



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL
CUIDADOR FAMILIAR DE PERSONAS MAYORES CON
DEPENDENCIA, EN CESFAM EXTERNO VALDIVIA.”**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

Valentina Bahamonde Fuentes -Constanza Lagos Pailla.
VALDIVIA – CHILE
2019

Profesor Patrocinante:

Nombre: Ida Elizabeth Flores González.

Profesión: Enfermera.

Grado: Magíster en Enfermería mención Gestión del Cuidado.

Diplomado en Administración de Servicios de Salud y en Calidad en Gestión del Cuidado.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

Profesores Informantes:

Nombre: Fredy Seguel Palma.

Profesión: Enfermero.

Grado: Doctor en Enfermería.

Magíster en Salud Pública mención Salud Ocupacional.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

Nombre: Alejandra Contreras Gálvez.

Profesión: Enfermera.

Grado: Magíster Gestión Estratégica en la Salud.

Instituto: Enfermería.

Facultad: Medicina.

Firma:

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. SUMMARY	2
3. INTRODUCCIÓN	3
4. MARCO TEÓRICO	5
4.1 ADULTO MAYOR O PERSONA MAYOR	5
4.2 DEPENDENCIA	6
4.3 CUIDADOR	7
4.4 SOBRECARGA	9
4.6. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA	10
4.8 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	13
5. OBJETIVOS	16
5.1 OBJETIVO GENERAL	16
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
5.3 HIPÓTESIS	16
6. MATERIAL Y MÉTODO	18
6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	18
6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	18
6.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	18
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
6.6 RECOLECCIÓN DE DATOS	19
6.6.1 Cuestionario de perfil sociodemográfico del cuidador	19
6.6.2 Cuestionario de perfil sociodemográfico del adulto mayor	20
6.6.3 Índice de Barthel	20
6.6.4 Cuestionario de confianza del cuidador	20

6.6.5 Escala de carga del cuidador de Zarit.....	21
6.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS	21
6.7.1 Procesamiento de los datos	21
6.7.2 Clasificación de variables:.....	22
6.8 RIGOR ÉTICO	25
6.9 RIGOR METODOLÓGICO	26
7. RESULTADOS	28
7.1 PERFIL DE LOS CUIDADORES FAMILIARES	28
7.2 PERFIL DE LA PERSONA CUIDADA.....	31
7.4 RELACION DEL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	33
7.5 RELACION DEL NIVEL DE SOBRECARGA CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA CUIDADA	35
7.6 RELACION DEL NIVEL DE SOBRECARGA CON EL NIVEL DE AUTOCONFIANZA EN LOS CUIDADOS OTORGADOS	35
8. DISCUSION.....	36
9. CONCLUSIONES	39
10. REFERENCIAS.....	41
11. ANEXOS.....	45
ANEXO 1	45
ANEXO 2	50
ANEXO 3	53
ANEXO 4	55
ANEXO 5	57
ANEXO 6	59
ANEXO 7	60

1. RESUMEN

Antecedentes: La población de Chile ha experimentado un proceso acelerado de envejecimiento demográfico. El envejecimiento trae cambios que afectan la adaptabilidad de la persona a su contexto físico, ambiental y social exponiéndolo a la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas. Por lo tanto, es necesaria la figura de un cuidador que asume esta responsabilidad. Además, el cuidador puede experimentar problemas a nivel físico y mental, comprometiendo su salud, bienestar, cuidado y autocuidado y la persona que depende del cuidado. Por lo tanto, se requiere soporte social.

Objetivo: Determinar los factores que influyen en el nivel de sobrecarga del cuidador familiar de una persona mayor con dependencia total y grave, inscritos en Centros de Salud Familiar Externo de Valdivia, en el año 2019.

Metodología: Cuantitativa, analítica y transversal a 83 cuidadores familiares de personas mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. Previo consentimiento informado, se realizó una visita domiciliaria. Se aplicaron los siguientes instrumentos perfil sociodemográfico del cuidador y del adulto mayor, cuestionario de confianza del cuidador, Índice de Barthel y escala de carga del cuidador Zarit. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0, se realizaron medidas de tendencia central, pruebas paramétricas y no paramétricas para relacionar las variables.

Resultados: El perfil sociodemográfico del cuidador mostró predominio del género femenino, edad promedio de 60.2 años, casado/a, hijas de la persona dependiente, dueña de casa, enseñanza media completa, el ingreso familiar promedio es de \$ 344.578 pesos chilenos. Además, los cuidadores tienen patologías crónicas, el tiempo libre dedicado a las tareas domésticas, su familia es la principal red de apoyo, las horas que dedicaron al cuidado del adulto mayor son 17.25 horas, con un nivel de sobrecarga intensa para el cuidador. La mayoría de los cuidadores se sentían seguros al realizar actividades de cuidado diario para sus familiares. Los niveles de sobrecarga con las variables sociodemográficas estudiadas (edad, sexo, horas diarias de atención, meses de atención, años de estudio, ingresos económicos) no muestran correlación. Además, nuestros resultados revelaron que no existe una correlación entre el nivel de sobrecarga y el nivel de confianza en las tareas de cuidado.

Discusión y Conclusiones: Los resultados coinciden con la literatura local, nacional e internacional revisada. El presente documento permite visibilizar la diada cuidador y la persona cuidada por datos actualizados que fortalecen la enfermería comunitaria y el modelo de atención integral de salud con un enfoque familiar y comunitario.

Palabras clave: cuidador, persona mayor, sobrecarga del cuidador.

2. SUMMARY

Background: The population of Chile has experienced an accelerated demographic ageing process. The ageing brings changes that affect the adaptability of the person to their physical, environmental and social context which, induces to chronic and degenerative diseases. Hence, it is necessary the figure of a caregiver who assuming this responsibility. Moreover, the caregiver can experience problems at physical and mental levels and to commit their health, welfare, care and self-care and the person dependent on care. Therefore, social support is required

Objective: to determine the factors that influence on burden level of the family caregiver of an elderly with total and serious dependency, enrolls in the Centros de Salud Familiar Externo de Valdivia in Valdivia, 2019.

Methodology: quantitative, analytical and transversal to 83 family caregivers of elderly people who met the inclusion criteria. Prior informed consent, a home visit was carried out. The following instruments socio-demographic profile of the caregiver and the elderly, caregiver trust questionnaire, Barthel Index and Zarit caregiver burden scale were applied. The analysis was performed with the statistical program SPSS 15.0, measures of central tendency, parametric and nonparametric tests to relate the variables were carried out.

Results: The caregiver`s socio-demographic profile showed predominance of female gender, mean age 60.2 years, married, daughters of the person dependent on care, homeowner, full middle school, family income is \$344,578 Chilean pesos. Moreover, the caregivers have chronic pathologies, free time devoted to household chores, their family are the main support network, the hours which spent caring for the elderly are 17.25 hours, with a level of intense caregiver burden. The most caregivers felt safe in performing daily care activities for their family member. The relationship of the levels of overload with the socio-demographic variables studied (age, sex, daily hours of care, months of care, years of study, economic income) not shown correlation. In addition, our results shown that there is not correlation between the level of overload and the level of confidence in caregiving tasks.

Discussion and Conclusions: The results coincide with the local, national and international literature reviewed. The present document makes it possible to visibilize the relation between caregiver and person cared by updated data which strengthen community nursing and the model of integral health care with a family and community focus.

Key words: caregiver, elderly people, caregiver overworked.

3. INTRODUCCIÓN

La salud en nuestro país enfrenta nuevos desafíos debido al aumento en la esperanza de vida, situación que ha contribuido al envejecimiento de la población chilena. Una de las principales consecuencias de este cambio demográfico y epidemiológico en Chile es la modificación de la estructura poblacional. Según la encuesta CASEN 2017 existen 3.439.599 adultos mayores a nivel nacional, en la Región de los Ríos viven 79.586 personas mayores, siendo Chile el segundo país más envejecido de América Latina (1).

El aumento de enfermedades crónicas y degenerativas provoca una mayor prevalencia de discapacidad, limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia en el diario vivir de las personas mayores. En la región de los Ríos, según el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) hay 10.874 personas mayores dependientes (1).

Por la razón expuesta anteriormente se ha vuelto imprescindible tener un cuidador. El cuidador familiar al asumir esta responsabilidad durante un período prolongado de tiempo está expuesto a experimentar consecuencias que afectan directamente su salud física y mental 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 global (2).

Aunque existen programas de salud desde el año 2009 que se enfocan en el cuidado de la persona mayor con dependencia, en los últimos años ha cobrado relevancia la diada cuidador-persona cuidada y aún falta una mirada más amplia que incluya a todos los cuidadores familiares, debido al riesgo que conlleva para su salud tener una persona mayor a su cuidado.

El objetivo de la investigación es determinar los factores que influyen en el nivel de sobrecarga del cuidador familiar de una persona mayor con dependencia total y grave, inscritos en Centro de Salud familiar Externo Valdivia, en el año 2019.

El propósito del estudio es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores informales o familiares.

La motivación para la realización de este estudio se genera al estar en contacto con personas que ejercen el rol de cuidador durante la formación profesional, creemos necesario e indispensable visibilizar las necesidades de los cuidadores familiares, para que las autoridades sanitarias formulen nuevas estrategias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de estos cuidadores.

El estudio permitirá basar los cuidados del cuidador en la evidencia científica, conocer datos estadísticos para establecer estrategias en el equipo del CESFAM Externo Valdivia, sobre todo, implementar medidas preventivas para poder mejorar la calidad de vida del cuidador familiar.

4. MARCO TEÓRICO

El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (4). En el proceso de envejecimiento normal se producen cambios importantes sin alterar la funcionalidad de la vida diaria, cuando ocurren cambios debido a enfermedad se denomina envejecimiento patológico; estas enfermedades conllevan a la dependencia (5).

En las últimas décadas, Chile ha entrado en el proceso de transición demográfica, proceso propio de los países en vías de desarrollo, por esa razón el número de personas mayores aumenta y la población joven disminuye (6).

4.1 ADULTO MAYOR O PERSONA MAYOR

Los cambios en los estilos de vida y los cambios en el perfil socioeconómico, avances tecnológicos, médicos y preventivos en salud han llevado a una importante reducción en las tasas de la mortalidad; esto sumado a la disminución de la tasa de natalidad ha propiciado un envejecimiento demográfico y con esto, un aumento de la esperanza de vida, se estima que la esperanza de vida es de 75,8 años para los hombres y 82 años para las mujeres (6).

En Chile se considera que un sujeto es adulto mayor a los 65 años, sin embargo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera AM a los 60 años (4). En Chile hay 19,3% de adultos mayores del total de la población, en la Región de Los Ríos hay 21,4 % adultos mayores del total de la población según la encuesta CASEN 2017 (1); siendo Chile el segundo país más envejecido de América Latina.

