermedades agudas pueden complicarse y tardar más en curarse en edades avanzadas. Según la OMS, las principales enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores en todo el mundo son: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades musculo esqueléticas (artritis y osteoporosis), enfermedades mentales (principalmente demencia y depresión), ceguera y alteraciones visuales (OMS 2002) <sup>(84)</sup>.

· La mayoría de estas enfermedades geriátricas presentan una características comunes: el uso de múltiples fármacos y sus efectos adversos, la pluripatología, la insuficiencia orgánica múltiple, la multicausalidad del mismo síntoma, la elevada sensibilidad a

infecciones, la tendencia a la cronicidad y diversas alteraciones psicológicas como la depresión, la confusión mental, la apatía o la negación de síntomas, así como la instauración y rápida progresión de la enfermedad <sup>(85)</sup>.

A nivel global, los principales síndromes geriátricos son: la desnutrición, la inmovilidad, la incontinencia, las úlceras, la hipotermia, la deshidratación y las caídas.

• **Envejecimiento saludable:** Tiene lugar cuando se envejece en las mejores condiciones posibles. Las causas de un envejecimiento saludable deben buscarse en las características genéticas, estilo de vida y entorno psicosocial. Algunas de las recomendaciones para mejorar la longevidad son: ser optimista, sentirse autorrealizado, evitar la vida sedentaria, mantener una vida intelectual, evitar angustias, estrés y tensiones emocionales, evitar las radiaciones, evitar la obesidad, tener una alimentación hipocalórica (1500 a 2000 calorías / día ), evitar las drogas (tabaco, alcohol y otras), evitar accidentes, y realizar controles médicos de salud <sup>(86)</sup>.

En la persona mayor sana el objetivo es la promoción y prevención de la salud, motivando a la persona en su autocuidado y enseñándole hábitos y soluciones que le permita adaptarse a los posibles cambios que vaya teniendo. En este sentido se entiende el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. El término activo se

refiere a una participación continua en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas y no solamente a la capacidad para estar físicamente activo <sup>(87)</sup>.

Posteriormente en 2002, la Organización Mundial de la Salud estableció una serie de principios para determinar la atención que necesitan las personas mayores para potenciar el envejecimiento activo:

- Incorporar la seguridad y la protección, la justicia y la equidad, la dignidad, la independencia y el poder de decisión como valores esenciales en la creación de políticas y programas de salud.
- Adoptar las metas del envejecimiento activo y la calidad de vida para las personas adultas mayores.
- Reconocer y apoyar la función continua de la familia al satisfacer las necesidades de las personas adultas mayores.
- Desarrollar e incorporar el uso de la tecnología apropiada para mejorar la capacidad de atención.
- Reconocer la necesidad de ampliar los sistemas de atención de las personas mayores frágiles.
- Abordar los problemas de accesibilidad, rendición de cuentas, adaptabilidad y aceptabilidad en el desarrollo de un sistema de apoyo a las personas adultas mayores.
- Adoptar un enfoque integral de atención personal.

La búsqueda de un envejecimiento activo o saludable es lo que en definitiva determina tener una buena calidad de vida en la vejez <sup>(88)</sup>.

### 2.3.6. La familia en el cuidado de la salud del Adulto Mayor

#### Definición de familia

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique <sup>(89)</sup>.

#### Funciones de la familia

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- **Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- **Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- **Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad. •

Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad. • Desarrollo y ejercicio de la sexualidad <sup>(90)</sup>.

### **2.3.7. Importancia del papel de la familia en la atención a los adultos mayores**

Los cambios sociales que han influido en el comportamiento de apoyo y cuidado de las familias sobre los ancianos sí han modificado los estilos, habilidades y las condiciones en que se da este apoyo. La familia es fundamental para el cuidado de los adultos mayores, por su situación, necesitan de apoyo para las actividades de la vida diaria, para moverse, alimentarse, la higiene, etc., pero la familia proporciona también vínculos afectivos, emocionales y relacionales, imprescindibles para el bienestar y la satisfacción de la persona mayor. El mantenimiento de estos vínculos, reduce la vulnerabilidad del individuo frente a diferentes factores estresantes físicos y mentales. La cantidad y calidad de los contactos sociales, no sólo de los lazos familiares, sino también de los amigos, conocidos, etc., influye positivamente y refuerza al anciano de cara a su salud, moral, bienestar y calidad de vida <sup>(91)</sup>.

### **2.3.8. Cuidador familiar para el adulto mayor**

Aunque toda la familia se ve afectada, en la mayoría de los casos es sólo un individuo el que asume el cuidado. Esta persona es un integrante de la familia, quien toma el rol de cuidador/a y quien, a su vez, requiere adaptarse a las demandas del cuidado. Las cuales se clasifican como cuidadores principales primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado del adulto mayor <sup>(92)</sup>. Mayormente, son las mujeres entre 20 a 30 años quienes tienen esa responsabilidad. Teniendo

el rol de cuidador del adulto mayor en el hogar, modificando el tiempo dedicado a sus acciones de recreo, actividades sociales, de relaciones, a su vida íntima y su libertad, estando expuesta a estrés, agotamiento emocional y baja realización personal. No reciben remuneración a cambio de sus cuidados <sup>(93)</sup>.

### **2.3.9. Agotamiento, Estrés y/o Sobrecarga**

El agotamiento es un estado de una persona que denota síntomas de ansiedad, depresión y comportamientos agresivos. Cristina Maslach llamo a este síndrome como “sobrecarga emocional” o “síndrome del Burnout”, al que definió como “un síndrome de agotamiento emocional” incluye 3 aspectos: El agotamiento emocional, que es la disminución o la pérdida de recursos emocionales. La despersonalización, que consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado y la falta de realización personal que provoca tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, convivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal <sup>(94)</sup>.

#### **Agotamiento en el cuidador familiar**

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provocando un aumento en la carga y/o agotamiento en el cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador familiar sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global <sup>(95)</sup>.

El agotamiento y/o sobrecarga es la experiencia subjetiva del cuidador familiar de las demandas de atención, es un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetivas. La carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado <sup>(96)</sup>. Para dimensionar los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador familiar frente a la rutina diaria de cuidar a una persona, es decir el agotamiento del cuidador familiar, existen diversas pruebas, una de las más utilizadas es la escala de Zarit Burden Interview, que considera factores emocionales, físicos y sociales, la actitud del cuidador familiar hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados, por lo que esta escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de agotamiento en el rol de cuidar <sup>(97)</sup>.

**2.3.10. Nivel de agotamiento:** El agotamiento en el cuidador familiar desencadenan una serie de padecimientos a nivel físico, psicológico y social. En lo físico como insomnio, deterioro cardiovascular, úlceras, pérdida de peso, migrañas, problemas de sueño, desórdenes gastrointestinales, fatiga crónica, problemas con los ciclos menstruales incluso daños a nivel cerebral, tensión en los músculos del cuello y espalda. A nivel psicológico abarca actitud de silencio, preocupación, ansiedad, irritabilidad, conductas orientadas al suicidio, indiferencia y/o mal humor. En lo social es común el distanciamiento de la familia y amistades,

deterioro de las relaciones en el entorno social, renuncia a asistir a diferentes diversiones <sup>(98)</sup>.

**2.3.11. Agotamiento físico:** A medida que el paciente se vuelve dependiente por el progreso de la enfermedad y debilidad física, el cuidador pasa a asumir actividades relacionadas a la atención de sus necesidades fisiológicas como nutrición, higiene y comodidad. Al principio, esas actividades son razonablemente toleradas, pero luego de un período de tiempo ellas sobrecargan los quehaceres diarios del cuidador y provocan el desgaste físico. No siempre la situación familiar permite que más personas dividan las tareas de cuidador. Donde solo un integrante de la familia acaba desarrollando múltiples funciones y, muchas veces, se convierte en el único cuidador sin tener horarios ni períodos de descanso regulares, promoviendo un agotamiento físico intenso. En la dedicación integral al paciente, el cuidador tiende a dejar de lado sus propias necesidades fisiológicas y de salud, exponiéndose a estilos de vida poco saludables <sup>(99)</sup>.

**2.3.12. Agotamiento psicológico:** Cuidar de un adulto mayor frágil puede traer sobrecarga emocional, estrés, miedo, agotamiento, ansiedad y menor satisfacción con la vida. La falta de reconocimiento de las acciones desarrolladas en el acto de cuidar compromete la autoestima del cuidador sintiéndose desvalorizada, cree no ser capaz de desarrollar el papel de cuidador. El nivel de tensión emocional del cuidador es mayor, la desesperación es señalada como un síntoma que acompaña a la depresión y que se presenta en situaciones de sobrecarga psíquica con aumento de la ansiedad del cuidador <sup>(100)</sup>.

**2.3.13. Agotamiento social:** Se presentara una alteración de la dinámica familiar y se complican las rutinas cotidianas. Los efectos se sienten más cuando la condición socioeconómica del cuidador es menor y el anciano tiene mayor dependencia. En el mejor de los casos, la familia es capaz de unirse en ese momento, establecer rutinas de rotación de las actividades y servir de soporte al cuidador. Pueden existir conflictos del cuidador con su trabajo, que muchas veces se ve obligado a faltar al servicio o hasta abandonar el empleo <sup>(101)</sup>.

#### **2.3.14. La enfermera en el cuidado de la familia**

Enfermería como profesión es una experiencia que se da entre seres humanos, en relación: enfermera – paciente, centrado en la atención curativa, donde presentan una escasa preparación hacia la familia, amigos, etc. asumiendo solo el rol de “comprar medicina” o “recibir recetas”, no creyéndola capaz de asumir el rol de cuidador y aliado <sup>(102)</sup>. Por ello, la enfermera es una figura central en la vida del cuidador, si sus acciones denotan una actitud comprensiva, darán oportunidades para la conservación de su seguridad psicológica, autoestima o integridad básica. Asimismo, la enfermera también debe ver al cuidador primario como sujeto de atención, una persona que necesita nuestra ayuda y no verla como una persona que interfiere con los cuidados que queremos brindar al paciente. Por ello, la enfermera no solo debe tener en cuenta al paciente, sino también a la persona que cumple el rol de cuidador; ya que por múltiples actividades, a medida que pasa el tiempo el cuidador se muestra incomodo, preocupado, ansioso y estresado, lo que hace que pase de cuidador a maltratador <sup>(103)</sup>.

### **2.3.15. Servicios sanitarios y sociales**

Dentro de ello se encuentra el Programa del Servicio de Atención Domiciliaria (**ATDOM**) detecta las necesidades de los adultos mayores dependientes y cuidadores familiares, lo llevan a cabo un equipo de profesionales del equipo de atención domiciliaria, cuyo objetivo es atender las necesidades de las personas mayores a nivel domiciliario. Se incluyen en este programa las personas de 65 y más años, personas con disminución física y/o psíquica <sup>(104)</sup>.

### **2.3.16. Índice de Katz**

Esta escala busca evaluar 6 actividades básicas (movilizarse, vestirse, alimentarse, usar el baño, contener esfínteres) relacionados con la dependencia e independencia. Se considera una persona independiente si es capaz de realizar actividades sin la ayuda de otra persona. (Quintanilla, 2000 p.498) dice que es una escala de evaluación en la que se acepta la medición de las actividades de la vida diaria mediante la entrevista directa a la persona mayor afectada o a sus cuidadores <sup>(105)</sup>.

### **2.3.17. Escala de Barthel**

Se centra más en tareas dependientes de extremidades inferiores. Además añade más información que el índice de katz. Esta evalúa 10 ABVD: alimentarse, lavarse, vestirse, arreglarse, contener esfínteres y heces, ir al WC, trasladarse cama / silla, deambular y subir / bajar escaleras. Esta escala tiene la ventaja de focalizar sobre aspectos concretos, en el caso de movilidad, para la rehabilitación. Tanto la valoración de Barthel, Katz están dentro del conjunto de pruebas de más amplia difusión para la valoración funcional <sup>(106)</sup>.

### **2.3.18. Escala de la Cruz Roja**

Valora la incapacidad física a través del grado de movilidad que tiene la persona mayor o el nivel de restricción de la movilidad. Además valora la capacidad de continencia de los esfínteres y clasifica al adulto mayor en seis categorías, siendo el 0 el grado de mejor nivel funcional y el 5 el grado de peor nivel funcional. Es un tipo de escala simple, sencilla y rápida para aplicar <sup>(107)</sup>.

### **2.3.19. Síndromes geriátricos**

Síndrome puede definirse como el conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad. Sin embargo, esta definición no se aplica al síndrome geriátrico, término utilizado para el síntoma o conjunto de síntomas complejos con alta prevalencia en los adultos mayores resultantes de múltiples enfermedades y factores de riesgo <sup>(108)</sup>.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGIA

#### 3.1. Tipo de estudio

La investigación corresponde a la siguiente taxonomía:

Según la intervención del investigador fue observacional, ya que no existió intervención alguna por parte de la investigación.

De acuerdo a la planificación de la toma de datos, el estudio fue de tipo prospectivo, porque se registró la información en el momento que ocurran los hechos.

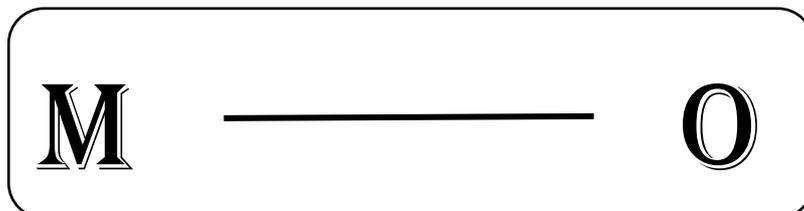
Así mismo referente al número de ocasiones en que se midió la variable; el tipo de estudio fue de tipo transversal, debido a que fueron medidas en una sola ocasión.