Los adultos mayores tienen cambios propios de la edad a nivel físico, psicológico y biológico. Los cambios en su imagen corporal son visibles, como el cabello canoso, piel más arrugada y en cuanto a la actividad física, disminuyen los movimientos, hay dificultad de la marcha, pérdida del equilibrio, problemas en la visión, que los hace propensos a caídas (5).

A nivel biológico tiene una mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas no transmisibles, tienen más de una patología asociada con mayor riesgo de presentar descompensaciones debido a la baja adherencia al tratamiento, polifarmacia, disminución de habilidades mentales asociadas, estados depresivos, deterioro cognitivo leve y demencia (7). A medida que aumentan estos cambios, pierden más autonomía, capacidad que tiene todo ser humano de controlar su vida y el derecho de tomar decisiones en la vida diaria, limitando las actividades que solían realizar (5).

4.2 DEPENDENCIA

En el año 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en 1998 el Consejo de Europa, coinciden en una definición de dependencia, afirmando que corresponde a la necesidad de ayuda o asistencia relativamente importante para la realización de las actividades de la vida cotidiana, de manera más precisa, como un estado en el que se encuentran las personas, que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (5).

Existen herramientas para medir el grado de dependencia en aquellos adultos mayores que presentan pérdida de la funcionalidad y discapacidad psíquica, como el Índice de Barthel (8), que está incluido en el Programa de Atención Domiciliaria para el Dependiente Severo del Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile. El Índice de Barthel mide 10 parámetros de la vida diaria: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso de baño, trasladarse,

deambular, subir y bajar escalones, se le asignan puntajes de 0 a 10 pts. De acuerdo al puntaje obtenido las personas se pueden clasificar en los siguientes grados de dependencia: dependencia total (<20pts), grave (20-35pts), moderado (40-55pts), leve (>o igual a 60 pts.) e independiente (100 pts.).

Como estrategia sanitaria, el MINSAL creó el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, que comienza a ser ejecutado en el año 2006 en Establecimientos de Atención Primaria dependientes de los municipios y en aquellos que dependen directamente de los Servicios de Salud (8). Este programa está diseñado para personas que según el Índice de Barthel, posean algún grado de dependencia severa; sea esta física, psíquica o múltiple. Destaca el objetivo de dar una atención de calidad y con enfoque biopsicosocial en el domicilio del paciente y ser una fuente de apoyo efectiva para el cuidador, entregando herramientas para asumir de mejor manera el cuidado de la persona mayor, contando con un equipo multidisciplinario compuesto por diversos profesionales como enfermeras, técnicos paramédicos, entre otros (6).

4.3 CUIDADOR

El cuidador es la persona que se hace responsable de atender las necesidades diarias de la persona a su cuidado, en el caso de personas mayores dependientes este les proporciona el apoyo tanto físico como emocional (9).

La responsabilidad del cuidado de una persona ocurre de manera paulatina, se inicia acompañando a controles médicos, ayudando en la organización y administración de medicamentos, preparando la alimentación entre otros, a medida que la persona mayor va presentando más limitaciones no podrá realizar las actividades básicas de la vida diaria, es probable que necesite una persona que se encargue de su cuidado, que la asista en sus necesidades básicas, como comer, vestirse, movilizarse e higiene (5).

Los cuidadores informales son las personas que ejercen el cuidado sin remuneración ni hay un horario establecido, sin embargo, poseen un mayor compromiso ya que existe en la mayoría de los casos, una relación afectiva hacia la persona que recibe el cuidado. El cuidado informal es brindado principalmente por familiares (10).

Para realizar la labor de cuidar, la persona debe tener ciertas características propias que son importantes para el cuidado de una persona mayor, no solo tener cercanía o ser parte de la familia; debe tener una buena comunicación, disposición para el cuidado, disponibilidad de tiempo, ser una persona mentalmente positiva, tener competencias emocionales y actitudes necesarias para el buen cuidado. Estas competencias determinan cómo se relaciona consigo mismo y las personas de su entorno; el cuidador debe poseer una alta autoestima, confiar en sí mismo, tener empatía, habilidades de comunicación y no mirar su labor como una carga (11).

El cuidador debe encontrarse bien física y psicológicamente para ejercer el cuidado, el autocuidado es importante ya que no solo deben ejercer cuidado, también deben cuidarse ellos mismo para mantener una correcta atención a la persona que está a su cuidado. La paciencia es una virtud que deben tener todos los cuidadores, el tiempo, ser capaces de sobrellevar los problemas que pueden presentar en el camino. Se establece una conexión afectiva entre ambos y a medida que pasa el tiempo este vínculo crece más (11).

El perfil del cuidador se caracteriza por corresponder en su mayoría a familiares directos, principalmente esposas, hijas o nueras, la edad fluctúa entre los 45 y 65 años, son ellas quienes asumen el rol del cuidado principal. Un estudio realizado por un grupo de investigadores en la Región de los Ríos entre agosto y septiembre del 2010, a una población de 67 cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia severa, mostró que el perfil se caracterizaba por predominio del género femenino, mayoritariamente hijas, mayores de 45 años, bajos ingresos económicos, sin trabajo remunerado, el 59,7% presentaba sobrecarga intensa, 23,9% sobrecarga ligera y 16,4% no presentaba sobrecarga. Además, la mayoría de los cuidadores no contaban con personas que ayuden en el cuidado, sólo recibían ayuda de un familiar (2).

Los cuidadores frecuentemente ven afectado su estado de salud y su bienestar debido a la situación de estrés, de no sentirse capaz de afrontar la situación. El cuidado de las personas mayores no puede recaer sólo en un individuo, debe ser compartido con toda la familia, porque la carga y los costos que provoca son muy altos, y sólo se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa (2,12).

4.4 SOBRECARGA

Se denomina sobrecarga del cuidador a los diversos problemas que sufren las personas que cuidan a pacientes dependientes los cuales repercuten en el ámbito físico, psicológico y mental de estas; que con el tiempo afecta sus actividades de la vida cotidiana y sus relaciones familiares, con amistades, su intimidad, ocio y tiempo libre (5).

Esta sobrecarga puede ser de tipo objetivo y subjetivo, la sobrecarga de tipo objetiva se refiere a cuánto dinero o tiempo se invierte en el cuidado o cuando la persona se comienza a alejar de su círculo social o se presentan problemas en la conducta de este. La sobrecarga de tipo subjetivo es como se siente el propio cuidador sobre las demandas de tipo emocional que exige la persona cuidada o si este cuidado le está generando problemas en su vida diaria (5).

A medida que el adulto mayor aumenta su dependencia, genera una mayor demanda en el cuidador para realizar los diferentes cuidados entre los cuales son alimentación, aseo y confort, movilización, manejo de elementos invasivos, administración de medicamentos. El cuidador de un familiar con dependencia severa debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia, lo que puede llevar a la sobrecarga del cuidador (2).

Además, con el tiempo, llegan a un deterioro en sus funciones cognitivas, físicas, psicológicas y sociales que pueden afectar en la atención y el cuidado adecuado de la persona mayor como de la calidad de vida del cuidador (13). Es frecuente encontrar molestias físicas, cansancio, dificultad para conciliar el sueño, agotamiento, tendencia a la depresión. En el ámbito social, comienzan a disminuir sus actividades recreativas, menor contacto con sus amigos, hasta pueden repercutir en las relaciones interpersonales con sus familiares más cercanos. Pero cabe destacar que no todos los cuidadores llegan a presentar consecuencias negativas, hay casos en que las personas lo reciben de forma positiva, ya que ven su cuidado como una satisfacción de estar ayudando al adulto mayor de la mejor forma posible (14).

Las consecuencias de la sobrecarga del cuidador generadas por el agotamiento físico crónico y estrés emocional es la ruptura de la armonía de sus relaciones con su entorno y, sobre todo, con la persona mayor a su cuidado, caracterizándose por una actitud apática e indiferente y con un trato despersonalizado. Además, con un fuerte sentimiento de carga que se convierte

en un factor de riesgo para agresiones físicas, psicológicas o negligencia voluntaria e involuntaria hacia el anciano dependiente (14).

Otros tipos de violencia derivadas de la sobrecarga del cuidador es el abandono y la negligencia evidenciada en variados ámbitos, como es la falta de protección y cuidados físicos, como el descuido en la alimentación, atención médica, poca respuesta a las necesidades afectivas y estimulación cognitiva de la persona mayor (15).

Existen diversas escalas para medir la sobrecarga del cuidador, la Escala de Zarit permite evaluar la calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. Las preguntas de la escala son de tipo Likert, con 5 opciones: cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5: Nunca (1), Rara vez (2), Algunas veces (3), Bastantes veces (4), Casi siempre (5). Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Esta escala puede ser auto aplicada o aplicada por el profesional que realiza el control de la salud (16).

Este resultado clasifica al cuidador en:

- Ausencia de sobrecarga, requiere monitoreo, sobre todo ante aumento de los requerimientos de cuidado
- Estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa.
- El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

Fue validada en Chile entre marzo y junio de 2008 por Breinbauer et al. La muestra consideró 32 individuos; 22 pacientes pertenecientes a la atención domiciliaria a pacientes dependientes o postrados del Centro de Salud San Manuel de Melipilla y 10 individuos no pertenecientes a dicho programa, asistentes al mismo centro de salud. Como resultado destaca $\geq 0,75$ alto nivel de consistencia interna de según alfa de Cronbach (16).

4.5. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

La enfermera Callista Roy elaboró el Modelo de Adaptación de Roy (MAR), señala que cada persona tiene un nivel de adaptación para enfrentar una situación (17). En donde las respuestas adaptativas favorecen a la persona para lograr metas de supervivencia, crecimiento,

reproducción y dominio (18). Además, las personas utilizan estrategias para lograr esa adaptación mediante la integración del ser con el ambiente (19). Para lograr la adaptación en las diferentes etapas de la vida, la persona genera respuestas adaptativas realizando cambios producidos en su entorno mediante el afrontamiento según sus necesidades o intereses (20).

El MAR presenta el sistema de adaptación en las siguientes etapas: entrada (input), proceso de control (control process), efectores y salida (output). La entrada corresponde a los estímulos que son propios de la persona o provienen del entorno, de las cuales se clasifican en estímulos focales que son los factores que influyen de forma inmediata a la persona, estímulos contextuales son otros factores identificables que contribuyen a los efectos del estímulo focal, y los estímulos residuales son factores que tienen un efecto de forma indirecta con la situación actual. El proceso de control son los mecanismos de cómo se puede afrontar la situación, esto a través del mecanismo de regulación que son todas las respuestas del sistema neural, renal y nervioso, y el mecanismo cognitivo son las percepciones en el aprendizaje, juicio y emoción. Efectores y salida son las conductas que se generan a partir del mecanismo de regulación y los cognitivos, de las cuales se encuentran las psicológica, autoconcepto, función del rol e interdependencia con el fin de lograr la adaptación (17).