Y, según el número de variables de interés, el estudio fue descriptivo, porque el análisis estadístico fue univariado.

#### 3.2. Diseño del estudio

El estudio fue descriptivo simple y su diseño fue el siguiente:

**DIAGRAMA:**



**Donde:**

**M** = Muestra en estudio.

**O** = Datos en observación de la variable dependiente.

## **Nivel de investigación**

El nivel de investigación fue descriptivo porque se describió los fenómenos y hechos de las variables en estudio.

### **3.3. Población:**

La población de este estudio estuvo conformada por los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, según el rol del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) Es salud Huánuco, se tomó como referencia un cuidador familiar por cada adulto mayor frágil, que en total son 312 cuidadores.

#### **3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **a) Criterios de inclusión**

Se incluyeron en el estudio a los cuidadores familiares del adulto mayor frágil que:

- Aceptaron participar en la investigación (consentimiento informado).
- Atiende al adulto mayor frágil por más de 10 horas continuas.

##### **b) Criterios de exclusión**

No se consideró a los cuidadores familiares del adulto mayor frágil que:

- No se encontraron en el hogar en el momento de la aplicación de los instrumentos.
- No fueron familiares del adulto mayor frágil.
- No concluyeron con el llenado de las encuestas en un 90%.
- No aceptaron participar en el estudio. (rechazaron el consentimiento informado verbal).

### 3.3.2. Ubicación de la población en espacio y tiempo

**Ubicación en el espacio:** El estudio se llevó a cabo en los hogares del adulto mayor frágil que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud - Huánuco. Que se encuentra ubicado en la provincia y departamento Huánuco.

**Ubicación en el tiempo:** La duración del estudio estuvo comprendida desde el día 20 de agosto hasta el día 06 de setiembre del 2016.

### 3.4. Muestra y muestreo

**3.4.1. Unidad de análisis:** Familiar cuidador del adulto mayor frágil.

**3.4.2. Unidad de muestreo:** Igual que la unidad de análisis.

**3.4.3. Marco muestral:** Estuvo conformado por el rol de los adultos mayores frágiles del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud – Huánuco.

#### 3.4.4. Tamaño muestral:

La selección de la muestra se realizó aplicando la fórmula de tamaño de muestra para población finita:

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

N : 312 (Población)

Z<sub>1-α</sub> : 1.96 (95%) Nivel de confianza

p : 0.5 (Probabilidad de éxito)

q : 0.5 (Probabilidad de fracaso)

d : 0.05 (5%) error o precisión

Remplazando valores en la fórmula:

$$n = \frac{312 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (312-1) + 1.96^2 \cdot 0.3 \cdot 0.7}$$

$$n = 172,4 \text{ (172 cuidadores familiares)}$$

Por tanto, se trabajó con una muestra total de 172 cuidadores familiares del adulto mayor frágil del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud Huánuco.

**3.4.5. Tipo de muestreo:** La selección de la muestra se realizó mediante el muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

## **Técnica e instrumentos utilizados en la investigación**

### **3.5.1. Técnica**

- La técnica usada en el estudio fue la entrevista estructurada con la finalidad de obtener información por medio de preguntas escritas organizadas en un cuestionario impreso. Ya que cuenta con una estructura lógica, rígida que permanece inalterable a lo largo de todo el proceso investigativo. Las repuestas se recogen de modo especial y se determinan del mismo modo las posibles variantes de respuestas.

### **3.5.2. Instrumento**

- Entre, los instrumentos que se emplearon en el siguiente estudio de investigación fueron los siguientes:

**a. Entrevista sociodemográfica de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil (Anexo 01)**

Esta entrevista contó con 7 reactivos, que se clasificaron en 3 dimensiones: características demográficas (2 reactivos); características socioeconómico (3 reactivos); y características familiares (2 reactivos).

**b. Escala de agotamiento del cuidador familiar test de zarit (Anexo 02)**

Este instrumento fue utilizado para medir el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en estudio, estando constituida por 21 preguntas, que se clasificaron en 3 dimensiones: datos sobre agotamiento físico (6 reactivos), datos sobre agotamiento psicológico (8 reactivos), datos sobre agotamiento social (7 reactivos). Este instrumento fue construido en base a diversos antecedentes e instrumento validados como la escala de zarit.

Y, en cuanto a los datos sobre el nivel de agotamiento en las tres dimensiones se tuvo en cuenta:

- No Agotamiento menor de 28 puntos.
- Agotamiento Leve entre 29 a 56 puntos.
- Agotamiento Intenso entre 57 a 84 puntos.

**3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación**

En el proceso de validación de los instrumentos se tuvo en cuenta la validación de tipo cualitativa y cuantitativa.

Dentro de la validación cualitativa se tuvo en cuenta los siguientes aspectos.

**a. Validez por aproximación a la población en estudio**

Donde se realizaron entrevistas informales con diversos cuidadores familiares del adulto mayor frágil, evidenciándose de manera natural algunas dimensiones e ítems que fueron considerados dentro de los instrumentos de recolección de datos utilizados en el presente estudio de investigación.

**b. Validez racional**

En este tipo de validación se realizó una revisión exhaustiva metódica de toda la información bibliográfica disponible relacionada con el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares; consultado en libros, artículos, revistas, tesis, y demás fuentes bibliográficas afines a la problemática en estudio, permitiendo que los conceptos presentados no sean vagos ni imprecisos, sino respaldados por una sólida base teórica y conceptual.

**c. Validez mediante el juicio de expertos**

Se seleccionaron 5 jueces expertos quienes evaluaron la objetividad, estrategia, consistencia, estructura, suficiencia, pertinencia, claridad y vigencia de cada uno de los ítems del instrumento de investigación utilizados en el presente estudio, en términos de relevancia o congruencia con el universo de contenido, la claridad y el sesgo en la formulación de los ítems, permitiendo adaptar los términos a la realidad de nuestra población en estudio.

En conclusión los jueces expertos coincidieron en que las dimensiones e ítems apreciados en la elaboración del instrumento de investigación eran adecuados y estaban orientados a cumplir los objetivos propuestos dentro de la investigación, siendo factible su aplicación en la ejecución del estudio de investigación.

En la siguiente redacción se especifica las apreciaciones de cada uno de los jueces expertos.

- **Juez Experto N° 01: Liseth Rocio Martin Medina** (Psicóloga asistencial en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Huanuco); el juez experto considero que los ítems considerados en el instrumento de investigación eran adecuados para medir la variable de estudio; recomendando su aplicación inmediata en la muestra en estudio.
- **Juez Experto N° 02: Kelly Ivonne Rueda Matasoglio** (Psicóloga asistencial en el Centro de Salud Las Moras); el juez experto considero que se debían modificar la argumentación de algunos ítems y adaptar algunas terminologías establecidos dentro de la dimensión psicológica y que una vez levantada esta observación se podía aplicar los instrumentos de investigación en la muestra en estudio.
- **Juez Experto N° 03: Alex Filloi Cotrina Aviles** (Psicólogo asistencial en el Centro de Salud las Moras); el juez experto recomendó reformular los ítems de la dimensión física del instrumento y que posteriormente se debía de realizar la aplicación de los instrumentos de investigación en la muestra en estudio.
- **Juez Experto N° 04: Melissa Meza Pagano** (Psicóloga asistencial en el centro de salud de PotracanCHA) el juez experto considero que los términos “creencias”, “salud” establecidos en la dimensión social son términos muy subjetivos y que se debería de usar términos más específicos de acuerdo a la dimensión y que una vez corregida esta observación se podía proceder a la aplicación de los instrumentos de investigación en la muestra en estudio.

- **Juez Experto N° 05: Lic. Silverio Bravo Castillo** (Enfermero independiente, asesor metodológico de proyectos e informes de tesis de investigación); el juez experto indico que los instrumentos de investigación eran aptos para medir la variable en estudio, recomendando su aplicación inmediata en la muestra en estudio.

Por otra parte, dentro de la validación cuantitativa se consideró la determinación del coeficiente de confiabilidad del instrumento de investigación; realizando los siguientes procedimientos.

#### **a. Validez por consistencia interna (confiabilidad)**

Se realizó una prueba piloto para someter a los instrumento de recolección de datos a prueba en el contexto de estudio e identificar dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y el control de tiempo necesario para su aplicación de cada instrumento de investigación. Esta pequeña prueba realizó en las inmediaciones del programa del adulto mayor del Centro de Salud "Carlos Showing Ferrari", donde se tomaron en cuenta a los cuidadores familiares que tuvieron características similares a nuestra muestra en estudio que permitan obtener una mayor precisión en los resultados encontrados.

Posteriormente se procedió a determinar el análisis de confiabilidad del instrumento "Escala de agotamiento del cuidador familiar test de Zarit" a través de la prueba de alfa de crombach, obteniéndose un valor de confiabilidad de ( $\alpha = 0.88$ ), indicando que este instrumento tenía un grado de confiabilidad elevado, validando su uso en el presente estudio de investigación.

### **3.7. Procedimientos de recolección de datos**

Para el presente estudio de investigación se tuvo en cuenta los siguientes procedimientos:

#### **Autorización:**

- Para obtener los permisos respectivos para la aplicación del trabajo de campo, se emitió un oficio a la jefatura del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud Huánuco, solicitando que nos acceda el rol del programa de atención domiciliaria y autorización respectiva para la aplicación de los instrumentos de investigación en la muestra en estudio. Asimismo, se realizaron algunas coordinaciones con la jefa del programa donde se le explico de forma precisa el propósito y los objetivos propuestos en el estudio de investigación y posteriormente se solicitó su colaboración permitiendo la ejecución del instrumento.

#### **Aplicación de Instrumentos:**

- Se capacito al personal de apoyo para la recolección de datos.
- Luego, se recopilo la información del rol donde se encuentran plasmados el total de la población de los pacientes adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud Huánuco del año 2016.
- Asimismo, una vez que se calculó la muestra, se realizó el sorteo para la selección de la muestra, luego se anotó los nombres y las direcciones de sus hogares de cada paciente adulto mayor del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud Huánuco.
- Luego se procedió a realizar la visita domiciliaria al cuidador familiar del adulto mayor para la ejecución del instrumento.

- Posteriormente se aplicó el instrumento a los cuidadores familiares y teniendo toda la Información necesaria se pasó a realizar la tabulación respectiva.

### 3.8. Elaboración de los datos

Se consideró las siguientes fases:

- **Revisión de los datos.** Donde se tuvo en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- **Codificación de los datos.** Se transformó en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas del instrumento aplicado, según la variable de estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se realizó de acuerdo al tipo de variable y sus escalas de medición.
- Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados utilizando un software estadístico previa elaboración de un libro de codificación de ítems y una Tabla Matriz asignando para la variable, la puntuación para cada ítem fue:

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Raras Veces	1
A veces	2
Muchas Veces	3
Siempre	4

- Para la medición de la variable se utilizó la escala tipo lickert valorando la variable como: No agotamiento, agotamiento leve y agotamiento intenso.

- **No agotamiento:** Menor de 28 puntos.
- **Agotamiento leve:** 29 a 56 puntos.
- **Agotamiento intenso:** 57 a 84 puntos.
- **Presentación de Datos.** Todos los datos de las variables en estudio se presentaron en tablas académicas.

### 3.9 Análisis e interpretación de datos

- **Análisis descriptivo:** Según la naturaleza de a variables se utiliza las siguientes: en caso de la variables categóricas como: genero, religión, etc. se utilizara medidas de frecuencia y sus respectivos porcentajes, también se elaboraran figuras de barras según las respuestas que serán dicotómicas o politómicas o ya sea variable nominal u ordinal.

En caso de la variable numérica como. La edad, se usara medidas de tendencia central (mediana, media y moda) además se hallara medidas de dispersión (desviación varianza y error). También se aplican las medidas de posición y forma (percentil, cuartil y decil), las cuales tendrán su respectivo figura ya sea histograma o caja y bigote.

- **Análisis inferencial:** En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba Chi Cuadrada de independencia, El nivel de significancia que se estableció fue el  $p \leq$  de 0.05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0.

### 3.10. Aspectos éticos de la investigación

- **Beneficencia:** se cumplió el estudio e investigación sin dañar, ni física, ni psicológicamente a la unidad de estudio.
- **No maleficencia:** este principio es importante ya que no se pondrá en riesgo la dignidad, los derechos ni el bienestar de los cuidadores,

porque esta investigación se observa y la información que brinden será manejado confidencialmente.

- **Autonomía:** se tomó en cuenta el consentimiento informado de la muestra en estudio para ser entrevistadas, después de una explicación clara y sencilla sobre la naturaleza de la investigación y respetando la decisión de los familiares de no participar en el estudio.
- **Justicia:** se aplicó de manera, que todos los participantes recibieron las mismas indicaciones para el desarrollo del estudio y sin preferencia para ningún grupo de familias para la recolección de datos.
- **Fidelidad:** se certifica el anonimato de las encuestas de la muestra en estudio.
- **Honestidad:** todos los datos de la reciente investigación serán datos fehacientes y si concurriera errores se comunicara a la muestra en estudio.

**CAPITULO IV**  
**ANALISIS DE RESULTADOS**

**4.1. Resultados descriptivos**

**DATOS GENERALES:**

Tabla 01. Edad de los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil.  
Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO,  
2016.