La teoría de rango medio del Estrés del Cuidador basada en el Modelo de Adaptación de Roy, se diseña para predecir el estrés del cuidador y sus resultados a partir de las características demográficas, la carga en el cuidado, eventos estresantes de la vida, apoyo social y roles sociales (17). Identifica como input el objetivo de la carga del cuidador, el estímulo contextual son los eventos estresantes de la vida, apoyo social y los roles sociales que tenga el cuidador, y como estímulo residual considera la raza, la edad, el género y la relación con la persona de cuidado. Los procesos de control son las percepciones, percepciones del estrés del cuidador, y la misma depresión del cuidador. Y la salida tiene relación con la función física, autoestima, satisfacción del rol de cuidador y la satisfacción marital (17).

En relación con el cuidador de la persona mayor, debe tener conocimiento de todos los cuidados necesarios y posibles complicaciones que pueda presentar el adulto mayor, para lograr una adaptación en el cuidado hacia éste. Y a su vez el cuidador debe tener redes de apoyo familiares y profesionales del área de la salud para un cuidado integral del adulto mayor como para el cuidador.

Los enfermeros/as encargados de realizar visitas domiciliarias deben detectar todas las necesidades de cuidado, tanto para el adulto mayor como al cuidador, logrando establecer y ayudar en el proceso de adaptación, alcanzando estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida de ambas personas, mediante una valoración integral y pesquisa precoz que permitan disminuir la sobrecarga del cuidador, ya que podría generar estrés al cuidador (17).

Según la teoría de rango medio, a mayor percepción del estrés el cuidador podría generar el funcionamiento deficiente, una baja autoestima, disfrutar menos los diferentes roles que presenta el cuidador y una menor satisfacción marital (17).

La teoría de Dorothea Orem ofrece un punto de partida a los profesionales de enfermería, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos y definiciones relacionadas con el cuidado de la persona, herramientas para brindar una atención de calidad(21).

Enfermería, desde sus inicios, se ha vinculado al arte de cuidar y dentro de los roles de la profesión está el de educación para fomentar el autocuidado con el fin de que las personas lleven una vida saludable, y que estas puedan optar por prácticas favorables para su salud. En el caso de los cuidadores de personas de adultos mayores dependientes graves y severos experimentan consecuencias negativas para su vida y su propia salud a partir de este rol y que están directamente relacionadas con el déficit de autocuidado. En este punto es muy importante la valoración y tomar en cuenta las condiciones en las que vive la persona (21).

Los profesionales de enfermería generan intervenciones en las cuales las personas aprenden y desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. El autocuidado requiere de conocimiento, habilidad y motivación. Cada una de las actividades que se realizan refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud. Para planificar estas intervenciones en pacientes es necesario tomar en cuenta las condiciones en las que vive la persona (21).

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero puede darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona

puede requerir ayuda, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería (21).

El apoyo educativo que entrega el profesional de enfermería regula el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado ayudando al paciente con orientación, enseñanza y consejo para que sea capaz de realizar su autocuidado. Es un elemento esencial para la práctica de enfermería, desarrollado por la misma enfermera para posteriormente promoverlo en las personas sujetos de su atención (22).

4.6 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Zavala (2008), analiza las necesidades crecientes de atención de las personas dependientes y las problemáticas que enfrentan diariamente los cuidadores familiares. Debido al alto costo de la atención de las personas con enfermedades crónicas, se hace necesario promover la atención domiciliaria a cargo de los familiares. Se evidenció que la mayoría de quienes asumen el rol de cuidadores eran mujeres (84%), en el rango de 40 a 52 años (23).

Muchos cuidadores familiares se ven obligados a dejar sus trabajos fuera del hogar o reducir su jornada laboral, ya que además de atender las necesidades de su familia (hijos o cónyuges) y sus propias necesidades, deben cuidar a su padre, madre u otro familiar dependiente y no siempre se asume que esta es una situación que se va a prolongar en el tiempo (23).

El cansancio en el desempeño de rol de cuidador puede influir en la capacidad de realizar las tareas de cuidar y provocar un estrés mantenido, que lo puede llevar a desarrollar patologías crónicas o depresión. Las principales necesidades evidenciadas en el estudio sobre los cuidadores son la falta de descanso, sobrecarga de trabajo, falta de conocimientos para cuidar y auto cuidarse, falta de apoyo, de ayuda y recursos económicos y la falta de preocupación de los equipos de salud de las que son objeto las cuidadoras (23).

En la ciudad española de Pontevedra, se realizó un estudio transversal descriptivo observacional con cuidadoras informales entre los años 2014 y 2015. En el estudio participaron 97 cuidadoras de diferentes centros de salud. Los datos fueron recogidos en el domicilio de los participantes, se recogieron datos socioeconómicos y patologías asociadas a la cuidadora,

limitaciones de la persona dependiente a cargo y se aplicó el cuestionario de Zarit abreviado para reducir el tiempo de entrevista (24).

Los resultados de este estudio evidenciaron que las cuidadoras eran mujeres (95%) y casi la mitad son hijas del dependiente. La media de edad es de 55 años, oscilando entre 24 a 82 años. El 82% de las cuidadoras presentaban enfermedades crónicas de las cuales se encontraban enfermedades músculo esqueléticas, seguidas por las psicológicas-psiquiátricas y cardiovasculares (24). Se encontró que las personas mayores dependientes eran mujeres de edad avanzada (88% tenían 65 años o más) y más de la mitad con enfermedad física y mental. El tiempo medio que las cuidadoras dedican a las atenciones del dependiente fue de 6 horas y 45 min diarios, de los cuales un 47% realizaba actividades básicas de la vida diaria de la persona mayor dependiente (24).

Las cuidadoras en un 44,3% de la muestra considera que nunca o casi nunca se sintió sobrecargada y un 28,9% a veces. Al aplicar la escala de carga del cuidador de Zarit se evidenció un 61,9% de las cuidadoras presentaba sobrecarga intensa (24).

En otro estudio realizado en la ciudad de Medellín se propone identificar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores y los factores asociados a este (25). Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, determinando la prevalencia de la sobrecarga en los cuidadores primarios de la población adulta mayor de Medellín para el año 2010. Para el cálculo del tamaño de muestra, se tomó como referencia 7.790 adultos mayores, con una prevalencia estimada de síndrome de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor del 30%, un error de muestreo del 5% y una confianza del 95%, obteniendo una muestra mínima de 310 (25). Se utilizó la técnica de la entrevista sobre la carga del cuidador primario, usando un instrumento tipo formulario con la escala de medición de Zarit, la cual se realizó vía telefónica. Por otra parte, para la medición del grado de dependencia del adulto mayor se usó la escala de Katz (25).

La prevalencia del síndrome de sobrecarga en el cuidador primario de adultos mayores en la ciudad de Medellín fue de 12,17% con intervalo de confianza 95%. Se observa que la mitad de los cuidadores con sobrecarga tenían 56,5 años o menos. La proporción de sobrecarga fue reportada con mayor frecuencia en las mujeres con un 81,6% (25). En relación con el nivel educativo del cuidador, la mayor proporción de sobrecarga se reportó en personas que tenían estudios de secundaria completa o incompleta con un 39,5%. Según el estrato socioeconómico,

la mayor frecuencia de sobrecarga se encontró en cuidadores de estratos bajo-bajo o bajo con el 55,3% (25).

En cuanto a la condición de salud del cuidador, se observó que los cuidadores con percepción de estado de salud regular o malo presentan un riesgo mayor de sobrecarga en comparación con los cuidadores con mejor estado de salud y el riesgo aumenta a medida que empeora la percepción (25). Al contrastar la prevalencia de sobrecarga del cuidador de acuerdo a la distribución por grupos de edad, se observa una mayor proporción en la percepción de sobrecarga en las personas de 65 a 74 años con un 18,8% (25).

Es importante resaltar que la funcionalidad del adulto mayor fue identificada en este estudio como un factor protector que reduce el riesgo de sobrecarga; se encontraron diferencias significativas en cuanto al número de horas diarias dedicadas al cuidado, cuyo promedio fue mayor para los cuidadores con sobrecarga con un tiempo promedio de 10,6 horas (25).

Es necesario destacar que la carga es percibida por los cuidadores de muy diferentes maneras, especialmente en función de cómo es definido ese rol de cuidador. Para algunos, la realización de tareas incluidas en el cuidado aparece como extremadamente estresantes; para otros, el cuidar es una experiencia emocional satisfactoria y una parte más de la vida vivida en común (25).

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que influyen en el nivel de sobrecarga del cuidador familiar de una persona mayor con dependencia total y grave, inscritos en Centros de Salud Familiar Externo de Valdivia, en el año 2019.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar sociodemográficamente a los cuidadores familiares de personas mayores con dependencia y la persona cuidada.
2. Establecer el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares.
3. Establecer el nivel de autoconfianza en los cuidados otorgado por los cuidadores familiares.
4. Relacionar el nivel de sobrecarga del cuidador con las variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, estado civil, antecedentes mórbidos, parentesco con la persona cuidada, años al cuidado, horas diarias dedicadas al cuidado, actividades recreativas, redes de apoyo presentes.
5. Relacionar el nivel de sobrecarga con las características de la persona cuidada.
6. Relacionar el nivel de sobrecarga con el nivel de autoconfianza en los cuidados otorgados.

5.3 HIPÓTESIS

Se plantean las siguientes hipótesis:

1. Los cuidadores familiares en su mayoría son mujeres, hijas, dueñas de casa que se dedican al cuidado por más de 15 horas diarias y presentan un nivel de sobrecarga intensa.
2. La persona cuidada es un adulto mayor sobre los 70 años, con múltiples patologías asociadas, con grado de dependencia total y grave.

3. Los cuidadores que llevan mayor tiempo realizando labores de cuidado presentan mayores niveles de sobrecarga, respecto de los que llevan menos tiempo.
4. El nivel de sobrecarga del cuidador tiene relación con el número de horas de cuidado al día e ingresos económicos.
5. A mayor tiempo de dependencia y edad de la persona cuidada se produce mayor nivel de sobrecarga en el cuidador.
6. A mayor nivel de sobrecarga, el nivel de autoconfianza en los cuidados otorgado por los cuidadores familiares es menor.

6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Investigación de tipo cuantitativa, analítica y transversal. Se enfocó en una investigación analítica, al intentar relacionar diversas variables de la población total de cuidadores que pueden influir en el nivel de sobrecarga, pesquisados a través de cuestionarios, aplicados a la totalidad de cuidadores familiares de personas mayores pertenecientes al programa de atención domiciliaria del CESFAM Externo Valdivia (26).

Al ser un estudio transversal, los datos se recolectaron en un solo momento con el propósito de describir variables y análisis de incidencia e interrelación en un momento dado, por lo tanto, no existirá un proceso de seguimiento, esto se llevó a cabo durante la visita domiciliaria realizada por el equipo investigador de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio fue el total de cuidadores inscritos en el programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa del CESFAM Externo Valdivia, durante los meses de agosto a septiembre de 2019.

6.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Se consideró unidad de análisis a cada uno de los cuidadores familiares de persona mayor que cumplieron con los criterios de inclusión, que estaban adscritas al CESFAM Externo Valdivia en el programa de atención domiciliaria para pacientes con dependencia severa.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser cuidador familiar o informal de persona mayor con dependencia grave y severa adscritos al Programa de Atención Domiciliaria para pacientes con dependencia severa.
- Poseer algún vínculo de parentesco o amistad con el receptor de sus cuidados.
- Cuidadores que no reciban remuneración por el desempeño del rol.
- Cuidadores sin límite de tiempo en rol.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Negarse a participar del estudio.
- Cuidador que fallece durante el estudio.
- Persona cuidada que fallece.
- Cuidador con alteración o limitación cognitiva.
- Cuidadores cuya dirección no es localizada.

6.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para lograr llevar a cabo este estudio, se realizó una visita domiciliaria efectuada por los investigadores al total de los cuidadores seleccionados, de una duración de 40 minutos aproximadamente, previo consentimiento informado (ANEXO 1).

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron: cuestionario de perfil sociodemográfico del cuidador y del adulto mayor (ANEXO 2) de elaboración propia, cuestionario de confianza del cuidador elaborado por Jaramillo, Rivas y Troncoso (2013) (ANEXO 3), Índice de Barthel (ANEXO 4) y escala de carga del cuidador de Zarit(ANEXO 5).

6.6.1 Cuestionario de perfil sociodemográfico del cuidador

Son 15 preguntas dirigidas a los cuidadores de persona mayor que recolecta datos sociodemográficos que incluye edad, sexo, estado civil, escolaridad, años de estudio, ocupación, ingresos económicos familiares, antecedentes mórbidos, grado de dependencia del adulto

mayor, parentesco con la persona mayor, años de cuidado, horas al día que se dedica al cuidado, uso de su tiempo libre, redes de apoyo y nivel de sobrecarga del cuidador.

6.6.2 Cuestionario de perfil sociodemográfico del adulto mayor

Son 5 preguntas al cuidador sobre los datos de la persona cuidada que incluye edad, sexo, estado civil, antecedentes mórbidos, tiempo con dependencia.

6.6.3 Índice de Barthel

Se utilizó para medir el grado de dependencia en aquellos adultos mayores que presenten pérdida de la funcionalidad, discapacidad psíquica (8). Mide 10 parámetros: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso de baño, trasladarse, deambular, subir y bajar escalones, se le asignan puntajes de 0 a 15 pts. Los resultados se clasifican en: Grado de dependencia total (<20 pts.), grave (20-35 pts.), moderado (40-55 pts.), leve (> o igual a 60 pts.) e independiente (100 pts.).

En Chile se utiliza esta escala en la versión propuesta por Shah et al., que incluye las 10 actividades que asignan puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos. Esto genera un aumento de la sensibilidad de la medida sin añadir complicaciones adicionales en su administración. Además, una alta validez de constructo al comparar con otras mediciones, y predictiva al evaluar resultados de intervención, ya que es un buen predictor de mortalidad, respuesta a rehabilitación y de riesgo de caída. Tiene una alta confiabilidad entre e inter observador su Índice de Kappa entre 0,47 y 1,00 interobservador es moderado a sustancial y el Índice de Kappa entre 0,84 y 0,97 intraobservador es sustancial (27, 28).

6.6.4 Cuestionario de confianza del cuidador

Es un cuestionario tipo Likert de once ítems sobre la percepción de confianza del cuidador familiar para ejercer el cuidado (29). Elaborado y ejecutado en tesis de pregrado llamada “Percepción de confianza para ejercer el cuidado, en cuidadores pertenecientes al programa de apoyo al cuidador, de los CESFAM de Valdivia, durante primer semestre 2013” de las autoras Polette Jaramillo, Anne-Marie Rivas y Nicole Troncoso. Las respuestas son: totalmente seguro (a), seguro(a), ni seguro ni inseguro(a), inseguro(a), totalmente inseguro(a).

6.6.5 Escala de carga del cuidador de Zarit

Permite evaluar la calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. Las preguntas de la escala son tipo Likert, con 5 opciones: Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5: Nunca (1), Rara vez (2), Algunas veces (3), Bastantes veces (4), Casi siempre (5). Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos.

Este resultado clasifica al cuidador en:

- Ausencia de sobrecarga (≤ 46 pts.), requiere monitoreo, sobre todo ante aumento de los requerimientos de cuidado.
- Estado de sobrecarga ligera (47-55 pts.) se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa.
- Estado de sobrecarga intensa (≥ 56 pts.) se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

Fue validada en Chile entre marzo y junio de 2008 por Breinbauer et al. La muestra consideró 32 individuos; 22 pacientes pertenecientes a la atención domiciliaria a pacientes dependientes o postrados del Centro de Salud San Manuel de Melipilla y 10 individuos no pertenecientes a dicho programa, asistentes al mismo centro de salud. Como resultado destaca $\geq 0,75$ alto nivel de consistencia interna de según alfa de Cronbach (16).

6.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS

6.7.1 Procesamiento de los datos

Se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2010 para tabular las variables sociodemográficas de los cuidadores como: edad, sexo, estado civil, condición socioeconómica, ocupación, escolaridad, años de cuidado, horas diarias dedicadas al cuidado, antecedentes mórbidos, parentesco con la persona mayor, actividades recreativas, etc. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0, que permitió realizar medidas de tendencia central, pruebas paramétricas y no paramétricas, para relacionar variables (30).

Se realizó la Prueba de Kolmogorov-Smimov, para determinar si las variables numéricas se distribuyen normalmente, dio como resultado que las variables que se distribuye normalmente son: edad, puntaje de nivel sobrecarga y edad del AM. Las variables que no se distribuyen normalmente son: años de estudio, ingresos económicos, meses al cuidado, horas diarias de cuidado, puntaje de nivel confianza, puntaje de nivel dependencia, tiempo dependencia meses AM.

Para establecer la relación entre variables numéricas se aplicaron las pruebas de Correlación de Pearson para variables que se distribuyeron con normalidad y Correlación de Spearman para variables que no se distribuyeron normalmente, pruebas de T Student para variables categórica y numérica y ANOVA para variable categórica y numérica.

6.7.2 Clasificación de variables:

A cada variable se le asignó un valor numérico o signos que tienen un significado en común lo cual es necesario para el análisis cuantitativo (26).

En el análisis cuantitativo se realizó una medición nominal en este nivel hay dos o más categorías de la variable, no tienen orden ni jerarquía, consistió en clasificar los objetos según las categorías de una variable. Y las variables ordinales presentan un orden en sus categorías. Para elaborar estas escalas se precisó categorizar cada una de las variables, asignándoles números a las definiciones operacionales (26).

Variables Persona mayor:

Variables cuantitativas continuas	Definición nominal	Definición operacional
Edad	Tiempo de vida de un individuo	Años
Tiempo con dependencia	Años en estado de dependencia	Años

Variables cualitativas nominales	Definición nominal	Definición operacional
Sexo	Condición física y biológica de la persona	Masculino Femenino
Estado civil	Condición de una persona según registro civil o circunstancias personales	Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Antecedentes mórbidos	Estado de salud de la persona mayor	Diabetes Hipertensión Dislipidemia Hipotiroidismos Otros

Variables Cuidador familiar:

Variables cuantitativas continuas	Definición nominal	Definición operacional
Edad	Tiempo de vida de un individuo	Años
Escolaridad	Años de estudio alcanzado por el cuidador	Años
Años de estudio	Años de estudio alcanzado	Años
Ingresos económicos familiares	Remuneración por oficio	Pesos chilenos.
Años al cuidado	Tiempo el cual ha ejercido el cuidado a persona mayor	Años
Horas que dedica al cuidado	Tiempo en el día que ejerce el cuidado	Horas
Carga del cuidador	Puntaje obtenido en Escala de carga del cuidador Zarit	0-110 Pts.

Variables cualitativas nominales	Definición nominal	Definición operacional
Sexo	Condición física y biológica de la persona	Masculino Femenino
Estado civil	Condición de una persona según registro civil o circunstancias personales	Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otros.
Parentesco con la persona mayor	Vínculo con la persona mayor	Esposo(a) Hijo(a) Nieto(a) Sobrino(a) Hermano(a) Otro
Antecedentes mórbidos	Estado de salud del cuidador principal	Diabetes Hipertensión Dislipidemia Hipotiroidismo Otros
Ocupación	Oficio o condición del cuidador familiar	Dueño(a) de casa Cesante Trabajador dependiente Trabajador Independiente Jubilado(a)
Uso de su tiempo libre	Realización de actividades en horario libre	Deporte Labores domésticas Estudio Recreación Actividades sociales Ninguna
Redes de apoyo	Percepción de ayuda del cuidador	Familiares Vecinos CESFAM Instituciones

Variable cualitativa Ordinal	Definición nominal	Definición operacional
Grado de dependencia	La falta o la pérdida de autonomía física, psíquica e intelectual que tiene la necesidad de asistencia a fin de realizar las actividades de la vida diaria.	Independiente Dependencia leve Dependencia total Dependencia Grave
Nivel de sobrecarga	Condición del cuidador mediante escala Zarit.	Ausencia de sobrecarga Sobrecarga ligera Sobrecarga intensa
Nivel de confianza	Percepción del cuidador sobre la capacidad de ejercer bien el cuidado.	Totalmente seguro (a) Seguro(a) Ni seguro ni inseguro(a) Inseguro(a) Totalmente inseguro (a)

6.8 RIGOR ÉTICO

El rigor ético en esta investigación se basó en los 7 requisitos éticos de Ezequiel Emanuel los cuales son los siguientes:

Valor: La investigación debe evaluar una intervención que conduzca a mejoras en la salud o al bienestar de la población como es en este caso el promover mejoras en la salud de la diáda cuidador-adulto mayor, por lo cual tiene una importancia social.

Validez científica: Para que una investigación clínica sea ética la metodología científica tiene que ser válida. Es decir, la investigación tiene que tener un objetivo claro, estar diseñada usando métodos y prácticas aceptadas, poder llevar a cabo el objetivo, un plan de análisis de datos verosímil, ser prácticamente realizable y llegar a conclusiones válidas con la menor exposición de los sujetos.

Selección equitativa del sujeto: La identificación y selección de los sujetos potenciales, que participarán en una investigación deben ser equitativas en cuanto a la distribución de cargas y

beneficios por este motivo se elegirán a los participantes de forma aleatoria. Esta selección equitativa de sujetos toma en cuenta que los resultados de la investigación son de valor significativo para los participantes.

Proporción favorable de riesgo-beneficio: La investigación en sujetos humanos puede implicar considerables riesgos y beneficios. La investigación solo se puede justificar cuando:

- Los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan.
- Los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximizan.
- Los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos asumidos.