<b>EDAD DEL CUIDADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
de 20 a 28 años	59	34.3
de 29 a 37 años	73	42.4
de 38 a 46 años	40	23.3
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

En cuanto a la edad en años se evidencia que del 100% (172) de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, se encontró que el 42.4% (73 cuidadores) se ubicaban entre 29 a 37 años de edad, el 34,3% (59 cuidadores) tuvieron 20 a 28 años y el 23,3% (40 cuidadores) entre 38 a 46 años.

Tabla 02. Genero de los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

<b>GENERO DEL CUIDADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Femenino	139	80.8
Masculino	33	19.2
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

Respecto al sexo se evidencia que del 100% (172) de cuidadores familiares del adulto mayor frágil encuestados, el 80.8% (139 cuidadores) son mujeres, y el 19.2% (33 cuidadores) son hombres.

Tabla 03. Grado de Instrucción de los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Sin Estudios	8	4.7
Primaria Incompleta	18	10.5
Primaria Completa	30	17.4
Secundaria Incompleta	19	11.0
Secundaria Completa	79	45.9
Universitario	18	10.5
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

Con respecto al grado de instrucción tenemos que del 100% (172) de cuidadores familiares del adulto mayor frágil encuestados, el 45.9% (79 cuidadores) presentan educación secundaria completa, un 17.4% (30 cuidadores) presentan educación primaria completa, un 11.0% (19 cuidadores) presentan educación secundaria incompleta, un 10.5% (18 cuidadores) presentan educación primaria incompleta un 10.5% (18 cuidadores) presentan nivel universitario y un 4.7% (8 cuidadores) no tuvieron grado de instrucción.

Tabla 04.Estado Civil de los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil.  
Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO,  
2016.

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Soltero(a)	37	21.5
Conviviente	51	29.7
Casado (a)	63	36.6
Divorciado(a)	16	9.3
Viudo (a)	5	2.9
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

En referencia al estado civil tenemos que del 100%(172) de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil encuestados, observamos que el 36.6% (63 cuidadores) estuvieron casados(as), el 29,7% (51 cuidadores) se encontraron con estado civil de convivencia, el 21,5% (37 cuidadores) mantenían la condición de soltería, el 9.3% (16 cuidadores) estuvieron divorciados(as) y el 2.9%(5) se quedaron viudos(as).

Tabla 05. Ocupación de los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

<b>OCUPACION DEL CUIDADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Ama de Casa	50	29.1
Comerciante	82	47.7
Obrero	17	9.9
Técnico	5	2.9
Profesionalista	18	10.5
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

Según el nivel de ocupación tenemos que del 100% (172) de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, 47.7% (82 cuidadores) son comerciantes, el 29.1% (50 cuidadores) son amas de casa, un 10.5% (18 cuidadores) son profesionales, el 9.9%(17 cuidadores) son obreros y un 2.9% (5 cuidadores) son técnicos.

Tabla 06. Número de Personas que Habitan con el Adulto Mayor Frágil. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

<b>N° PERSONAS QUE HABITAN CON EL ADULTO MAYOR FRAGIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
De 2 Personas	8	4.7
De 3 a 4 Personas	28	16.3
De 5 a Más Personas	136	79.1
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

Respecto al número de personas que habitan en la vivienda con el adulto mayor frágil tenemos que del 100% (172) de cuidadores familiares, el 79.1% (136 cuidadores) conviven con más de 5 personas, un 16.3% (28 cuidadores) conviven con 3 a 4 personas y que el 4.7% (8 cuidadores) conviven solo 2 personas.

Tabla 07. Parentesco de los Cuidadores con el Adulto Mayor Frágil.  
Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO,  
2016.

<b>PARENTESCO CON EL ADULTO MAYOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Cónyuge	6	3.5
Hijo(a)	94	54.7
Nieto(a)	34	19.8
Sobrino (a)	16	9.3
Nuera	16	9.3
Otro	6	3.5
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

Con respecto al parentesco con el adulto mayor frágil tenemos que del 100% (172) de cuidadores familiares encuestados, el 54.7% (94 cuidadores) son hijas (os), un 19.8% (34 cuidadores) son nietas (os), el 9.3% (16 cuidadores) son sobrinas, un 9.3%(16 cuidadores) son nueras, mientras que el 3.5%(6 cuidadores) son cónyuges y en un 3.5%(6 cuidadores) son otros.

Tabla 08. Nivel de Agotamiento en los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil Según la Dimensión Física. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

NIVELES		FRECUENCIA	%
No Agotamiento	( 0 - 8 )	28	16.3
Agotamiento Leve	(9 - 16 )	141	82.0
Agotamiento Intenso	(17 - 24 )	3	1.7
<b>Total</b>		<b>172</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Escala de agotamiento (Anexo 02).

En cuanto al nivel de agotamiento según la dimensión física del 100% (172) cuidadores familiares del adulto mayor frágil, se encontró que la mayoría del 82,0% (141 cuidadores) presentan un agotamiento leve, mientras el 16,3%(28 cuidadores) no presentaban agotamiento y en un 1,7% (03 cuidadores) que presentaron un agotamiento intenso.

Tabla 09. Nivel de Agotamiento en los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil Según la Dimensión Psicológica. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

<b>NIVELES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
No Agotamiento ( 0 - 11 )	39	22.7
Agotamiento Leve (12 - 22 )	66	38.4
Agotamiento Intenso (23 - 32)	67	39.0
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Escala de agotamiento (Anexo 02).

En cuanto al nivel de agotamiento según la dimensión psicológica del 100% (172) cuidadores familiares del adulto mayor frágil, se encontró que la mayoría del 39,0% (67 cuidadores) presentan un agotamiento intenso, mientras el 38.4%(66 cuidadores) presentaban un agotamiento leve y en un 22,7% (39 cuidadores) que no presentaron agotamiento.

Tabla 10. Nivel de Agotamiento en los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil Según la Dimensión Social. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

NIVELES		FRECUENCIA	%
No Agotamiento	( 0 - 9 )	39	22.7
Agotamiento Leve	(10 - 18 )	78	45.3
Agotamiento Intenso	(19 - 28)	55	32.0
<b>Total</b>		<b>172</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Escala de agotamiento (Anexo 02).

En cuanto al nivel de agotamiento según la dimensión social del 100% (172) cuidadores familiares del adulto mayor frágil, se encontró que la mayoría del 45,3% (78 cuidadores) presentan un agotamiento leve, mientras el 22.7% (39 cuidadores) que no presentaban agotamiento y en un 32,0% (55 cuidadores) que presentaron un agotamiento intenso.

Tabla 11. Nivel de Agotamiento General en los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

NIVELES		FRECUENCIA	%
No Agotamiento	(0 - 28)	28	16.3
Agotamiento Leve	(29 - 56)	94	54.7
Agotamiento Intenso	(57- 84)	50	29.1
<b>Total</b>		<b>172</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Escala de agotamiento (Anexo 02).

En cuanto al nivel de agotamiento general del 100% (172) cuidadores familiares del adulto mayor frágil, se encontró que la mayoría del 54,7% (94 cuidadores) presentan un agotamiento leve, mientras que el 29.1% (50 cuidadores) presentaban un agotamiento intenso y en un 16,3% (28 cuidadores) no presentaron agotamiento.

#### 4.2. Resultado Inferencial:

Tabla 12. Nivel de Agotamiento en los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil Según la Dimensión Física. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

Nivel de Agotamiento en los Cuidadores Según la Dimensión Física	Frecuencia (n=172)	%	Prueba Chi Cuadrado	Significancia
No Agotamiento (0 - 8)	28	16.3		
Agotamiento Leve (9 - 16)	141	82.0	188.593	0,000
Agotamiento Intenso (17 - 24)	3	1.7		

Fuente: Escala de agotamiento (Anexo 02).

En la tabla 12, se presentan los resultados de la evaluación de diferencia significativa de proporciones internas. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias ( $X^2=188.593$ ;  $P \leq 0.000$ ) se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias. Sin embargo es preciso mencionar que predomina notablemente con el 82,0%(141) el nivel de agotamiento leve, seguido por el nivel de no agotamiento que está representado por el 16,3%(28) y finalmente, sólo el 1,7%(03) de los cuidadores presentaron agotamiento intenso. Aceptando la  $H_0$  donde interpreta que el nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil según la dimensión física y rechaza la  $H_a$  la cual indica que el nivel de agotamiento es intenso en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en dicha dimensión.

Tabla 13. Nivel de Agotamiento en los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil Según la Dimensión Psicológica. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

<b>Nivel de Agotamiento en los Cuidadores Según la Dimensión Psicológica</b>	<b>Frecuencia (n=172)</b>	<b>%</b>	<b>Prueba Chi Cuadrado</b>	<b>Significancia</b>
No Agotamiento ( 0 - 11 )	39	22.7		
Agotamiento Leve (12 - 22)	66	38.4	8.802	0,012
Agotamiento Intenso ( 23 - 32)	67	39.0		

Fuente: Escala de agotamiento (Anexo 02).

En la tabla 13, se presentan los resultados de la evaluación de diferencia significativa de proporciones internas. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias ( $X^2=8,802$ ;  $P\leq 0,012$ ) se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias. Sin embargo es preciso mencionar que el 39.0%(67) presenta agotamiento intenso; en un 38.4%(66) agotamiento leve y finalmente, un 22.7%(39) no presentan agotamiento. Aceptando la  $H_0$  donde interpreta que el nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil según la dimensión psicológica y rechaza la  $H_a$  la cual indica que el nivel de agotamiento es intenso en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en dicha dimensión.

Tabla 14. Nivel de Agotamiento en los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil Según la Dimensión Social. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

Nivel de Agotamiento en los Cuidadores Según la Dimensión Social	Frecuencia (n=172)	%	Prueba Chi Cuadrado	Significancia
No Agotamiento ( 0 - 9 )	39	22.7		
Agotamiento Leve (10 - 18)	78	45.3	13.407	0,001
Agotamiento Intenso (19 - 28)	55	32.0		

Fuente: Escala de agotamiento (Anexo 02).

En la tabla 14, se presentan los resultados de la evaluación de diferencia significativa de proporciones internas. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias ( $X^2=13.407$ ;  $P \leq 0.001$ ) se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias. Pero es preciso mencionar que predomina el 45.3%(78) presentan un nivel de agotamiento leve, seguido por el nivel de agotamiento intenso que está representado por el 32,0%(55) y finalmente el 22,7%(39) de los cuidadores no presentan agotamiento. Aceptando la  $H_0$  donde interpreta que el nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil según la dimensión social y rechaza la  $H_a$  la cual indica que el nivel de agotamiento es intenso en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en dicha dimensión.

Tabla 15. Nivel de Agotamiento General en los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor Frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016.

Nivel de Agotamiento General en los Cuidadores	Frecuencia (n=172)	%	Prueba Chi Cuadrado	Significancia
No Agotamiento ( 0 - 28 )	28	16.3		
Agotamiento Leve (29 - 56)	94	54.7	39.395	0,000
Agotamiento Intenso (57 - 84)	50	29.1		

Fuente: Escala de agotamiento (Anexo 02).

En la tabla 15 se presentan los resultados de la evaluación de diferencias de proporciones internas. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias ( $X^2=39.395$ ;  $P \leq 0.000$ ) se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias. Predominando con el 54.7%(94), seguido por el nivel de agotamiento intenso que está representado por el 29,1%(50) y finalmente, solo el 16,3%(28) de los cuidadores no presentan agotamiento. Aceptando la  $H_0$  donde indica que el nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil y rechaza la  $H_a$  donde interpreta que el nivel de agotamiento es intensa en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil.

## CAPITULO VI

### DISCUSIÓN

#### 6.1. Discusión de los resultados

Luego de procesar la información, atendiendo a los objetivos planteados al inicio del estudio, en el presente capítulo se discute nuestros resultados con los hallazgos de otros autores y la teoría encontrada. El rigor estadístico se obtuvo luego de someter los datos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado para una muestra con la finalidad de determinar la existencia de diferencias significativas entre las proporciones internas de la variable general y sus dimensiones.

Con el propósito de atender al objetivo general, cuya finalidad fue Determinar el nivel de agotamiento de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud – Huánuco. Las valoraciones de la prueba presentadas en la tabla N °15 ( $X^2=39.395$ ;  $P \leq 0.000$ ), indican que existe un mayor predominio de aquellos cuidadores familiares del adulto mayor frágil que presentan “agotamiento leve” (54.7%), seguido por el nivel de “agotamiento intenso” representado por el (29,1%) y finalmente, solo el (16,3%) de los cuidadores no presentaban agotamiento. Estos resultados fueron similares con los de Alvarado Flores, D.C; quien indica que la mayoría de los cuidadores familiares presentan Agotamiento Leve, un porcentaje intermedio de los cuidadores familiares tienen Agotamiento Intenso y solo un pequeño porcentaje de los cuidadores familiares no evidencian Agotamiento, concluyéndose que la mayoría de los cuidadores presentan agotamiento leve.

Para determinar los objetivos específicos según dimensiones; identificar el nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión física. Las valoraciones de la prueba presentadas en la tabla N° 12 ( $X^2=188.593$ ;  $P \leq 0.000$ ), indican que existe un mayor predominio de aquellos cuidadores familiares del adulto mayor frágil que presentan agotamiento leve (82.0%), seguido por el nivel de no agotamiento que está representado por el (16,3%) y finalmente, sólo el (1,7%) de los cuidadores presentaron agotamiento intenso. Estos resultados fueron similares con los de Espinoza Lavoz. E, Méndez Villareal. V, Lara Jaque. R, Rivera Caaman. P quien afirma que la mayoría de los cuidadores eran mujeres, tenían una edad entre 20 y 50 años, con escolaridad básica y tenían parejas e hijos con dedicación exclusiva al cuidado del mismo por varios años, algunos presentaron agotamiento leve y otros agotamiento intenso. Resultó significativa la relación entre agotamiento y presencia de hijos y entre agotamiento y existencia de otra actividad laboral del cuidador. Se concluye que tener hijos y desarrollar otra actividad laboral influyen negativamente en el nivel de agotamiento del cuidador informal.