Evaluación independiente: Los investigadores pueden tener un potencial de conflicto de intereses por este motivo la investigación es revisada por investigadores apropiados que no estén afiliados al estudio y que tengan autoridad para aprobar, enmendar o, en casos extremos, cancelar la investigación.

Consentimiento informado: en el cual es necesario informar sobre la finalidad, riesgos, beneficios y alternativas a la investigación, para que el sujeto tenga los suficientes elementos de juicio para tomar su decisión.

Respeto por los sujetos inscritos: el respeto incluye permitir al sujeto cambiar de opinión a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses y a retirarse sin sanción en cualquier momento; se respetará la confidencialidad ya que no se expondrá información personal de los participantes, durante el transcurso de la investigación clínica se pueden obtener nuevos datos u otros riesgos-beneficios y es necesario que a los sujetos de investigación se les proporcione esta nueva información (31).

6.9 RIGOR METODOLÓGICO

El rigor metodológico con el cual se realiza una investigación determina la calidad de esta y este se debe garantizar y evaluar antes de utilizar los resultados de los estudios. Los estándares de calidad para los estudios cuantitativos están muy definidos y son conocidos universalmente. Estos criterios son: confiabilidad, muestra y validez.

La confiabilidad se garantizó a través de la obtención de una muestra que cumple los criterios de representatividad, precisión y tamaño muestral. Se realizó de forma aleatoria con el fin de no privilegiar a ningún participante en la selección de ésta, lo que genera confiabilidad en la investigación. La validez de la investigación se alcanzó a través de la utilización de programas estadísticos y pautas regidas actualmente en Chile (32).

7. RESULTADOS

La población de estudio fue el total de cuidadores inscritos en el programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa del CESFAM Externo Valdivia, 111 personas mayores, de las cuales 13 no aceptaron participar del estudio, 2 fallecieron durante el estudio, 5 no se encontró el domicilio, 6 correspondía a cuidadores remunerados, 2 cuidadores estaban hospitalizados y dos cuidadores cambiaron de ciudad. Por lo que la población final de estudio fue de 83 cuidadores familiares de personas mayores que cumplieron con los criterios de inclusión.

7.1 PERFIL DE LOS CUIDADORES FAMILIARES

El perfil de los cuidadores corresponde mayoritariamente a mujeres (83,1%), con una media de edad de 60,2 años, la mediana de 60 y moda de 56 años, con una edad mínima de 25 años y máxima de 92. En relación con el estado civil de los cuidadores, el 50,6%; de los cuidadores se encontraban casadas/os, un 34,9 % solteros/as, el 4,8% separados y viudos y el 3,6% eran divorciados. Respecto al parentesco de los cuidadores con el adulto mayor, el 56,6 % de los cuidadores eran hijos/as y el 25,3% esposas/os de la persona mayor (Tabla N°1).

Poseen una media de escolaridad de 9,96 años, con una mediana de 11 años y moda de 12 años. El 32,5% de los cuidadores tiene enseñanza media completa, 20,5% enseñanza básica incompleta, 15,7% enseñanza media incompleta, 12,0% enseñanza básica completa, 10,8 % y 8,4% de los cuidadores tiene estudios superiores incompleta y completa, respectivamente (Tabla N°1). La mayoría de los cuidadores de pacientes postrados eran dueña/o de casa (55,4%), un 15,7% son jubilados, continuando con un 14,5% trabajadores dependientes, el 9,6% son trabajadores independientes, 3.6% son estudiantes y el 1,2% son cesantes. La media de ingreso familiar es de \$344.578, la moda de \$300.000, con un ingreso mínimo familiar de \$94.000 e ingreso máximo fue de \$1.300.000 (Tabla N°2).

Según los antecedentes mórbidos de los cuidadores de personas mayores el 36,1% no presenta antecedentes mórbidos, el 63,9% tiene patologías crónicas, siendo hipertensión arterial

la más frecuente (38,6%), seguida por dislipidemia (14,4%). Respecto al tiempo libre de los cuidadores, se encontró que el 27,7% no tenían tiempo libre, 38,6% realizaban labores domésticas y solo un 8,4% realizaban deportes. El 88% de los cuidadores identificó a los mismos familiares como la principal red de apoyo, el 62,7% sólo identificó a los familiares, el 25,3% identificó una amplia red de apoyo que incluye familia, vecinos y CESFAM y el 7,2% de los cuidadores no contaban con redes de apoyo. Respecto a las horas destinadas al cuidado del adulto mayor, destaca una media de 17,25 horas y una mediana de 17,0 horas. Con una mínima de 6 horas asignada al cuidado versus una máxima de 24 horas. La moda fue de 24 horas (Tabla N°2).

TABLA N°1 Perfil del cuidador

Caracterización Cuidador	Ítems	%	Media	Moda	Mediana	DS	Mínimo - máximo
Sexo	Femenino	83,1					
	Masculino	16,9					
Edad	25-35	6,0	60,20	56,0	60,0	13,05	25,0-92,0
	36-45	3,6					
	46-55	18,1					
	56-65	43,4					
	66-75	20,5					
	76-85	4,8					
	86-95	3,6					
Estado civil	Soltero	34,9					
	Casado	50,6					
	Separado	4,8					
	Divorciado	3,6					
	Viudo	4,8					
	Otro	1,2					
Nivel de escolaridad / años	Básica incompleta	20,5	9,96 a	12 a	11,0 a	4,22 a	0,0-17,0 a
	Básica completa	12,0					
	Media incompleta	15,7					
	Media completa	32,5					
	Universitario incompleto	10,8					
	Universitaria completa	8,4					

TABLA N°2 Perfil del cuidador

Caracterización Cuidador	Ítems	%	Media	Moda	Mediana	DS	Mínimo - máximo
Ocupación	Dueña de casa	55,4					
	Cesante	1,2					
	Trabajador dependiente	14,5					
	Trabajador independiente	9,6					
	Jubilado	15,7					
	Estudiante	3,6					
Ingreso económico familiar	Pesos		344.578	300.000	300.000	199.304	94.000-1.300.000
Grado de parentesco	Esposo/a	25,3					
	Hijo/a	56,6					
	Hermano/a	2,4					
	Nuera	2,4					
	Tía/o	1,2					
	Vecino/a	2,4					
	Nieto/a	4,8					
	Sobrino/a	3,6					
Madre	1,2						
Uso del tiempo libre	Deporte	8,4					
	Labores domesticas	38,6					
	Estudio	2,4					
	Recreación	7,2					
	Actividades sociales	2,4					
	Ninguna	27,7					
	Iglesia	1,2					
	Deportes y act sociales	3,6					
	Labores domésticas y act sociales	4,8					
	Labores domésticas y recreación	2,4					
	Red de apoyo	Sin redes	7,2				
Familiares		62,7					

	Vecinos	2,4					
	CESFAM	2,4					
	Familia, vecinos y CESFAM	25,3					
Horas al cuidado	Horas diarias	17,25	24,0	17,0	5,46	5,0-24,0	

7.2 PERFIL DE LA PERSONA CUIDADA

El perfil de la persona mayor cuidada se caracterizó por un predominio femenino (69,9%), con una media de edad de 83,4 años, la mediana de 86 años y moda de 88 años, con una edad mínima de 60 años y máxima de 104 años.

Según el grado de dependencia de la persona mayor, el 54,2 % presentó dependencia total y el 40,9 % se encontraba con dependencia grave. Respecto al tiempo de dependencia en meses de la persona cuidada, se obtuvo una media de 83,03 meses (6 años y 9 meses aproximadamente) al cuidado, la mediana de 48 meses (4 años) y moda de 24 meses (2 años), con un tiempo mínimo de dependencia de 2 meses y una máxima de 360 meses (30 años) (Tabla N°3).

Según los antecedentes mórbidos, el total de los adultos mayores presentaban enfermedades asociadas de las cuales se destaca hipertensión (55,4%) y un 33,7% presentaban artrosis, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal.

TABLA N°3: Perfil de la persona cuidada

Caracterización Persona Mayor	Ítems	%	Media	Moda	Mediana	DS	Mínimo- máximo
Sexo	Femenino	69,9					
	Masculino	30,1					
Edad	Años		83,4	88	86	9,90	60-104
Grado de dependencia	Total	54,2					
	Grave	40,9					
Tiempo de dependencia	Meses		83,03	24	48	76,45	2-360

TABLA N°4: Nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares.

Nivel de sobrecarga	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	n	%
Ausencia de sobrecarga	14	20,3	4	28,6	18	21,7
Sobrecarga ligera	17	24,6	4	28,6	21	25,3
Sobrecarga intensa	38	55,1	6	42,9	44	53,0
Total	69	100,0	14	100,0	83	100,0

Respecto al nivel de sobrecarga del cuidador de la persona mayor, el 53,0% presentó sobrecarga intensa, 25,3% obtuvo sobrecarga ligera y 21,7% presentó ausencia sobrecarga. Respecto al sexo, sólo en la categoría de sobrecarga intensa hubo predominio del sexo femenino (55,1%), en las otras dos categorías hubo leve predominio del sexo masculino (Tabla N°4).

En relación con el puntaje global de la escala de carga del cuidador de Zarit que va de 0 a 110 puntos, se evidenció una media de 54,9 puntos, una mediana de 57,0 puntos y moda de 61,0 puntos respectivamente, con un puntaje mínimo de 27 puntos y un puntaje máximo de 81 puntos.

Dentro de los aspectos que se evidenciaron al aplicar la escala de Zarit fueron:

Consecuencias que generan en el cuidador: lo manifestaban bastante seguido o casi siempre en falta de tiempo libre, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control de su vida, deterioro de la salud.

Creencias y expectativas sobre la capacidad para cuidar: lo manifestaban a veces o casi nunca en deseo de delegar el cuidado en otros, sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar o sentimientos de indecisión acerca del cuidado.

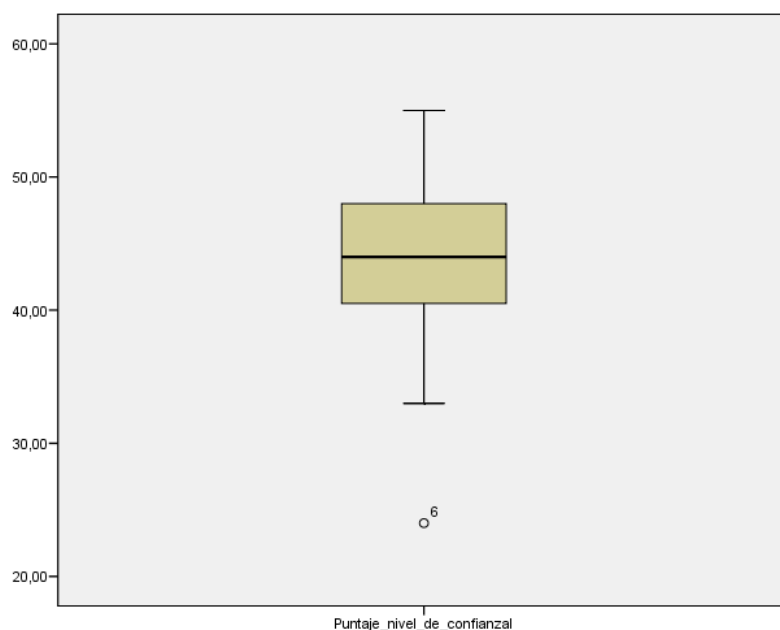
Relación del cuidador con la persona mayor: refleja creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar al adulto mayor, el deber de hacerlo, la falta de recursos económicos para poder cuidar a su familiar adecuadamente o la expectativa de no poder seguir prestando los cuidados por mucho más tiempo lo manifestaban bastantes veces o casi siempre.