Para identificar el nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión psicológica. Las valoraciones de la prueba presentadas en la tabla N° 13 ( $X^2=8,802$ ;  $P \leq 0,012$ ), indican que existe un mayor predominio de aquellos cuidadores familiares del adulto mayor frágil que presentan agotamiento intenso (39.0%), por otro lado, solo el (38.4%) manifestaba tener agotamiento leve y finalmente sólo el (22.7%) de los cuidadores no presentaban agotamiento. Estos resultados fueron similares con los de Valle Alonso. M.J, Hernández

López. I.E, Zuñiga Vargas. M.L y Martínez Aguilera. P; quien afirma que la media de edad de los cuidadores fue de 44 años, están casados, tienen escolaridad media superior, son hijos de los seniles, el 27% trabajan como profesionistas, tienen de 1 a 6 años cuidando al anciano; dedica de 6-15 horas a su cuidado; presentan agotamiento.

El Síndrome de Burnout mostró leve riesgo en todas las dimensiones: Agotamiento Emocional 67%, Deshumanización 80% y Realización Personal 73%, aunque más del 20% lo padece en alguna dimensión.

Para determinar el nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión social. Las valoraciones de la prueba presentadas en la tabla N° 14 ( $X^2=13.407$ ;  $P \leq 0.001$ ), indican que existe un mayor predominio de aquellos cuidadores familiares del adulto mayor frágil que presentan agotamiento leve (45.3%), por otro lado, manifestaba tener agotamiento intenso (32.0%), y finalmente sólo el 22.7% de los cuidadores no presentaban agotamiento. Estos resultados fueron similares con los de Flores. E, Rivas .E, Seguel. F; quien afirma que Los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, media de edad 58,68 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación, escolaridad media incompleta, llevan 1 - 5 años cuidando, dedican 21 - 24 h diarias, sin actividad recreativa y no ha recibido la formación para los diferentes cuidados que otorga. Más de la mitad presentan agotamiento leve. La variable agotamiento del cuidador sólo se asoció significativamente a instituciones que apoyan al cuidador y es factor predictivo del agotamiento.

Finalmente en el estudio surgió la siguiente limitación:

1.- Los resultados y conclusiones son válidos solo para el grupo investigado.

## CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

1.- El nivel de agotamiento general que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, predomina el nivel de “Agotamiento Leve”, con un porcentaje de 54. 7% y con una prueba de ( $X^2=39.395$ ;  $P \leq 0.000$ ). Aceptando la  $H_0$  donde indica que el nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil y rechaza la  $H_a$  donde interpreta que el nivel de agotamiento es intensa en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil.

2.- El nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, según dimensión física, predomina el nivel de “Agotamiento leve” presentado con un porcentaje de 82.0% y con una prueba de ( $X^2=188.593$ ;  $P \leq 0.000$ ). Aceptando la  $H_{01}$  donde interpreta que el nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil según la dimensión física y rechaza la  $H_{a1}$  la cual indica que el nivel de agotamiento es intenso en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en dicha dimensión.

3.- El nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, según dimensión psicológica, no existe predominio entre los niveles de agotamiento intenso con un porcentaje de 39% y el agotamiento leve con un porcentaje de 38.4% demostrando similitud entre sus proporciones con una prueba de ( $X^2=8,802$ ;  $P \leq 0,012$ ). Aceptando la  $H_{02}$  donde interpreta que el nivel de agotamiento es leve en los cuidadores

familiares del adulto mayor frágil según la dimensión psicológica y rechaza la  $H_{a2}$  la cual indica que el nivel de agotamiento es intenso en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en dicha dimensión.

4.- El nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, según dimensión social, donde predomina el nivel de "Agotamiento Leve", con un porcentaje de 45.3% y con una prueba de ( $X^2=13.407$ ;  $P \leq 0.001$ ). Aceptando la  $H_{o3}$  donde interpreta que el nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil según la dimensión social y rechaza la  $H_{a3}$  la cual indica que el nivel de agotamiento es intenso en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en dicha dimensión.

## RECOMENDACIONES

Se sugieren lo siguiente:

- 1.- A la comunidad científica, elaborar investigaciones cuantitativas y cualitativas sobre la calidad de vida del adulto mayor.
- 2.- Realizar estudios similares en poblaciones más grandes de otros distritos de Huánuco para la generalización de resultados.
- 3.- A las enfermeras Asistenciales del primer nivel de atención, enfatizar en las consejerías a los familiares del adulto mayor, considerando en su plan operativo anual intervenciones educativas sobre los cuidados al adulto mayor, dirigidos a los cuidadores familiares responsables del cuidado del anciano.
- 4.- Realizar estudios donde se establezca relación con el nivel de agotamiento según variables sociodemográficas.
- 5.- Utilizar otras metodologías de estudios cuanti-cualitativas, que permitan conocer a profundidad, cuales son los aspectos que estarían influyendo en los cuidados al adulto mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA. Lineamientos para la atención integral para la salud de las personas adultas mayores. Lima; 2007.
2. MINSA. Nota de prensa. Estrés afecta a más del 30% de limeños. Acceso: 16 noviembre 2010 Disponible en: [http://www.Minsa.gob.pe/prensa/nota de prensa](http://www.Minsa.gob.pe/prensa/nota%20de%20prensa). Asp. 2010.
3. Pecea Y Galeon. "Palabras para el cuidador". Acceso: 22 Agosto 2013 Disponible en: <http://www.pecea.galeon.com>.
4. De los Reyes MC. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de Antropología do Mercosur. Foro de investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Noviembre 2001. Curitiba, Brasil [Consultado: 11 mayo 2010]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/mercosur/Brasil/06Cuidad2001>.
5. Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento Social del Adulto Mayor. Cienc. enferm. 2006; XII(2): 53 - 62.
6. Tirado Pedregosa, G. Apoyo social en el cansancio del rol del cuidador. Evidencia. 2009; 6 (25).
7. OMS (1998) Informe sobre la salud en el mundo. La vida en el s. XXI: una perspectiva para toso. Documento de la OMS. Ginebra.
8. 9. 10. Roca-Socarras A, Blanco-Torres K.. Agotamiento en familiares cuidadores de ancianos dementes. Correo Científico Médico de Holguín 2007; 11:20-31.
- 11 Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. México: Secretaria de Salud 2007. Disponible en: <http://bit.ly/1q5LLIQ> [Consultado 8 de julio 2011]
- 12 .13 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
- 14 Pérez-Perdomo M. Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. Rev Haban Cienc Méd La Habana 2008; 7 (3):1-11. Disponible en: <http://bit.ly/1mSEJWC>.
- 15 Morfi Samper R. "Atención del Personal en Enfermería en la Gerontología Comunitaria en Cuba". An Cub Investigac. 2010;(1):20-32.
- 16 Islas-Salas NL, Ramos-del Río B, Aguilar-Estrada MG, et al. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2006; 19 (4):34-39. Disponible en:<http://bit.ly/1qsco7x>.

- 17 Giraldo M, Franco GM, Correa L, et al. Cuidadores familiares de adultos mayores: quiénes son y cómo asumen este rol. Rev Fac Nac Salud Pública 2005; 23 (2):7-15. Disponible en:<http://bit.ly/1r4imPE>.
- 18 Izal M, Montorio I, Díaz-Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares. Madrid: INSERSO; 1997.
- 19 Flores JA, Adeva J, García MC, Gómez M P. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Index Enferm. 1997; 3(1218): 261-272.
- 20 REVISTA CONSUMER, (2001) La labor de los cuidadores, poco valorada. [En línea]. Disponible en Internet < <http://revista.consumer.es/web/es/20010201/actualidad/informe1/28158.jsp>.
- 21 Díaz J, Rojas M. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. Aquichán. 2005; 9(1): 73-92.
- 22 Sánchez B. Cómo cuidar un enfermo en casa. Aquichán 2005; 5(1): 162.
- 23 Jocik-Hung G, Rivero-Sánchez B, Bello AM. Percepción de agotamiento en cuidadores de pacientes con demencia. Red Latinoamericana Gerontología. Febrero 2003.
- 24 Lara-Pérez L, Díaz-Díaz M, Silveira-Hernández P. Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Revista Cubana de Enfermería 2001;17(2):107-11.
- 25 Zarit SH, Davey A, Edwards AB, Femia EE, Jarrott SE. Family Caregiving: Research Findings and Clinical Implications. En: Bellack AS, Hersen M, editors y Edelstein BA, editor volumen. Comprehensive clinical psychology. Vol. 7, Clinical geropsychology. Oxford, UK: Elsevier Science; 1998. p. 499-523.
- 26 Covinsky KE. The impact of serious illness on patients' families. JAMA 1994; 272: 1839-1844.
- 27 Moral MS, Ortega J, López JM, Pellicer MP. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Aten Primaria 2003; 32: 77-87.
- 28 Navarro S. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Aten Primaria 1999; 24: 404-410.

- 29 . 30. Lara L, Díaz M, Herrera E, Silveira P. Síndrome del “Cuidador” en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enferm*. 2001; 17(2): 107-111.
- 31 . Flores E, Rivas E, Seguel F, nivel de agotamiento en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia severa. *Cienc. Enferm* 2012; 18 (1): 29 – 41.
- 32 Normas para las prestaciones de Salud por Atención Domiciliaria en Essalud. Directiva N.º 16. Gerencia General-Essalud; 2000.
- 33 Havighurst RJ. *Developmental tasks and education*. New York: McKay, 1948/1972. [ [Links](#) ]
- 34 Lehr U. *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag, 2003. [ [Links](#) ]
- 35 Leyton Espinosa Z, Ordoñez Romero Y, Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor: Manual de información para profesionales, Perú, Ministerio de la mujer y desarrollo social; Perú Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Lima. MIMDES, 2003, 174 páginas.
- 36 Beatriz Tarazona S. Op.cit.
- 37 De Valle Alonso M.J, Hernández López I.E, Zúñiga Vargas M.L y Martínez Aguilera P et al. “Agotamiento y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor”. *Cienc, Enferm*. 2015;12(1):19-27.
- 38 Espinoza Lavoz E, Méndez Villarroel V, Lara Jaque R, Rivera Caamañ P et al. “Factores asociados al nivel de agotamiento de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes”. *Cienc. Enferm*. 2013: 18 (1): 69-79.
- 39 Cerquera Córdoba, A. M.; Granados Latorre, F. J. & Galvis Aparicio, M. J. (2015). Relación entre estrato económico y agotamiento en cuidadores de pacientes con Alzheimer. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 127-137.
- 40 Steele Britton H. “Prevalencia del síndrome de agotamiento del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del hospital Nacional Psiquiátrico”. *Sistema de Estudios de Posgrado Universidad de Costa Rica*. San José – Costa Rica. 2010 (1): 35 – 64.
- 41 Camacho Estrada L, Hinostrosa Arvizu GY, Jiménez Mendoza A. “Sobrecarga del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el tiempo de Cuidado”. Vol. 7. Universidad ENEO-UNAM. Mexico. *Rev. Enferm* 2010.

- 42 Flores E, Rivas E, Seguel F. “nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa”. Cienc, Enferm.2012; XVIII (1): 29-41.
- 43 Macalopú Arista C.L y Vargas Gamboa G.L. “Rol de Ayuda de la Enfermera y Nivel de Agotamiento del Cuidador Primario del Adulto Mayor Dependiente. En el Hospital Belén de Trujillo”. Tesis .Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
- 44 Urbano Céspedes Mendoza J.U “Evaluación de Agotamiento en Cuidadores Informales del Adulto Mayor Dependiente, en el Policlínico Chiclayo – Oeste”. Tesis. Chiclayo. USMP; 2013.
- 45 Velasco Asdrúbal M, García Yohalis C y Gil José A, “Agotamiento del cuidador familiar del adulto mayor esquizofrénico que habita en la Parroquia Tres Esquinas de Trujillo, Estado Trujillo”.Tesis. Trujillo. ULA; 2012.
- 46 López-Gil MJ, Orueta-Sánchez R, Gómez-Caro S, et al. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clin Med Fam 2009; 2 (7):332-339. Disponible en:<http://bit.ly/1q4cVRq> .
- 47 Alvarado Folres DC. “Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto Mayor. En el Centro de atención Del adulto mayor “tayta Wasi”. Escuela de Enfermería UNMSM. Lima – Perú 2014;(1): 38 – 41.
- 48 Orem DE, Cavanagh S J.. Modelo de Orem. 4ª ed. Barcelona: Salvat; 1993.
- 49 Giraldo M, Franco GM, Correa L, et al. Cuidadores familiares de adultos mayores: quiénes son y cómo asumen este rol. Rev Fac Nac Salud Pública 2005; 23 (2):7-15. Disponible en:<http://bit.ly/1r4imPE>.
- 50 Marriner, A. y Raile, M. (2007). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier.
- 51 Marriner, A. y Raile, M. Op.cit.,p12.
- 52 Nightingale, F. (1990). Notas de Enfermería, qué es y qué no es. Barcelona: Masson.
- 53 Nightingale, F. Op.cit., p4.
- 54 Maslow, Abraham Harold (2005). El management según Maslow: una visión humanista para la empresa de hoy (orig.: Maslow on Management). Barcelona: Editorial Paidós Ibérica. [ISBN 84-493-1698-7](https://doi.org/10.1016/j.elsevier.2005.10.001).

- 55 Städler, Thomas (1998), *Lexikon der Psychologie*, Stuttgart: Kröner, p. 453.
- 56 *The Developing Person through the Life Span* (1983), p. 43.
- 57 Quispe Arones V. "Efectividad de un Programa Educativo de Enfermería Impartido al Cuidador sobre la Atención Básica del Adulto Mayor Dependiente en los Servicios de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión". Escuela de Enfermería UNMSM. Lima-Perú. 2006;(1):20-33.
- 58 Jiménez Villafuerte MV. "Perfil Epidemiológico del Cuidador en el Servicio de Atención Domiciliaria Geriátrica de la Clínica Geriátrica San José. Policía Nacional del Perú". Escuela de Tecnología Médica UNMSM. Lima-Perú. 2003;(1):30-35
- 59 Landinez Parra N.S, Contreras Valencia K y Castro Villami A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4): 562-580
- 60 Landinez Parra N.S, Contreras Valencia K y Castro Villami A. Op.cit., p565.
- 61 Landinez Parra N.S, Contreras Valencia K y Castro Villami A. Op.cit., p566.
- 62 Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda JM, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Aten Primaria* 1997; 20: 21-35.
- 63 MINDES. "Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores". Vol 2. Ed Editrial. Lima-Perú. Edit Ariel S.A. 2010.
- 64 Amo M, Rodríguez S. Valoración Geriátrica integral. *FMC* 2003; 10:59-71.
- 65 Álvarez M. La importancia de la funcionalidad en la persona mayor. En: Grupo de trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. *Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria*. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
- 66 Pérula de Torres LA, Martínez de la Iglesia J, Espejo J, Rubio MV, Enciso I, Fonseca FJ, et al. Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos (proyecto ANCO). *Aten Primaria* 1997; 20: 425 - 433.
- 67 Salome Gamarra PC. "Atención del Anciano en el Centro de Adulto Mayor ES SALUD". Vol 1. Ed Red Latinoamericana de Gerontología. Perú-Tacna. Edit Ariel S.A. 2006.

- 68 Marín JM. Envejecimiento. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Salud Pública Educ Salud 2003; 3 (1): 28-33.
- 69 Marín JM. Op.cit., p29
- 70 Gamarra Samaniego M. cambios fisiológicos del envejecimiento. boletín de la sociedad peruana de medicina interna. Perú; 2001 (14): 105 – 112.
- 71 Marín JM. Op.cit., p30
- 72 Gamarra Samaniego M. Op.cit., p107
- 73 Marín JM. Op.cit., p30
- 74 Marín JM. Op.cit., p29
- 75 Gamarra Samaniego M. Op.cit., p111
- 76 Gamarra Samaniego M. Op.cit., p112
- 77 Landinez Parra N.S, Contreras Valencia K y Castro Villami A. Op.cit., p567.
- 78 Marín JM. Op.cit., p29
- 79 Landinez Parra N.S, Contreras Valencia K y Castro Villami A. Op.cit., p568.
- 80 Noriega Borge MJ, García Hernández M, Torres Egea MP. Proceso de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales [tesis]. Comunidad Autónoma de Cantabria: Universidad de Cantabria; 2005.
- 81 Marín JM. Op.cit., p31
- 82 Marín JM. Op.cit., p32
- 83 Cervera, M.C; Saiz, J.(2001) Actualización en geriatría y gerontología I. Jaén: Editorial Formación Alcalá.
- 84 Organización Mundial de la Salud. (2002). "II A samblea Mundial sobre el Envejecimiento, Envejecimiento activo: un marcopolitico", en Revista Española de Geriatria y Gerontologia, vol. 37, nº 2, pp. 74 – 105

- 85 Organización Panamericana de la Salud. (2005) Guía para la atención Primaria a las Personas Adultas Mayores ;Rodríguez, M; Sánchez, A; González, A; León, R. (2006<sup>a</sup>) “Cuidadores de ancianos: cuidar y ser cuidados” en Nursing, vol. 24, n° 1, pp. 58 – 66.
- 86 Limón, M.R. (2002) Grupos de debate para mayores. Madrid: Narcea.
- 87 Organización Mundial de la Salud. (2002). Op.cit p. 80.
- 88 Organización Mundial de la Salud. (2002). Op.cit p. 94.
- 89 Archivos de medicina familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. 2005; (7):15 -19.
- 90 Archivos de medicina familiar 2005. Op.cit p.15.
- 91 Leturia F J, Inza B, Hernández C. El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios. Ekana, Junio; 2007 (41): 129 – 143.
- 92 Izal M, Montorio I, Díaz-Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares. Madrid: INSERSO; 1997.
- 93 De Valle Alonso M.J, Hernández López I.E, Zúñiga Vargas M.L y Martínez Aguilera P. Op. cit.p.21.
- 94 Maslach, C. (1981). Measurement of experience burnout. Journal of Organizational Behavior.
- 95 Díaz J, Rojas M. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. Aquichán. 2005; 9(1): 73-92.
- 96 Zarit SH, Bottigi K, Gaugler JE. Stress and caregivers. En: Fink Get et al. editores. Encyclopedia of Stress. 2nd Edition. San Diego, CA: Academic Press; 2007. p. 416- 418.
- 97 Mockus S, Novielli K. A practical Guide to Caring for Caregivers. Am Fam Physician. 2009; 62: 2613-2621.
- 98 Forber R. El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. Exitos empresariales. Cegesti. N° 160; 2011.p 1 – 4.
- 99 Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. Cad Saúd Pública 2006;22(3):557-534.

- 100 Rezende VL, Derchain SFM, Botega NJ, Sarian LO, Vial DL, Morais SS. Depresión y ansiedad en cuidadores familiares de paciente terminal. Rev Bras Ginecol Obst 2005;27(12): 737-43.
- 101 Benjumea C C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. Texto Contexto Enferm 2004; 13(1):137-49.
- 102 Polit, D; Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6º ed. México: Interamericana; 2000.
- 103 Macalopú Arista C.L y Vargas Gamboa G.L. Op. cit.p.6.
- 104 Programa de Servicio de Atención Domiciliaria (ATDOM) 2009.
- 105 Gac Espinola Homero (2000) Inmovilidad en el Adulto Mayor(en línea). Disponible en:[http:// escuela.med.puc.cl / publ / boletin / geriatria / InmovilidadAdulto.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/InmovilidadAdulto.html).
- 106 Menedez Jesus (2001) Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe (En línea) disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>.
- 107 Gac Espinola Homero (2000) Inmovilidad en el Adulto Mayor(en línea). Disponible en:[http:// escuela.med.puc.cl / publ / boletin / geriatria / InmovilidadAdulto.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/InmovilidadAdulto.html)
- 108 Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? Neth J Med 2003; 61: 83-87

# ANEXOS



**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Nºentrevista

Fecha: | |

**ANEXO 01**

**ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS CUIDADORES  
FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR FRÁGIL**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUÁNUCO, 2016.

**INSTRUCCIONES.** La presente encuesta tiene la finalidad de medir el agotamiento de los cuidadores familiares del adulto mayor del programa de atención domiciliaria (PADOMI), para lo cual marque con una X la respuesta que consideres pertinente.

GRACIAS.

**I. DATOS GENERALES:**

1.1 Edad: \_\_\_\_\_ en años.

1.2 Sexo:

a. Femenino ( )      b. Masculino ( )

1.3 Grado de Instrucción:

a. Sin estudios ( )      d. Secundaria Incompleta ( )  
b. Primaria Incompleta ( )      e. Secundaria Completa ( )  
c. Primaria Completa ( )      f. Universitario ( )

1.4 Estado Civil:

a. Soltero(a) ( )      d. Divorciado(a) ( )  
b. Conviviente ( )      e. Viudo(a) ( )  
c. Casado(a) ( )

1.5 Ocupación:

a. Ama de casa ( )      d. Técnico ( )  
b. Comerciante ( )      e. Profesionalista ( )  
c. Obrero ( )      f. otro ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

## 1. 6 Cuantas personas viven en su casa:

- a. de 2 personas ( )
- b. de 3 a 4 personas ( )
- c. de 5 a más personas ( )

## 1.7 Parentesco con el adulto mayor:

- |              |     |                |     |
|--------------|-----|----------------|-----|
| a. cónyuge   | ( ) | d. sobrino (a) | ( ) |
| b. hijo (a)  | ( ) | e. nuera       | ( ) |
| c. nieto (a) | ( ) | f. otro        | ( ) |

Especificar: \_\_\_\_\_

## ANEXO 02

**ESCALA DE AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR TEST DE ZARIT**

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** “Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016”.

**INSTRUCCIONES:** Sr, sra, srta. A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe marcar con un aspa (x) con qué frecuencia se siente Ud. así: nunca, raras veces, a veces, muchas veces y siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0= Nunca

1= Raras veces

2= A veces

3= Muchas veces

4= Siempre

N°	AFIRMACIONES	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas Veces	Siempre
<b>I. DATOS SOBRE AGOTAMIENTO FÍSICO:</b>						
1	¿Siente que su familiar necesita más ayuda de la que realmente requiere?					
2	¿Siente que su salud ha disminuido por cuidar a su familiar?					
3	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
4	¿Tiene dolores de cabeza durante el cuidado que le brinda a su familiar?					
5	¿Tiene dolor en el cuello durante el cuidado que le brinda a su familiar?					
6	¿Siente que le duele la espalda durante el cuidado que le brinda a su familiar?					

<b>II. DATOS SOBRE AGOTAMIENTO PSICOLÓGICO</b>		<b>Nunca</b>	<b>Raras veces</b>	<b>A veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Siempre</b>
7	¿Se siente exigido cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
8	¿Siente que su familiar le provoca malestar anímico con frecuencia?					
9	¿Siente preocupación por el futuro que le espera a su familiar?					
10	¿Siente que no será capaz de hacerse cargo de su familiar por más tiempo?					
11	¿Desearía poder compartir el cuidado de su familiar con otras personas?					
12	¿Siente que no es suficiente la atención que le brinda a su familiar?					
13	¿Considera tener las condiciones necesarias para brindarle mejor atención a su familiar?					
14	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					

<b>III. DATOS SOBRE AGOTAMIENTO SOCIAL</b>		<b>Nunca</b>	<b>Raras veces</b>	<b>A veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Siempre</b>
15	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
16	¿Se siente avergonzado por el estado de su familiar?					
17	¿Considera que la situación actual (cuidar a tu familiar) afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
18	¿Siente que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
19	¿Evita invitar amigos a su casa a causa de su familiar?					
20	¿Ha dejado de salir con sus amigos, por cuidar a su familiar?					
21	¿Siente que ya no sale de casa desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					

## ANEXO 03

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto de investigación.**

“Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD HUANUCO 2016”.

- **Investigadora**

Alumna de pregrado Morales Caldas, Maria Guadalupe.

- **Introducción / Propósito**

Determinar el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD HUANUCO 2016.

- **Participación**

Participarán un familiar cuidador por cada adulto mayor frágil. Según la selección aleatoria del rol del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD HUANUCO 2016.

#### **Procedimientos**

Se les aplicará una, encuesta para determinar el nivel de agotamiento de la muestra en estudio. Sólo tomará un tiempo aproximado de 10 minutos.

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada respecto al presente estudio.

- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar en el estudio. Al negarse participar en el estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas**

Escribir a [lupe\\_xikita\\_12@hotmail.com](mailto:lupe_xikita_12@hotmail.com) o comunicarse al Cel. 962675749.

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

YO \_\_\_\_\_, en uso de mis facultades mentales acepto participar en el estudio. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

**Firmas del participante y responsable de la investigación**

-----  
Firma del investigador

-----  
Firma del participante

**ANEXO 04****OFICIO DE AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO****OFICIO N° 001- 2016 – D/EAP.-.ENF-UDH**

Huánuco, 27 de Junio del 2016

**A** : Dra: Beatriz Tarazona Soria.  
**Jefa del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)**  
**EsSalud Huánuco**

**DE** : Morales Caldas, María Guadalupe  
**Responsable de la investigación**

**Presente:**

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y solicitarle la autorización para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos de mi trabajo de investigación titulado: **“Nivel de Agotamiento en los Cuidadores Familiares del Adulto Mayor, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016”**.

A cargo de mi persona María Guadalupe, **MORALES CALDAS**. Cabe mencionar que la investigación tiene como población de estudio a los cuidadores familiares del adulto mayor, del programa de atención domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO.

Agradeciendo por la atención que brinda al presente y sin otro particular hago propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

-----  
María Guadalupe, Morales Caldas  
**Responsable de la investigación**

**ANEXO 05****INFORME DE TRABAJO DE CAMPO****INFORME N°002 – UDH – FCS – EAPE – EBC – MAG – 2016****Huánuco, 15 de Setiembre del 2016.****A** : Lic Enf. Jara Claudio, Edith Cristina  
**Asesora de proyecto de investigación****DE** : Morales Caldas, María Guadalupe  
**Responsable de la investigación****ASUNTO** : INFORME DE TRABAJO DE CAMPO

Me es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que la recolección de datos del estudio titulado “Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016” se realizó mediante la contratación de profesionales expertos en la aplicación de instrumentos, llevándose a cabo la aplicación del trabajo de campo entre los días 20 de agosto hasta el día 06 de setiembre del año 2016, en los hogares de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil siendo un total de 172 cuidadores entrevistados, que permitió la recolección de datos que posteriormente fueron sometidos al análisis estadístico. Adjunto al presente el cuadro de desarrollo de la actividad en mención.