7.3 NIVEL DE AUTOCONFIANZA EN LOS CUIDADOS OTORGADOS

El Cuestionario de Confianza del Cuidador no tiene puntos de corte para establecer niveles, por lo que se utilizaron estadísticos de posición, así, el gráfico de Tukey muestra que la mayoría de los valores obtenidos del nivel de autoconfianza del cuidador están agrupados muy cercanos a la mediana que corresponde a 44 puntos (Q_2). Es decir, la mayoría de los cuidadores se sintieron seguros al realizar actividades de cuidado diarias a su familiar. Se observa un puntaje mínimo de 36 y un máximo de 55 puntos, también aparece 24 puntos como dato anómalo y no es considerado en el diagrama.

Diagrama N°1: Distribución del puntaje de confianza del cuidador.

Puntaje_nivel_de_confianza



7.4 RELACION DEL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Para determinar si existe correlación entre nivel de sobrecarga y variables: horas diarias al cuidado, meses al cuidado, años de estudio e ingresos económicos se realizó el coeficiente de

correlación de Spearman. Respecto a la hipótesis, los cuidadores que llevan mayor tiempo realizando labores de cuidado presentan mayores niveles de sobrecarga, respecto de los que llevan menos tiempo, se puede afirmar que la asociación no es significativa ($p=0,737$).

Respecto a las hipótesis, el nivel de sobrecarga del cuidador tiene relación con las horas diarias dedicadas al cuidado y a ingresos económicos, se demostró que no existe correlación estadísticamente significativa entre el nivel de sobrecarga con las variables antes mencionadas ($p= 0,217$ y $0,417$ respectivamente) (Tabla N°5).

TABLA N°5: Correlación de nivel de sobrecarga del cuidador y variables numéricas; horas al cuidado, meses al cuidado, ingreso económico y años de estudio.

		Nivel de sobrecarga	Horas al cuidado	Meses al cuidado	Ingreso económico
Horas al cuidado	Coef, Correl. Sig. (bilateral)	-,137 ,217			
Meses al cuidado	Coef, Correl. Sig. (bilateral)	,037 ,737	,126 ,256		
Ingreso económico	Coef, Correl. Sig. (bilateral)	-,090 ,417	-,127 ,252	-,210 ,056	
Años de cuidado	Coef, Correl. Sig. (bilateral)	-,015 ,893	,188 ,088	,000 ,998	,389(**) ,000

TABLA N°6: Distribución de las redes de apoyo de los cuidadores

Redes de apoyo	N	%
Sin redes	6	7,2
Familiares	52	63
Varias	21	25
Vecinos	2	2,4
CESFAM	2	2,4

Para ver la relación entre las variables puntaje de sobrecarga y redes de apoyo, se realizó prueba ANOVA que analiza las varianzas, demostró que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables ($p= 0,412$).

Las variables sexo y edad del cuidador no tienen una relación estadísticamente significativa con el nivel de sobrecarga del cuidador.

7.5 RELACION DEL NIVEL DE SOBRECARGA CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA CUIDADA

Respecto a hipótesis planteada que, a mayor tiempo de dependencia y edad de la persona cuidada, se produce mayor nivel de sobrecarga en el cuidador, al utilizar el estadístico Coeficiente de Correlación de Spearman, se determinó que no existe correlación entre nivel de sobrecarga y las características de la persona cuidada: edad de la persona cuidada ($p=0,564$), tiempo de dependencia ($p= 0,752$).

7.6 RELACION DEL NIVEL DE SOBRECARGA CON EL NIVEL DE AUTOCONFIANZA EN LOS CUIDADOS OTORGADOS

De igual manera se utilizó el estadístico coeficiente de Correlación de Spearman que demostró que no existe correlación entre nivel de sobrecarga con el nivel de confianza en las tareas de cuidado ($p= 0,66$).

8. DISCUSION

En el estudio se encontró que los cuidados a personas mayores con dependencia funcional total y grave continúan siendo otorgados mayoritariamente por mujeres (83,1%), con una media de edad de 60.2 años, el cual aumento dos años en comparación al año 2010 en Valdivia (2). Un 50,6 % son hijas de la persona mayor, datos similares a los presentados en otras investigaciones con un 56.6% (2,6,14,24,25,29), reflejando que en nuestra sociedad se mantiene aún la imagen de la mujer como proveedora de cuidados y de labores domésticas dentro del núcleo familiar, manteniéndose los patrones culturales imperantes en nuestra sociedad.

La escolaridad de los cuidadores obtuvo una media de 9.96 años de escolaridad equivalente a enseñanza básica completa y media incompleta, un 32,5% posee enseñanza media completa, estos resultados difieren de investigaciones en las que el número de años y el nivel educacional es más bajo (14,29), pero a la vez, se contraponen notoriamente con un estudio realizado en Perú que destaca que el 73.6% de los cuidadores presentan estudios superiores completos (13).

Respecto a la ocupación de los cuidadores, el 55,4% son dueñas de casa, labor no remunerada en Chile, igual situación encontrada en diferentes estudios revisados (2,14,29). Esto se relaciona por la alta demanda de cuidados por parte del adulto mayor y la gran carga horaria que esto conlleva, en el estudio se evidencia que dedican en promedio 17 horas diarias de cuidado, lo que no les permite desarrollar actividades remuneradas fuera del hogar y además realizar actividades recreativas y/o esparcimiento. Porque, además de cuidar a su familiar, deben atender las necesidades del resto de los integrantes de la familia y sus propias necesidades (23).

El grupo familiar se caracteriza por ser de un nivel económico bajo, con una media de ingreso familiar de \$344.578, la mayoría de estos ingresos es por jubilación del cuidador, pensión de invalidez de la persona cuidada y/o apoyo económico que entrega el Ministerio de Desarrollo Social mediante estipendio. Estos resultados difieren de los encontrados en estudios anteriores realizados en la ciudad de Valdivia, en los que se describía un ingreso promedio mensual de \$ 72.000 el año 2012 (2) y el 77,0% de los cuidadores presentaba un ingreso familiar entre \$100.000 a \$250.000 el año 2013 (29), observándose una variación importante en 7 años.

Lo que coincide con las pensiones básicas solidarias reajustadas el año 2019 las cuales corresponden a \$ 110.201 y pensiones de invalidez que corresponden a \$138.585 las cuales sufren pequeñas modificaciones según la edad del adulto mayor en cuestión.

Según los antecedentes mórbidos de los cuidadores de personas mayores el 36,1% no presenta antecedentes mórbidos y el 63,9% tiene patologías crónicas. Estos resultados son similares al estudio efectuado por Jaramillo et al, en la ciudad de Valdivia que identificó un 41,7 % de los cuidadores no presentaba patologías asociadas y el 58,3 % con antecedentes mórbidos que destacaba hipertensión arterial con un 15 % seguidas por hipertiroidismo e hipotiroidismo y depresión (29). Pero en la investigación realizada en la ciudad de Pontevedra, España se observó que el 82,0% de los cuidadores presentaba antecedentes mórbidos que dominaban las enfermedades musculo esqueléticas seguidas por las psicológicas, psiquiátricas y cardiovasculares (24). Según la Encuesta de Salud Nacional de Salud 2016-2017 identificó que la población mayor a 65 años presenta un 73% con hipertensión arterial, 30,6% diabetes mellitus, 10,0% infarto agudo al miocardio y un 8,2% ataque cerebro vascular (ACV) o trombosis cerebral (33).

La familia continúa siendo la principal red de apoyo de los cuidadores, el 62,7% tenía como única red de apoyo los familiares y el 7,2% de los cuidadores no contaban con redes de apoyo, menor que lo referido en un estudio previo realizado en la misma ciudad, donde el 22% refirió no contar con personas que le ayuden en el rol de cuidar, sin embargo, en este estudio sólo el 23,3% reconoció al centro de salud familiar dentro de los apoyos, observándose una gran diferencia con lo encontrado el año 2012, donde el 93,5% lo reconoció como red de apoyo (2).

El nivel de sobrecarga que evidencian los cuidadores de personas mayores con dependencia es muy variado. En el estudio se encontró que el 53,0% presentó sobrecarga intensa, cifra menor que la informada en el año 2012, de 59,7% (2), cifras que sólo se asemejan al 61,9 % encontrado por Rodríguez et al, el año 2017 en España (24). Sin embargo, existen estudios que discrepan a los resultados obtenidos en esta investigación, en Perú se realizaron dos estudios en los que la frecuencia de sobrecarga intensa fue sólo de 6,5% (13) y 29,7% (14). También se encontró un 12,17% (25), en términos porcentuales la sobrecarga intensa es más frecuente en mujeres (25).

Respecto a la relación de los niveles de sobrecarga con las variables sociodemográficas estudiadas (edad, sexo, horas diarias al cuidado, meses al cuidado, años de estudio, ingresos

económicos), no se encontró correlación estadísticamente significativa, esto es similar a lo encontrado en diversos estudios (2,6,25). Sin embargo, en el estudio por Carona et al, el año 2013 en la ciudad de Medellín, Colombia se encontró que el número de horas diarias que el cuidador dedica al adulto mayor se relaciona con un mayor nivel de sobrecarga ($p = 0,001$) (25).

El perfil de la persona mayor cuidada se caracterizó un predominio femenino (69,9%), con una media de edad de 83,4 años, con una edad mínima de 60 años y máxima de 104 años, que concuerda con las investigaciones (6, 14), en el Censo del año 2002 en Chile se evidenció una mayor expectativa de vida para las mujeres y una mayor mortalidad en los hombres, acentuándose esta realidad en el grupo etario mayor de 65 años.

El estudio incluyó a personas mayores con dependencia, el 54,2 % presentó dependencia total y el 40,9 % se encontraba con dependencia grave, según los antecedentes mórbidos el total de los adultos mayores presentaban enfermedades asociadas de las cuales se destaca hipertensión (55,4%) y un 33,7% presentaban artrosis, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal y que concuerda con antecedentes mórbidos detallados en el estudio de Muñoz et al, el año 2015 (6).

Respecto a la relación entre nivel de sobrecarga y las características de la persona cuidada: edad de la persona cuidada ($p=0,564$), tiempo de dependencia ($p= 0,752$) se determinó que no existe correlación estadísticamente significativa. Con un estudio realizado por Flores et al, en Valdivia en los que se expuso que la variable sobrecarga del cuidador no presenta correlación con las variables sociodemográficas (2).