Por ahora es cuanto tengo que informarle, aprovecho para expresarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente

-----  
Morales Caldas, María Guadalupe  
**Responsable de la investigación**

## **I. TITULO DE LA INVESTIGACION**

“Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD – HUANUCO, 2016”.

## **II. INTRODUCCION**

El adulto mayor es la población con alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, con dependencia física, siendo la familia una fuente de apoyo no todos asumen de igual manera el cuidado del anciano, siendo así un solo miembro de la familia quien se ocupan de la máxima responsabilidad en el cuidado ocasionándole momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia, disminución de las oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales lo que le predispone a presentar el síndrome del cuidador, por lo que es necesario que los que brindan cuidados a los adulto mayores tengan una previa capacitación y así permitan un afrontamiento adecuado ante esta problemática; motivo por el cual se realizó el presente estudio de investigación. Por ello se consideró que los resultados del estudio se derivan de la recolección de datos, se ha procedido aplicar los instrumentos, por ser una de las etapas de una investigación cuantitativa.

## **III. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD**

- ✓ Aplicar los instrumentos de recolección de datos.
- ✓ Obtener datos confiables respecto al nivel de agotamiento físico, psicológico y social que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil.

#### **IV. ASPECTOS METODOLOGICOS**

##### **Selección de los días de aplicación de los instrumentos**

La selección de los días de recolección de los datos, se realizó con una previa coordinación con la jefa responsable del programa de atención domiciliaria (PADOMI) EsSalud Huánuco, para programar los días de recolección de datos y se pueda realizar los procedimientos con tranquilidad por ello se programó como fechas de recolección de datos desde el día 20 de agosto hasta el 06 de setiembre del año en curso.

##### **Selección de los participantes del estudio**

La muestra considerada en el presente estudio de investigación estuvo conformada por 172 cuidadores familiares del adulto mayor frágil seleccionados mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple teniendo en cuenta los siguiente criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio de investigación.

#### **V. RESULTADOS**

El tiempo promedio de aplicación de los instrumentos fueron:

- ✓ Entrevista sociodemográfica: minutos 5
- ✓ Escala de agotamiento del cuidador familiar test de Zarit: 10 minutos

##### **Siendo el tiempo promedio: 15 minutos**

En conclusión se logró aplicar los instrumentos a la muestra en estudio, en las fechas establecidas dentro del plan de recolección de datos.

El reporte de la aplicación de los instrumentos por fecha de recolección de datos se muestra en el siguiente cuadro:

<b>FECHAS</b>	<b>HORA DE LAS VISITAS</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
20 - 08 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
21 - 08 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
22 - 08 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
23 - 08 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
24 - 08 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
25 - 08 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		

26 - 08 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
27 - 08 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
28 - 08 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
29 - 08 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
30 - 08 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
31 - 09 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
01 - 09 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		

02 - 09 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
03 - 09 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
04 - 09 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
05 - 09 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		
06 - 09 - 2016	07:30 am – 11:30 am	Aplicación de 10 instrumentos de investigación	Se utilizó 05 instrumentos en la mañana y 05 instrumentos en la tarde. 05 consentimientos informados en la mañana y 05 consentimientos en la tarde.
	03:30 pm – 06:30 pm		

## ANEXO 06

## HOJA DE INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN POR JUECES

<b>CATEGORIA</b>	<b>CALIFICACION</b>
<b>SUFICIENCIA</b> Los ítems de cada dimensión son suficientes	1. No cumple con el criterio
	2. Bajo nivel
	3. Moderado nivel
	4. Alto nivel
<b>PERTINENCIA</b> Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador de la variable o variables en estudio	1. No cumple con el criterio
	2. Bajo nivel
	3. Moderado nivel
	4. Alto nivel
<b>CLARIDAD</b> Los ítems son claros, sencillos y comprensibles para la muestra en estudio	1. No cumple con el criterio
	2. Bajo nivel
	3. Moderado nivel
	4. Alto nivel
<b>VIGENCIA</b> Los ítems de cada dimensión son vigentes	1. No cumple con el criterio
	2. Bajo nivel
	3. Moderado nivel
	4. Alto nivel
<b>OBJETIVIDAD</b> Los ítems son posibles de verificar mediante una estrategia	1. No cumple con el criterio
	2. Bajo nivel
	3. Moderado nivel
	4. Alto nivel
<b>ESTRATEGIA</b> El método responde al propósito del estudio	1. No cumple con el criterio
	2. Bajo nivel
	3. Moderado nivel
	4. Alto nivel
<b>CONSISTENCIA</b> Los ítems se pueden descomponer adecuadamente en variables e indicadores	1. No cumple con el criterio
	2. Bajo nivel
	3. Moderado nivel
	4. Alto nivel
<b>ESTRUCTURA</b> Los ítems están dimensionados	1. No cumple con el criterio
	2. Bajo nivel
	3. Moderado nivel
	4. Alto nivel



II. DIMENSION 2: DATOS SOBRE AGOTAMIENTO FÍSICO													
1	¿Siente que su familiar necesita más ayuda de la que realmente requiere?					4	4	4	3	4	4	4	4
	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre								
2	¿Siente que su familiar depende solo de usted?					4	4	4	4	4	4	4	4
	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre								
3	¿Siente que su salud ha disminuido por cuidar a su familiar?					4	3	4	3	4	4	4	4
	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre								
4	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					4	4	4	4	4	4	4	4
	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre								
III. DIMENSION 3: DATOS SOBRE AGOTAMIENTO PSICOLÓGICO													
1	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					4	4	3	4	4	4	4	4
	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre								

2	<p>¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?</p> <table border="1" data-bbox="454 470 965 616"> <thead> <tr> <th>Nunca</th> <th>Raras veces</th> <th>A veces</th> <th>Muchas veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	4	4	4	3	4	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
3	<p>¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?</p> <table border="1" data-bbox="454 739 965 907"> <thead> <tr> <th>Nunca</th> <th>Raras veces</th> <th>A veces</th> <th>Muchas veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						3	4	4	4	4	4	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
4	<p>¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?</p> <table border="1" data-bbox="454 1030 965 1198"> <thead> <tr> <th>Nunca</th> <th>Raras veces</th> <th>A veces</th> <th>Muchas veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	4	4	4	4	4	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
5	<p>¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?</p> <table border="1" data-bbox="454 1321 965 1489"> <thead> <tr> <th>Nunca</th> <th>Raras veces</th> <th>A veces</th> <th>Muchas veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	3	4	4	3	4	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
6	<p>¿Desearía poder compartir el cuidado de su familiar con otras personas?</p> <table border="1" data-bbox="454 1624 965 1780"> <thead> <tr> <th>Nunca</th> <th>Raras veces</th> <th>A veces</th> <th>Muchas veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	4	4	3	4	3	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															

7	<p>¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nunca</th> <th>Raras veces</th> <th>A veces</th> <th>Muchas veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	4	3	4	4	4	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
8	<p>¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nunca</th> <th>Raras veces</th> <th>A veces</th> <th>Muchas veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	4	4	4	3	4	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
9	<p>¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nunca</th> <th>Raras veces</th> <th>A veces</th> <th>Muchas veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						3	4	4	4	3	4	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
10	<p>En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nunca</th> <th>Raras veces</th> <th>A veces</th> <th>Muchas veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	4	4	4	4	4	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
IV. DIMENSION 4: DATOS SOBRE AGOTAMIENTO SOCIAL																			
1	<p>¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nunca</th> <th>Raras veces</th> <th>A veces</th> <th>Muchas veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	4	4	4	4	4	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															

2	<p>¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="432 443 539 517">Nunca</th> <th data-bbox="539 443 638 517">Raras veces</th> <th data-bbox="638 443 719 517">A veces</th> <th data-bbox="719 443 831 517">Muchas veces</th> <th data-bbox="831 443 943 517">Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	3	4	4	3	4	3	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
3	<p>¿Considera que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="432 763 539 837">Nunca</th> <th data-bbox="539 763 638 837">Raras veces</th> <th data-bbox="638 763 719 837">A veces</th> <th data-bbox="719 763 831 837">Muchas veces</th> <th data-bbox="831 763 943 837">Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						3	4	4	3	4	4	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
4	<p>¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="432 1066 539 1140">Nunca</th> <th data-bbox="539 1066 638 1140">Raras veces</th> <th data-bbox="638 1066 719 1140">A veces</th> <th data-bbox="719 1066 831 1140">Muchas veces</th> <th data-bbox="831 1066 943 1140">Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	4	3	4	4	4	4	3
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
5	<p>¿Siente que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="432 1357 539 1431">Nunca</th> <th data-bbox="539 1357 638 1431">Raras veces</th> <th data-bbox="638 1357 719 1431">A veces</th> <th data-bbox="719 1357 831 1431">Muchas veces</th> <th data-bbox="831 1357 943 1431">Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	4	4	4	4	3	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															
6	<p>¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="432 1659 539 1733">Nunca</th> <th data-bbox="539 1659 638 1733">Raras veces</th> <th data-bbox="638 1659 719 1733">A veces</th> <th data-bbox="719 1659 831 1733">Muchas veces</th> <th data-bbox="831 1659 943 1733">Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre						4	4	4	4	4	4	4	4
Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre															

7	¿Cree que ya no se divierte con sus amigos, porque tiene que cuidar a su familiar?					4	4	4	4	4	4	4	4
	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre								
8	¿Siente que ya no sale de casa desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					4	4	4	4	4	4	4	4
	Nunca	Raras veces	A veces	Muchas veces	Siempre								

¿Existe, alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada?

SI ( ) NO (X)

¿Cuál?

---

**ANEXO 08**  
**CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

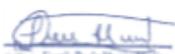
Yo, LISETH ROCIO MARTIN MEDINA, con DNI N° 48126329, de profesión PSICOLOGA, ejerciendo actualmente como PSICOLOGA, en la Institución HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

El instrumento es válido para la realización de la investigación: "Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del Adulto Mayor, del Programa de atención domiciliaria (PAEDMI) ESSALUD - HUÁNUCO, 2015"

En Huánuco, a los 17 días del mes de Febrero del 2015.


Firma

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Silvano Bravo Castillo, con DNI N° 22482155, de profesión ENFERMERO, ejerciendo actualmente como Técnico Investigación Científico - Tóxico en la Institución INDEPENDIENTE.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

DICHO INSTRUMENTO ESTA APTO PARA SU APLICACIÓN Y EJECUCIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR.

En Huánuco, a los 13 días del mes de 02 del 2015.

  
Firma

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Kelly Zuvonne Rueda Matosoglio, con DNI N° 41168813, de profesión Psicóloga, ejerciendo actualmente como Responsable del área de Salud mental en la Institución ALAS - C.S. "La Cruz".

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

revisar las preguntas sugeridas a los alumnos e implementarlas.

En Huánuco, a los 16 días del mes de Julio del 2015.

  
 Kelly Zuvonne Rueda Matosoglio  
 PSICOLOGA  
 C.Ps.P. 19992

Firma

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Alex Fillof Cotruin Avilos, con DNI N° 45275795, de  
 profesión Psicólogo, ejerciendo actualmente como  
Psicólogo, en la Institución  
Centro de Salud Las Flores.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de  
 contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes  
 recomendaciones:

Aumentar ítems en el apartado de Legitimación física, reformular  
ítems señalados en el cuestionario, agregar "¿? fermulo  
y otras expresiones en la ficha de validación de  
instrumento

En Huánuco, a los 17 días del mes de febrero del 2015.


Firma

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

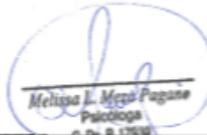
Yo, MELISSA L. MEZA PAGANO, con DNI N° 45059344 de  
 profesión PSICOLOGA, ejerciendo actualmente como  
PSICOLOGA, en la Institución  
C.S. POTERACACCA.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

→ los datos generales no forman parte de una dimensión.  
→ términos como "Salud", "bienestar", son términos generales  
y muy subjetivos usar términos específicos de acuerdo a la  
dimensión.

En Huánuco, a los 13 días del mes de Febrero del 2015.

  
 Melissa L. Meza Pagano  
 Psicóloga  
 C.P. 12533  
 Firma

**ANEXO 09**  
**BASE DE DATOS DEL INFORME DE INVESTIGACION**

ED AD	SE XO	INSTRU CCION	ECI VIL	OCUPA CION	NPERS ONAS	PAREN TESCO	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	FIS ICO	FIS ICO 2	PSICOL OGICO	PSICOL OGICO2	SOC IAL	SOC IAL 2	ED AD 1	TO TA L	TOT ALI
21	1	3	1	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	1	2	1	2	2	2	3	0	2	2	2	1	2	2	14	2	15	2	11	2	1	40	2
25	2	5	2	2	3	2	2	2	3	3	1	3	2	1	2	1	2	1	1	3	2	0	2	3	2	1	2	14	2	13	2	12	2	1	39	2
30	1	6	3	5	3	2	3	2	4	3	2	2	3	2	4	2	3	2	3	4	2	2	3	3	2	2	1	16	2	23	3	15	2	2	54	2
27	1	3	2	1	2	2	3	2	4	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	1	3	3	3	3	3	17	2	23	3	19	3	1	59	3
33	1	4	3	1	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	8	1	11	1	9	1	2	28	1
23	1	5	1	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	0	2	1	2	2	1	3	2	1	2	2	1	2	2	14	2	13	2	12	2	1	39	2
33	2	3	2	3	3	2	2	2	4	3	2	2	3	1	3	3	3	2	4	4	3	2	3	3	2	3	3	15	2	23	3	19	3	2	57	3
37	1	1	3	1	3	2	2	2	3	4	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	1	3	2	3	2	2	17	2	23	3	16	2	2	56	2
24	1	3	1	2	3	3	4	2	4	3	3	3	3	2	4	2	3	2	3	4	3	2	3	3	3	2	3	19	3	23	3	19	3	1	61	3
22	1	2	1	1	3	3	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	0	1	2	1	2	1	11	2	10	1	9	1	1	30	2
27	2	5	2	4	2	2	3	2	3	3	3	3	3	1	4	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	2	3	17	2	23	3	19	3	1	59	3
33	1	4	2	1	1	2	2	2	3	3	2	2	2	1	2	1	2	2	2	4	2	0	2	2	1	2	3	14	2	16	2	12	2	2	42	2
36	1	6	3	5	3	4	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	0	1	2	1	2	2	8	1	11	1	9	1	2	28	1
38	1	3	4	2	3	2	2	1	3	3	2	1	2	1	1	1	2	2	2	3	2	1	2	2	1	2	2	12	2	14	2	12	2	3	38	2
27	1	5	2	1	3	4	3	2	4	3	4	4	3	2	3	3	3	3	2	4	3	1	3	3	3	3	3	20	3	23	3	19	3	1	62	3
38	1	5	3	2	1	1	3	2	4	3	2	2	3	1	3	4	3	3	2	4	3	1	2	3	2	3	3	16	2	23	3	17	2	3	56	2
30	2	3	3	3	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	0	1	2	1	1	2	7	1	10	1	8	1	2	25	1
42	1	2	4	2	2	4	2	2	3	3	2	3	2	1	3	1	2	2	3	3	2	0	2	3	3	3	2	15	2	17	2	15	2	3	47	2
34	1	5	3	1	3	5	2	2	3	2	1	2	2	0	2	1	2	1	2	3	2	1	2	3	2	2	2	12	2	13	2	14	2	2	39	2
26	1	5	1	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	15	2	23	3	19	3	1	57	3
45	1	4	3	2	3	1	2	2	4	3	2	2	3	1	3	4	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	15	2	23	3	19	3	3	57	3

ED AD	SE XO	INSTRUCCION	ECIVIL	OCUPACION	NPERS ONAS	PAREN TESCO	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	FIS ICO	FIS ICO 2	PSICOL OGICO	PSICOL OGICO2	SOC IAL	SOC IAL 2	ED AD 1	TO TAL	TOT ALI
39	2	1	3	3	3	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	8	1	11	1	9	1	3	28	1
33	1	5	3	2	3	2	3	2	3	4	3	2	3	1	4	3	3	2	3	4	3	1	3	3	3	3	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
23	1	5	1	1	3	3	3	2	3	2	2	1	2	0	1	2	2	1	2	3	2	1	2	2	1	2	2	13	2	13	2	12	2	1	38	2
20	1	5	1	2	3	3	1	2	3	3	2	2	2	1	2	1	3	1	3	3	2	0	2	2	1	2	3	13	2	16	2	12	2	1	41	2
31	1	5	2	2	2	6	3	2	2	3	2	2	2	0	1	1	2	2	2	3	2	0	2	1	1	2	2	14	2	13	2	10	2	2	37	2
39	1	6	3	5	3	1	4	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	2	3	3	18	3	23	3	19	3	3	60	3
32	2	5	2	1	3	2	3	1	2	3	2	3	1	0	2	1	2	2	3	3	2	1	1	1	2	2	2	14	2	14	2	11	2	2	39	2
41	1	5	4	2	3	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	8	1	11	1	9	1	3	28	1
30	1	5	2	2	3	5	2	1	3	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	0	1	2	1	2	2	11	2	10	1	9	1	2	30	2
26	1	4	1	2	3	3	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	0	1	1	2	2	1	10	2	11	1	9	1	1	30	2
39	1	3	3	1	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	4	3	2	3	2	3	3	17	2	23	3	19	3	3	59	3	
41	1	5	4	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	3	2	14	2	23	3	19	3	3	56	2
25	2	5	1	4	2	3	2	2	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	0	2	2	1	2	2	12	2	15	2	11	2	1	38	2
43	1	5	3	2	1	1	3	2	3	3	3	3	3	2	4	2	3	2	3	4	3	2	3	2	3	3	17	2	23	3	19	3	3	59	3	
29	1	6	2	5	3	5	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	0	1	2	1	1	2	8	1	11	1	9	1	2	28	1
40	1	3	3	2	3	2	2	1	3	2	2	2	2	1	3	1	2	1	2	4	2	0	1	2	2	3	3	12	2	16	2	13	2	3	41	2
35	2	4	5	3	3	4	2	2	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	3	4	2	1	2	2	1	2	3	12	2	17	2	13	2	2	42	2
23	1	5	1	2	3	3	2	2	3	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	2	1	2	2	12	2	14	2	12	2	1	38	2
31	1	3	2	1	3	2	2	1	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	4	2	0	2	2	1	2	2	13	2	23	3	11	2	2	47	2
27	1	4	2	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	17	2	23	3	19	3	1	59	3
29	1	3	2	1	3	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	0	1	2	1	1	2	8	1	11	1	9	1	2	28	1
39	1	5	3	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	0	3	1	2	1	2	4	2	1	2	2	2	1	2	12	2	15	2	12	2	3	39	2
36	2	2	3	3	3	6	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	14	2	23	3	19	3	2	56	2
30	1	1	3	1	3	5	3	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	4	2	0	2	2	2	1	2	12	2	16	2	11	2	2	39	2
25	1	5	1	2	3	3	3	2	3	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	3	2	1	1	2	2	3	3	13	2	15	2	14	2	1	42	2

ED AD	SE XO	INSTRUCCION	ECIVIL	OCUPACION	NPERS ONAS	PAREN TESCO	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	FIS ICO	FIS ICO 2	PSICOL OGICO	PSICOL OGICO2	SOC IAL	SOC IAL 2	ED AD 1	TO TA L	TOT AL1
46	1	3	4	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	17	2	23	3	19	3	3	59	3
32	1	6	2	5	3	2	3	1	3	2	1	2	2	1	3	1	2	1	2	4	2	1	2	2	2	2	2	12	2	16	2	13	2	2	41	2
36	2	6	2	5	1	2	2	1	2	1	1	1	2	0	2	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	2	8	1	11	1	9	1	2	28	1
29	1	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	2	3	15	2	23	3	19	3	2	57	3
31	1	5	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	4	2	3	2	3	4	3	2	3	3	3	3	3	17	2	23	3	20	3	2	60	3
24	1	5	1	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	15	2	23	3	19	3	1	57	3
33	2	2	3	3	2	2	2	1	2	1	1	1	2	0	2	1	1	1	1	2	2	0	1	2	1	1	2	8	1	10	1	9	1	2	27	1
28	1	5	2	2	3	2	2	1	3	2	1	2	2	0	2	1	2	1	2	4	2	0	2	2	1	2	2	11	2	14	2	11	2	1	36	2
37	1	5	3	1	3	2	2	1	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	4	2	1	2	1	2	2	2	14	2	23	3	12	2	2	49	2
26	1	5	3	1	3	5	3	1	3	2	3	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	2	1	1	2	14	2	14	2	11	2	1	39	2
24	1	5	1	1	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	2	3	17	2	23	3	19	3	1	59	3
38	1	5	4	2	3	2	2	1	3	2	1	2	2	0	1	1	2	1	1	3	2	0	1	1	2	1	1	11	2	11	1	8	1	3	30	2
30	1	5	3	1	3	3	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	0	1	1	1	2	2	8	1	11	1	9	1	2	28	1
35	2	4	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	3	3	17	2	23	3	20	3	2	60	3
27	1	4	2	2	3	5	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	4	2	2	3	3	3	3	3	16	2	23	3	19	3	1	58	3
25	1	5	1	1	3	3	2	1	3	3	2	3	2	1	2	1	2	2	2	3	2	0	1	2	1	2	2	14	2	15	2	10	2	1	39	2
39	1	3	4	1	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	17	2	23	3	19	3	3	59	3
32	2	1	2	3	3	2	2	1	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3	2	1	2	2	1	2	2	12	2	16	2	12	2	2	40	2
37	1	2	3	2	3	6	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	2	2	3	15	2	23	3	18	2	2	56	2
23	1	5	1	2	3	4	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	0	1	1	1	2	2	8	1	11	1	9	1	1	28	1
31	1	6	2	5	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	15	2	23	3	20	3	2	58	3
25	1	4	1	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	2	3	17	2	23	3	19	3	1	59	3
35	1	5	3	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	0	2	1	2	1	1	2	2	0	1	1	1	2	2	8	1	11	1	9	1	2	28	1
29	2	3	3	3	3	2	2	1	2	3	2	2	2	0	2	1	2	2	3	4	2	1	2	2	1	2	2	12	2	16	2	12	2	2	40	2
26	1	3	2	2	3	3	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	1	2	1	2	2	11	2	14	2	11	2	1	36	2

ED AD	SE XO	INSTRUCCION	ECIVIL	OCUPACION	NPERS ONAS	PAREN TESCO	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	FIS ICO	FIS ICO 2	PSICOL OGICO	PSICOL OGICO2	SOC IAL	SOC IAL 2	ED AD 1	TO TAL	TOT AL1
33	1	6	3	5	3	2	3	2	3	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	4	2	0	2	2	1	3	3	12	2	16	2	13	2	2	41	2
27	1	5	2	1	3	5	2	1	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	2	4	2	1	1	2	1	2	2	12	2	16	2	11	2	1	39	2
38	1	5	3	2	3	4	3	1	3	4	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	17	2	23	3	19	3	3	59	3
22	2	5	1	4	3	3	3	2	3	3	2	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	0	1	2	2	2	2	15	2	15	2	11	2	1	41	2
23	1	5	1	2	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	2	1	1	2	2	3	2	0	2	2	3	2	2	13	2	14	2	13	2	1	40	2
37	1	5	3	2	3	2	2	1	3	2	1	2	2	1	2	2	2	1	3	4	2	0	1	2	2	3	2	11	2	17	2	12	2	2	40	2
32	1	5	2	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
40	1	5	4	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	4	2	1	2	2	1	2	2	15	2	23	3	12	2	3	50	2
25	1	3	2	2	3	2	2	1	3	2	1	2	2	0	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	11	2	11	1	9	1	1	31	2
33	2	5	3	3	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	0	1	2	1	2	2	8	1	11	1	9	1	2	28	1
45	1	1	5	2	1	2	2	1	2	3	2	3	2	1	2	1	2	2	2	3	2	1	1	2	1	2	2	13	2	15	2	11	2	3	39	2
20	1	4	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	2	3	3	17	2	23	3	19	3	1	59	3
31	2	6	3	5	3	2	2	1	3	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	0	1	1	1	2	2	11	2	11	1	9	1	2	31	2
41	1	5	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	17	2	23	3	19	3	3	59	3
30	1	2	2	1	3	5	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	0	2	1	1	1	2	8	1	11	1	9	1	2	28	1
43	1	3	4	1	3	2	3	1	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	4	2	1	2	2	3	2	3	15	2	23	3	15	2	3	53	2
34	1	5	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	16	2	23	3	19	3	2	58	3
32	2	2	3	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
40	1	5	3	1	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	8	1	11	1	9	1	3	28	1
29	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
24	1	4	1	2	2	3	3	2	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	3	3	2	1	2	2	1	3	2	13	2	16	2	13	2	1	42	2
44	1	3	4	1	3	6	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	0	1	2	2	2	2	11	2	14	2	11	2	3	36	2
27	1	4	2	1	3	5	3	2	3	2	1	2	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	2	3	13	2	23	3	19	3	1	55	2
30	1	6	2	5	3	2	2	1	2	1	1	1	2	0	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1	2	1	1	8	1	11	1	9	1	2	28	1
35	2	2	3	3	3	2	2	1	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	1	2	2	11	2	16	2	12	2	2	39	2