Otra de las variables estudiadas fue el nivel de confianza en las tareas de cuidado, se encontró que no existe correlación entre nivel de sobrecarga con el nivel de confianza en las tareas de cuidado ($p= 0,66$), esto coincide con el estudio efectuado por Jaramillo et al, en la ciudad de Valdivia (29).

9. CONCLUSIONES

El estudio permitió aportar evidencia de la situación actual de cuidadores de personas mayores con dependencia total y grave en la ciudad de Valdivia, las necesidades de cuidados para prevenir y tratar el síndrome del cuidador a quienes dan cuidados domiciliarios a sus seres queridos.

Se ratificó el perfil sociodemográfico del cuidador descrito en estudios previos, mostró predominio del género femenino, edad promedio de 60.2 años, hijos/as de la persona dependiente. Además, los cuidadores también son personas mayores, que presentan patologías crónicas, dedican el tiempo libre a tareas domésticas y la familia continúa siendo la principal red de apoyo. Se corroboró que la sobrecarga del cuidador no tiene relación con variables sociodemográficas (edad, sexo, horas diarias de atención, meses de atención, años de estudio, ingresos económicos). Además, los resultados mostraron que no existe una correlación entre el nivel de sobrecarga y el nivel de confianza en las tareas de cuidado.

Nuestro país está viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico de su población debido a un aumento de la expectativa de vida y la disminución de la tasa de natalidad. Por lo tanto, existe una mayor dependencia de los adultos mayores y una mayor necesidad de cuidadores.

El presente documento permite visibilizar la diada cuidador- persona cuidada, con datos actualizados y reales, para fortalecer el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario, que tiene como prioridad proporcionar a los cuidadores familiares las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con dependencia.

Es importante para el profesional de enfermería conocer esta problemática y las necesidades de los cuidadores y los adultos mayores. Es esencial identificar el nivel de sobrecarga de los cuidadores para lograr la pesquisa oportuna del Síndrome del Cuidador, se requiere reforzar los equipos de salud, puesto que la sobrecarga es multidimensional por lo que

debe ser abordado por un equipo multidisciplinario, potenciar la frecuencia de visitas domiciliarias y así mejorar la calidad de vida de estas personas.

10. REFERENCIAS

1. Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA [Internet]. Chile 2018 [acceso 11 de noviembre 2019]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/14-los-rios>
2. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia. *Cienc. enferm.* 2012; 18 (1): 29-41.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento y Vejez [Internet]. Colombia; 2016. [acceso 20 agosto 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
4. Organización mundial de la salud. Envejecimiento [Internet]. Ginebra;2018 [acceso 14 de agosto 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
5. Campos S, Carrasco M. ¿Qué necesito saber para cuidar a una persona mayor?: manual para el cuidador. [Internet]. Primera edición. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2017 [acceso 15 agosto 2018]. Disponible en: <http://sociologia.uc.cl/wpcontent/uploads/2017/12/manual-del-cuidador-uc-2017-web.pdf>
6. Muñoz C, Rojas P, Marzuca G. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioter Pesqui* [revista en Internet] 2015 [acceso 05 septiembre de 2018]; 22(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502015000100076&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. Camargo K, Laguado E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga, Santander. *Rev.Univ. Salud* [revista en Internet] 2017 [acceso 28 agosto de 2018]; 19(2):163-170. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00163.pdf>
8. Subsecretaría de Salud Pública. Instructivo de aplicación del control de salud anual del adulto mayor [Internet]. Santiago:2014 [acceso 22 de agosto 2018]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
9. Sánchez R, Molina E, Gómez O. Intervención de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid* [revista en Internet] 2016 [acceso 27 de agosto 2018];7(1):1171-84. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/viewFile/251/481>
10. López E. Puesta al día: cuidador informal. *Rev enferm CyL* [revista en Internet]2016. [acceso 5 de septiembre 2018]; 8 (1):71-77. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/164/144>
11. Ibarrola B. Competencias emocionales de los cuidadores de personas mayores [Internet].Madrid; 2014 [acceso 13 de septiembre 2018].Disponible en:

- <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ponencias-BegonaIbarrola-Competenciasemocionales-cuidadores-personasmayores-06-2014.pdf>
12. Flores M, Fuentes H, González G, Meza I, Cervantes G, Valle M. Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure In. [revista en Internet]* 2017 [acceso 1 septiembre 2018];14(18):1-16. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320054628_Caracteristicas_principales_del_cuidador_primario_informal_de_adultos_mayores_hospitalizados
 13. Silva J, Gonzales J, Huaman T, Marques S, Partezani R. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av.enferm [revista en Internet]* 2016 [acceso 5 de septiembre]; 34(3): 251-258. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000300005&lng=en.
 14. Abata A, Guijarro V. Sobrecarga del cuidador relacionado al maltrato del adulto mayor en usuarios del servicio de consulta externa del hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, durante el periodo de septiembre a noviembre del 2016 [Internet], 2016. [acceso 05 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12672/Trabajo%20de%20titulacion%20%28Dra%20Abata%20y%20Dra%20Guijarro%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 15. Martínez L, Cruz L, Martínez I, González K, Terry E. Conocimiento sobre el maltrato al adulto mayor por un grupo de ancianos del Policlínico Bernardo Posse. *Rev haban cienc méd [revista en Internet]* 2013. [acceso 05 septiembre de 2018]; 12 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000400019&lng=es.
 16. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med. Chile [revista en Internet]* 2009 [acceso 11 de septiembre de 2018]; 137(5): 657-665. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000400019&lng=es.
 17. Tsai P. A Middle-Range Theory of Caregiver Stress. *Nursing Science Quarterly [revista en Internet]* 2003. [acceso 11 de septiembre de 2018]; 16(2). Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318403251789>
 18. Bonfill E, Lleixa M, Sáez F, Romaguera S. Estrés en los cuidados: una mirada desde el Modelo de Roy. *Index Enferm [revista en internet]* 2010. [acceso 03 de septiembre del 2018]; 19(4): 279-282. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf>
 19. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán M, López de Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. *Aquichan [revista en internet]* 2009. [acceso 03 de septiembre del 2018]; 7(1): 54-63. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/98>
 20. Campiño S, Duque P. Afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas con cáncer. *Univ. Salud [revista en Internet]* 2016 [acceso 03 de septiembre];18 (2): 302-311. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2840/pdf>

21. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet], 2017. [acceso 21 octubre de 2018]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
22. Sillas D, Jordán M. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería [Internet], 2011. [acceso 21 octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
23. Zabala M. Problemas que enfrentan los cuidadores familiares. Rev. Horizonte Enfermería [Revista Internet] 2008 [Internet];19(1):75-79. Disponible en: http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/19-1/problemas_que_enfrentan.pdf
24. Rodríguez A, Rodríguez E, Duarte A, Díaz E. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. Rev. Elsevier [revista en Internet]2017[acceso 03 de noviembre 2018];47(9):156-165. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656716301962>
25. Cardona D, Segura A, Berbesí D, Agudelo M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [revista en Internet]. 2013 [acceso 03 de noviembre 2018];31(1):30–9. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=92621768&lang=es&site=ehost-live>
26. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5° edición. México: Mc Grand Hill; 2010.
27. Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública [revista en internet] 1997 [acceso 27 de octubre]; 71: 177-137. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf
28. Barrero C, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Rev Plasticidad y Restauración Neurológica [revista internet] 2005 [acceso 29 de octubre];4 (1-2):81-85. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=5142>
29. Jaramillo P, Rivas Anne-Marie, Troncoso N. Percepción de confianza para ejercer el cuidado, en cuidadores pertenecientes al programa de apoyo al cuidador, de los CESFAM de Valdivia, durante primer semestre 2013[tesis]. Universidad Austral de Chile; 2013. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fmj.37p/doc/fmj.37p.pdf>
30. Corporación SPSS. Guía breve de SPSS 15.0 [Internet]. Chicago;2006 [acceso 21 de octubre 2018]. Disponible en: http://www.cegis.otalca.cl/doc/german_lobos/SPSS%20Brief%20Guide%202015.0.pdf
31. Rodríguez E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002 [Internet] 2004 [acceso 05 de enero 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/124432>
32. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica [Internet]. 2003;34(3):164-167. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
33. Ministerio de Salud. Encuesta nacional de salud 2016-2017. Primeros resultados. Departamento de Epidemiología División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud

Pública [Internet]. Santiago;2017. [acceso 6 de noviembre 2019]. Disponible en:
https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

11. ANEXOS

ANEXO 1



Universidad Austral de Chile
Instituto de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Factores que influyen en el nivel de sobrecarga del cuidador familiar de personas mayores con dependencia, en la ciudad de Valdivia.

Tesistas:

Valentina Bahamonde Fuentes valee.bde@gmail.com Fono: 986194415

Constanza Lagos Pailla coni_lp@hotmail.com Fono: 984248233

Carolina Soto Cárdenas caro.enfa.soto@gmail.com Fono: 983875505

Patrocinante de Tesis: Ida Elizabeth Flores González.

Edificio Ciencias del Cuidado en Salud, 3° piso. Universidad Austral de Chile.

Fono: (63) 2221131; e – mail: idaflores@uach.cl

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Valdivia. Este Comité está acreditado y tiene como función resguardar los derechos de las personas como sujetos de investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte a Don Carlos Fernández Vega, presidente del Comité de Ética Servicio Salud Valdivia, al teléfono: 63-2281784 o en Edificio Prael, Vicente Pérez Rosales 560, oficina 307, 3° piso, Valdivia, Chile.

Este documento está dirigido a todas las personas que cumplan con los requisitos de inclusión de esta investigación y deseen participar, y está formulado para informarlo respecto a las implicancias del estudio.

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I: INTRODUCCIÓN

Somos tres estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Austral de Chile, desarrollando un proyecto de tesis titulado: “Factores que influyen en el nivel de sobrecarga del cuidador familiar de personas mayores con dependencia, en la ciudad de Valdivia” requisito para optar al título de Licenciado de Enfermería.

Le entregaremos información e invitarle a participar de esta investigación. No es necesario que decida hoy si va a ser parte o no de esta investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, nos detiene según le informamos para darnos tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede consultarnos a nosotros o a la profesora patrocinante.

Tipo de intervención de investigación

Si usted desea participar se contactará previamente para realizar una visita en su domicilio para aplicar una pauta de preguntas mediante cuestionario de perfil sociodemográfico del cuidador y la persona cuidada, Índice de Barthel, escala de carga del cuidador de Zarit, escala de autoconfianza del cuidador. Toda la información recolectada tiene carácter confidencial y no será difundida para ningún otro fin que no sea la investigación. Una vez finalizado el proceso, se publicarán los resultados de ésta, para poder otorgar información relacionada al tema para profesionales y futuros profesionales de la salud.