ED AD	SE XO	INSTRUCCION	ECIVIL	OCUPACION	NPERS ONAS	PAREN TESCO	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	FIS ICO	FIS ICO 2	PSICOL OGICO	PSICOL OGICO2	SOC IAL	SOC IAL 2	ED AD 1	TO TA L	TOT AL1
26	1	5	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	2	17	2	23	3	19	3	1	59	3
41	1	5	4	2	2	2	3	2	3	2	1	2	3	2	3	3	3	2	3	4	2	2	3	3	3	3	3	13	2	23	3	19	3	3	55	2
31	2	5	3	4	3	2	3	2	3	2	1	2	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	13	2	23	3	19	3	2	55	2
36	1	6	3	5	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	8	1	11	1	9	1	2	28	1
32	1	5	3	1	3	5	3	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2	1	2	2	11	2	17	2	12	2	2	40	2
23	1	2	1	2	3	3	3	2	3	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	4	2	1	1	2	2	2	2	13	2	23	3	12	2	1	48	2
27	1	3	2	2	3	2	3	1	3	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	1	2	1	3	2	11	2	14	2	12	2	1	37	2
29	1	6	3	5	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	2	3	3	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
46	1	2	4	1	3	2	2	1	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3	2	1	1	2	2	2	2	12	2	16	2	12	2	3	40	2
38	1	4	3	2	3	2	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	2	11	2	15	2	12	2	3	38	2
23	1	5	1	1	3	3	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	2	8	1	11	1	9	1	1	28	1
29	1	5	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	2	2	3	3	3	3	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
31	2	1	3	3	3	2	2	1	3	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	2	2	1	2	11	2	15	2	12	2	2	38	2
25	1	5	1	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	2	3	15	2	23	3	19	3	1	57	3
39	1	5	5	1	1	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	17	2	23	3	19	3	3	59	3
22	1	5	1	2	3	3	3	1	2	2	1	1	2	0	2	1	2	2	2	3	2	1	2	2	2	3	2	10	2	14	2	14	2	1	38	2
30	1	5	2	2	2	5	2	1	3	3	2	1	2	1	2	2	2	1	2	3	2	1	2	2	1	2	2	12	2	15	2	12	2	2	39	2
33	1	5	3	1	3	2	2	1	2	1	1	1	2	0	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1	2	1	1	8	1	11	1	9	1	2	28	1
26	1	5	1	2	3	2	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	1	2	2	2	3	2	11	2	15	2	14	2	1	40	2
36	1	3	2	1	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	2	2	3	3	3	3	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
40	1	3	3	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	0	1	1	2	1	1	3	2	0	2	1	1	1	2	10	2	11	1	9	1	3	30	2
30	2	5	2	1	2	2	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	11	2	11	1	9	1	2	31	2
31	1	5	3	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
39	1	5	3	2	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	8	1	11	1	9	1	3	28	1
24	2	4	1	3	3	3	2	1	2	3	2	2	2	1	2	2	2	1	2	4	2	1	2	2	2	3	2	12	2	16	2	14	2	1	42	2

ED AD	SEXO	INSTRUCCION	ECIVIL	OCUPACION	NPERS ONAS	PAREN TESCO	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	FIS ICO	FIS ICO 2	PSICOL OGICO	PSICOL OGICO2	SOC IAL	SOC IAL 2	ED AD 1	TOTAL	TOTAL 1
30	2	3	2	3	3	2	2	1	2	3	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	2	2	3	2	12	2	14	2	14	2	2	40	2
27	1	5	1	1	3	2	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	11	2	11	1	9	1	1	31	2
25	1	5	1	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	2	3	3	2	3	3	17	2	23	3	19	3	1	59	3
41	2	5	4	4	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	2	3	17	2	23	3	19	3	3	59	3
37	1	6	3	5	3	5	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	0	1	2	1	2	1	9	2	11	1	9	1	2	29	2
28	1	2	2	1	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	8	1	11	1	9	1	1	28	1
29	1	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	2	3	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
39	1	4	4	2	3	6	2	1	2	3	1	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	3	2	2	2	11	2	14	2	14	2	3	39	2
34	1	6	2	5	3	2	2	1	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	4	2	1	2	2	2	3	2	12	2	17	2	14	2	2	43	2
24	2	5	1	2	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	17	2	23	3	19	3	1	59	3
28	1	3	3	2	2	5	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	1	2	3	2	11	2	14	2	13	2	1	38	2
42	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	8	1	11	1	9	1	3	28	1
29	2	5	2	3	3	3	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	2	1	2	2	10	2	14	2	12	2	2	36	2
33	1	5	3	1	3	2	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	4	2	1	2	2	3	2	2	11	2	16	2	14	2	2	41	2	
21	1	3	1	2	3	3	2	1	2	3	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	0	2	2	3	2	2	12	2	14	2	13	2	1	39	2
27	1	5	3	1	3	5	2	1	3	3	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	0	2	3	2	3	2	13	2	14	2	14	2	1	41	2
45	1	5	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	2	3	3	17	2	23	3	19	3	3	59	3
40	1	5	4	2	2	2	2	1	3	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	4	2	1	2	2	1	3	2	13	2	17	2	13	2	3	43	2
25	1	4	1	2	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	3	2	17	2	23	3	19	3	1	59	3
30	1	1	2	2	3	2	2	1	1	2	1	1	2	0	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	8	1	11	1	9	1	2	28	1
32	1	5	3	2	3	2	2	1	3	2	1	2	2	0	1	2	2	1	2	3	2	0	2	2	1	3	2	11	2	13	2	12	2	2	36	2
39	1	2	5	1	3	2	2	1	3	2	1	1	2	0	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	10	2	10	1	9	1	3	29	2
31	1	5	2	2	2	3	1	1	2	3	2	2	2	0	2	1	2	1	2	3	2	1	2	2	1	2	2	11	2	13	2	12	2	2	36	2
35	1	5	3	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	2	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
33	1	5	3	2	3	2	2	1	2	3	2	2	2	0	1	1	2	2	3	4	2	1	2	2	3	2	2	12	2	15	2	14	2	2	41	2

ED AD	SE XO	INSTRUCION	ECIVIL	OCUPACION	NPERS ONAS	PAREN TESCO	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	FIS ICO	FIS ICO 2	PSICOL OGICO	PSICOL OGICO2	SOC IAL	SOC IAL 2	ED AD 1	TO TA L	TOT AL1
38	1	5	3	2	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	0	1	2	1	2	1	8	1	11	1	9	1	3	28	1
31	1	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	2	3	3	3	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
37	2	5	3	2	3	2	2	1	3	2	1	1	2	0	1	1	2	2	3	3	2	0	2	2	1	2	2	10	2	14	2	11	2	2	35	2
30	1	6	2	5	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	2	17	2	23	3	19	3	2	59	3	
40	1	2	2	2	1	1	3	1	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	4	2	1	2	3	2	3	3	15	2	23	3	16	2	3	54	2
30	2	6	2	5	3	4	3	2	3	2	2	1	2	1	2	1	2	2	3	4	2	1	2	3	2	3	3	13	2	17	2	16	2	2	46	2
26	1	3	1	2	3	2	2	1	1	2	1	1	2	0	1	1	2	1	1	3	2	0	1	1	1	2	1	8	1	11	1	8	1	1	27	1
24	1	4	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	2	2	3	3	3	3	3	17	2	23	3	19	3	1	59	3
44	1	1	3	2	2	6	3	2	3	2	1	2	2	0	2	1	2	2	1	4	2	1	2	2	3	2	3	13	2	14	2	15	2	3	42	2
28	1	6	2	5	3	5	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	8	1	11	1	9	1	1	28	1
25	1	2	2	2	2	4	3	2	3	3	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	2	3	2	3	14	2	14	2	15	2	1	43	2
33	1	4	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	1	3	3	3	3	3	17	2	23	3	19	3	2	59	3
39	1	2	4	1	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	4	2	0	1	3	2	3	3	15	2	23	3	14	2	3	52	2
22	1	3	1	1	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	4	2	1	3	2	3	3	3	15	2	23	3	17	2	1	55	2
27	1	5	2	2	3	2	3	2	3	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	2	3	3	3	13	2	14	2	16	2	1	43	2
23	1	4	1	2	3	3	2	1	1	2	1	1	2	0	1	1	2	1	1	3	2	0	1	2	1	1	2	8	1	11	1	9	1	1	28	1
31	1	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	17	2	23	3	20	3	2	60	3
41	1	3	3	2	2	2	3	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	3	2	3	3	11	2	14	2	16	2	3	41	2
40	2	5	5	2	3	4	3	1	2	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3	4	2	1	2	3	2	2	2	14	2	22	2	14	2	3	50	2
23	1	5	1	1	3	3	3	2	4	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	17	2	23	3	20	3	1	60	3
31	1	5	2	2	3	5	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	3	4	2	1	2	1	2	2	2	11	2	17	2	12	2	2	40	2
20	1	5	1	1	3	3	2	1	2	3	2	3	2	0	2	1	2	2	3	4	2	0	1	2	3	3	3	13	2	16	2	14	2	1	43	2
30	2	5	3	3	3	2	2	1	2	3	2	1	2	0	2	1	2	1	2	3	2	0	2	2	2	3	2	11	2	13	2	13	2	2	37	2
25	1	5	2	2	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	0	2	1	1	1	2	8	1	11	1	9	1	1	28	1
35	1	6	3	5	3	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	1	2	2	2	3	2	10	2	15	2	14	2	2	39	2
28	2	2	2	3	2	2	3	2	4	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	4	2	2	3	3	3	3	3	17	2	23	3	19	3	1	59	3

## ANEXO: 10

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**ESTUDIO:** Nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) ESSALUD HUANUCO 2016

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES					
			VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Problema general ¿Cuál es el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) Es salud – Huánuco, 2016?	Objetivo general Determinar el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud – Huánuco, 2016.	Hipótesis general <b>Ho:</b> El nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil. <b>Ha:</b> El nivel de agotamiento es intensa en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil.	VARIABLE PRINCIPAL NIVEL DE AGOTAMIENTO EN LOS CUIDADORES FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR FRÁGIL	FISICA	0 – 8 pts 9 – 16 pts 17 – 24 pts	No Agotamiento Agotamiento Leve Agotamiento Intenso	categórica dicotómica	nominal politómica
				PSICOLOGICA	0 – 11 pts 12 – 22 pts 23 – 32 pts	No Agotamiento Agotamiento Leve Agotamiento Intenso	categórica dicotómica	nominal politómica
				SOCIAL	0 – 9 pts 10 – 18 pts 19 – 28 pts	No Agotamiento Agotamiento Leve Agotamiento Intenso	categórica dicotómica	nominal politómica
				NIVEL DE AGOTAMIENTO EN GENERAL	0 – 28 pts 29 – 56 pts 57 – 84 pts	No Agotamiento Agotamiento Leve Agotamiento Intenso	categórica dicotómica	nominal politómica
			VARIABLE DE CARACTERIZACION CARACTERISTICA SOCIDEMOGRAFICA	EDAD	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la fecha actual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>En años</li> </ul>	numérica	De razón
Problema específico ¿Cuál es el nivel de agotamiento	Objetivo específico 1. Identificar el nivel de	Hipótesis específico <b>Ho 1:</b> el nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del		GENERO	Condición orgánica que distingue el varón de la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Masculino</li> <li>Femenino</li> </ul>	categórica dicotómica	Nominal

<p>en los cuidadores familiares del adulto mayor en la dimensión psicológica? ¿Cuál es el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión física? ¿Cuál es el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión social?</p>	<p>agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión psicológica. 2. Identificar el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión física. 3. Identificar el nivel de agotamiento en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión social.</p>	<p>adulto mayor frágil en la dimensión física. <b>Ha 1:</b> el nivel de agotamiento es intensa en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión física. <b>Ho 2:</b> el nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor en la dimensión psicológica. <b>Ha 2:</b> el nivel de agotamiento es intensa en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión psicológica. <b>Ho 3:</b> el nivel de agotamiento es leve en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión social. <b>Ha 3:</b> el nivel de agotamiento es intensa en los cuidadores familiares del adulto mayor frágil en la dimensión social</p>					
			ESTADO CIVIL	Respuesta sobre su condición personal que socialmente designan para fines demográficos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soltero (a)</li> <li>- conviviente</li> <li>- casado (a)</li> <li>- divorciado (a)</li> <li>- viudo (a)</li> </ul>	categórica dicotómica	Nominal
			OCUPACION	Es la dedicación diaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ama de casa</li> <li>- comerciante</li> <li>- obrero</li> <li>- técnico</li> <li>- profesionalista</li> </ul>	categórica dicotómica	Nominal, policotómica
			GRADO DE INSTRUCCION	Nivel académico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin estudios</li> <li>- Primaria Incompleta</li> <li>- Primaria Completa</li> <li>- Secundaria Incompleta</li> <li>- Secundaria Completa</li> <li>- Universitario</li> </ul>	categórica dicotómica	Ordinal politómica
			PARENTESCO CON EL ADULTO MAYOR FRAGIL	Caracterización genética.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hijo(a)</li> <li>• ñieto(a)</li> <li>• sobrino(a)</li> <li>• nuera</li> <li>• conyuge</li> </ul>	categórica dicotómica	Nominal
			N° DE PERSONAS QUE HABITAN CON EL ADULTO MAYOR FRAGIL	Número de personas que viven en el hogar del adulto mayor	a. de 2 personas b. de 3 a 4 personas c. de 5 a más personas	categórica dicotómica	Nominal

DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>Tipo de estudio</b>            Por su intervención : observacional            Por su planificación: prospectivo            Por su medida: transversal            Por el número de variable:            descriptivo</p> <p><b>Diseño descriptivo simple</b>            La muestra se va obtener del total de muestras de la población mediante el esquema.</p> <div data-bbox="241 719 557 820" style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <b>M ————— O</b> </div> <p><b>Leyenda:</b></p> <p><b>M</b> = Muestra en estudio.  <b>O</b> = Datos en observación de la variable dependiente.</p>	<p><b>Población</b>            La población estará constituida por 312 cuidadores familiares.</p> <p><b>Tipos de muestreo</b>            Constituido por 172 cuidadores familiares del adulto mayor frágil que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) EsSalud – Huánuco, obtenido probabilísticamente</p>	<p><b>Para la recolección de datos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La técnica:</b> Entrevista</li> <li>• <b>Instrumento:</b> Escala de agotamiento del cuidador familiar test de zarit</li> </ul> <p><b>Para el análisis de datos:</b></p> <p><b>Descriptivo.</b> Se analizarán descriptivamente los datos obtenidos empleando las medidas de tendencia central, de posición y dispersión, de acuerdo a las variables del estudio.</p> <p><b>Inferencial.</b> Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba Chi Cuadrada de independencia. El nivel de significancia que se estableció fue (<math>p \leq 0.05</math>). Para el análisis se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0.</p>