Selección de participantes

Los invitados a participar son personas que sean cuidadores familiares de persona mayor que cumplan con los criterios de inclusión, que están adscritas a los CESFAM de la ciudad de Valdivia en el programa de atención domiciliaria para pacientes con dependencia.

Información de participación voluntaria.

Su colaboración en la investigación es de forma voluntaria y no se realizará compensación material de ningún tipo por la participación en este estudio, además usted no deberá realizar ningún gasto económico. Tiene total libertad de decidir participar o no. En caso de que su decisión sea afirmativa, también se encuentra en el derecho de retirarse del estudio. La identidad de las personas que decidan participar será resguardada en todo momento. Toda la información recogida será de carácter confidencial y solo los investigadores tendrán acceso a ella.

Objetivos

El objetivo de la investigación es determinar los factores que influyen en el nivel de sobrecarga del cuidador familiar de una persona mayor con dependencia total y grave, inscritos en centros de salud familiar de la ciudad de Valdivia, en el año 2019.

Justificación

El estudio permitirá basar los cuidados del cuidador en la evidencia científica, conocer datos estadísticos, para establecer estrategias en el equipo de los CESFAM de la ciudad de Valdivia, sobre todo implementar medidas preventivas para poder mejorar la calidad de vida del cuidador familiar.

La motivación para la realización de este estudio fue que, como futuras profesionales de enfermería, al estar en contacto con personas que ejercen el rol de cuidador, creemos necesario e indispensable visibilizar las necesidades de los cuidadores familiares, para que las autoridades sanitarias formulen estrategias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de estos cuidadores.

Duración

La recolección de datos tendrá una duración de 30 a 45 minutos a través de una visita domiciliaria por cada participante durante los meses de marzo a junio del año 2019. La investigación se realizará entre los meses de marzo a noviembre del año 2019.

Riesgos y eventos adversos

Se podría presentar cuidadores con un muy alto nivel de estrés, labilidad emocional y angustia frente a las preguntas realizadas, situación que será derivada inmediatamente al CESFAM correspondiente.

Garantía de acceso a toda la información nueva relevante

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted si usted lo desea, puede solicitar información a las investigadoras responsables en cualquier momento, por medio de teléfono de contacto o vía correo electrónico.

Garantía de protección de privacidad y confidencialidad

La información obtenida se mantendrá bajo confidencialidad. Para resguardar datos personales, el instrumento aplicado es anónimo. La información será conocida sólo por los investigadores, y no será compartida ni entregada a nadie excepto a: Valentina Bahamonde Fuentes, Constanza Lagos Pailla, Carolina Soto Cárdenas, Ida Elizabeth Flores González.

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

He sido invitada/o a participar en la investigación “Factores que influyen en el nivel de sobrecarga del cuidador familiar de personas mayores con dependencia, en la ciudad de Valdivia”. Por estudiantes de quinto año de la carrera de enfermería de la Universidad Austral de Chile.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de saber respecto al objetivo del estudio y he tenido espacio para hacer preguntas, las cuales han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre, teléfono y/o correo electrónico. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, entendiendo que mi participación es voluntaria, que se resguardará mi privacidad y confidencialidad. Además, tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

He decidido, Aceptar _____ No aceptar, _____ mi participación en el estudio.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____ Día / mes / año.

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del investigador _____

Fecha _____ Día / mes / año.

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador / asistente).

En caso de padecer alguna discapacidad que impida consentir la participación en el estudio, será el representante legal el encargado de realizarlo.

Huella digital del participante: _____

Nombre del representante legal: _____

RUT: _____

Fecha: _____

Firma: _____

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)

Este proyecto ha sido revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valdivia. Este comité está acreditado y tiene como función resguardar los derechos de las personas como sujetos de investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte a don Carlos Fernández Vega, presidente del Comité de Ética Servicio Salud Valdivia, al teléfono: 63-2281784 o en Edificio Prales, Vicente Pérez Rosales 560, oficina 307, 3° piso, Valdivia, Chile.

Ida Elizabeth Flores González

Docente patrocinante

Valentina Bahamonde Fuentes.

Investigadora

Constanza Lagos Pailla.

Investigadora

Carolina Soto Cárdenas.

Investigador

ANEXO 2



CUESTIONARIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL CUIDADOR.

Este cuestionario será llenado por la persona que realizará la visita domiciliaria, marcando con una X la opción escogida por usted. A continuación, escuche con atención y conteste verbalmente.

Edad	
------	--

Sexo	(1) Femenino
	(2) Masculino

Estado civil	(1) Soltera/o	(4) Divorciada/o
	(2) Casada/o	(5) Viuda/o
	(3) Separada/o	(6) Otro. ¿Cuál?

Años de estudio	
-----------------	--

Escolaridad	(1) Enseñanza básica incompleta	(3) Enseñanza media incompleta	(5) Enseñanza universitaria incompleta
	(2) Enseñanza básica completa	(4) Enseñanza media completa	(6) Enseñanza universitaria completa.
Ocupación	(1) Dueña/o de casa	(3) Trabajador dependiente	(5) Jubilada/o
	(2) Cesante	(4) Trabajador independiente	

Ingreso económico familiar (mensual)	
--------------------------------------	--

Antecedentes mórbidos	(1) Diabetes	(3) Dislipidemia	(5) Hipertiroidismo
	(2) Hipertensión	(4) Hipotiroidismo	(6) Otros ¿Cuál?

Parentesco con la persona mayor	
---------------------------------	--

Grado de dependencia de la persona mayor	(1) Total	(3) Moderado	(5) Independiente
	(2) Grave	(4) Leve	

Años de cuidado	
-----------------	--

Horas al día que se dedica al cuidado del adulto mayor	
--	--

Uso de su tiempo libre	(1) Deporte	(3) Estudio	(5) Actividades sociales
	(2) Labores domésticas	(4) Recreación	(6) Ninguna

Redes de apoyo	(1) Familiares	(3) CESFAM.
	(2) Vecinos	(4) Instituciones.

Nivel de sobrecarga del cuidador	(1) Ausencia de sobrecarga
	(2) Sobrecarga ligera
	(3) Sobrecarga intensa

DATOS DE LA PERSONA CUIDADA:

Edad	
------	--

Sexo		(1) Femenino
		(2) Masculino

Estado civil		(1) Soltera/o		(4) Divorciada/o
		(2) Casada/o		(5) Viuda/o
		(3) Separada/o		(6) Otros

Antecedentes mórbidos	(1) Diabetes	(3) Dislipidemia	(5) Hipertiroidismos
	(2) Hipertensión	(4) Hipotiroidismo	(6) Otros ¿Cuál?

Tiempo con dependencia	
------------------------	--



ANEXO 3

CUESTIONARIO DE CONFIANZA DEL CUIDADOR

El siguiente cuestionario tiene por objetivo cuantificar el nivel de confianza que tienen los cuidadores familiares al realizar actividades de cuidado diarias a su familiar. En los siguientes ítems usted deberá marcar con una X la alternativa que usted considere más adecuada a su situación. Se sugiere honestidad y veracidad en sus respuestas, con el fin de favorecer la credibilidad de la investigación.

Que tan seguro se siente de:	Totalmente seguro/a (5puntos)	Seguro/a (4puntos)	Ni seguro/a, ni inseguro/a (3 puntos)	Inseguro/a (2 puntos)	Totalmente inseguro (1 punto)
1. Que tan seguro/a se siente de administrar alimentos a su familiar					
2. Que tan seguro/a se siente de manejar implementos de asistencia a la eliminación de su familiar (pato, chata, sondas urinarias)					
3. Que tan seguro/a se siente de realizar cambios de pañales y aseo en zona glúteo genital de su familiar					
4. Que tan seguro/a se siente de movilizar a su familiar en cama o silla					
5. Que tan seguro/a se siente al estimular la memoria de su familiar: repasar sucesos de su vida, pedirle su opinión, preguntar fechas y estimular imaginación.					
6. Que tan seguro/a se siente de realizar el aseo de la cama de su familiar: cambio de sábanas, manejo de colchón anti escaras.					

7. Que tan seguro/a se siente de realizar el baño en cama o tina a su familiar.					
8. Que tan seguro/a se siente de realizar el aseo bucal de su familiar posterior a cada alimentación.					
9. Que tan seguro/a se siente de realizar la prevención de úlceras por presión de su familiar: mantener piel limpia, libre de humedad, hidratada y lubricada, realizar masajes, cambios de posición, mantener ropa de cama bien extendida y limpia.					
10. Que tan seguro/a se siente de vestir y cambiar vestuario a su familiar.					
11. Que tan seguro/a se siente de administrar medicamentos a su familiar: medicamento correcto, dosis correcta, horario correcto.					
Total					

ANEXO 4

INDICE DE BARTHEL

VALORACIÓN	Puntuación:	Grado de dependencia:
-------------------	--------------------	------------------------------

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	-Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. pero es capaz de comer sólo.	5
	- Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona.	0
Lavarse (baño)	- Independiente: además, entra y sale sólo del baño	5
	- Dependiente: Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse (aseo)	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposición (valorar la semana anterior)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valorar la semana anterior)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15

	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo - Dependiente	10 5 0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros - Independiente en silla de ruedas sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente	10 5 0

RESULTADOS:

Puntajes	Grado de Dependencia
<20	Dependencia total
20-35	Dependencia grave
40-55	Dependencia moderada
≥ 60	Dependencia leve
100	Independencia

ANEXO 5

ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	

15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Frecuencia	Puntuación
Nunca	1
Casi nunca	2
A veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

ANEXO 6

PRESUPUESTO

Actividad	Cantidad	Valor unitario	Total
1: Registros			
Consentimiento informado	340	\$20	\$6.800
Encuesta sociodemográfica	680	\$20	\$13.600
Índice Barthel	340	\$20	\$6.800
Escala Zarit	340	\$20	\$6.800
Escala de autoconfianza	340	\$20	\$6.800
2 : Llamadas telefónicas			
Organización visitas domiciliarias	340	\$60	\$20.400
3: Salida a terreno			
Locomoción visitas domiciliarias	340	\$300 ida y vuelta	\$102.000
4: Entrega de tesis			
Impresión documentos	120	\$20	\$2.400
Empastado	1	\$10.000	\$10.000
Cd	2	\$1.500	\$3.000
		Total	\$178.600

ANEXO 7

CARTA GANTT

Actividades	AÑO 1 : 2018									
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Selección de tema de proyecto de tesis										
Elaboración de propuesta de investigación.										
Exposición de propuesta de investigación.										
Entrega de 1° informe: marco teórico.										
Entrega del 1° informe y evaluación.										
Entrega de 2° informe proyecto de tesis.										
Entrega del 2° informe y evaluación.										
Defensa de Proyecto de tesis.										
Evaluación del Comité de ética.										
Actividades	AÑO 2: 2019									
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Contactos con CESFAM.										
Visitas domiciliarias.										
Análisis de resultados.										
Entrega escrito final.										